



## Sumario:

- Tesis doctorales:  
*Ana Dago*  
*M<sup>a</sup> Teresa Eyaralar*
- Premio X Becas de la REAP
- Dispensación de la píldora postcoital

# Mirando al futuro

Luis García Olmos. Presidente de la REAP

- En este número del boletín se referencian dos tesis doctorales, una de ellas sobre demanda de antibióticos en las oficinas de farmacia. Un tema que siempre ha despertado el interés de nuestra organización y que nos llevó a impulsar el “consenso sobre la utilización de antibióticos en atención primaria”.
- Los profesionales de atención primaria cada vez leen más tesis doctorales pero con frecuencia versan sobre temas poco relacionados con su actividad pues la participación de este nivel asistencial en la estructura académica es insignificante.
- Desde 1987, año de fundación de la REAP, numerosos médicos y farmacéuticos han presentado sus tesis doctorales con resultados provenientes de estudios promovidos en el seno de la REAP.
- Una red de investigación basada en la práctica es un grupo de profesionales que desarrollan su actividad en la comunidad y se asocian con el propósito de examinar y evaluar el proceso asistencial. Constituyen un laboratorio natural para responder preguntas de investigación y trasladar los resultados a la práctica diaria. La prescripción y la solicitud de aclaraciones por parte de las farmacias en torno a la prescripción han sido objeto de estudio en algunas redes. La efectividad de las actividades preventivas, de las guías de práctica clínica y de los protocolos también ha sido estudiada, además han demostrado su utilidad para reclutar pacientes para ensayos clínicos.
- Las primeras redes de investigación comenzaron su actividad, en el Reino Unido, a mediados de los años sesenta y tuvieron su periodo de máxima expansión en los años 80, momento en el que proliferaron por todo el mundo. En unos casos se trata de redes formales con una estructura organizativa jerarquizada y bien definida mientras que en otros son redes virtuales de profesionales unidos por su interés por la investigación.
- La Red Española de Atención Primaria se constituyó en asociación científica multiprofesional con la vocación de impulsar la participación española en las redes internacionales de investigación en atención primaria existentes. Fruto de esta colaboración internacional fueron el estudio de demanda derivada o el estudio sobre utilización de pruebas diagnósticas, sustrato de otras tesis doctorales. Los fines de la REAP son desarrollar proyectos de investigación, difundir sus resultados y trasladarlos a la práctica diaria.
- Una red de investigación con estas características puede aprovechar la experiencia, los conocimientos y el entendimiento de los profesionales que la integran y convertirlos en herramientas poderosas para

identificar y encuadrar preguntas de investigación relevantes y factibles que ayuden a mejorar la práctica diaria.

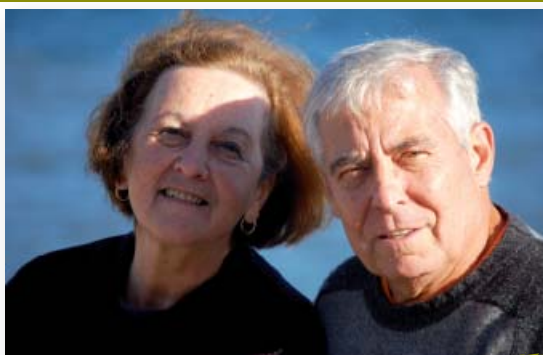
- La producción de datos de calidad, considerar la factibilidad teniendo en cuenta las cargas de trabajo y recurrir a métodos de bajo coste son otras claves del éxito en este tipo de organizaciones.
- Se ha extendido la obsesión por la validez interna de los estudios y se ha descuidado la validez externa. Como dice Barbara Starfield estamos más preocupados por la elegancia de los estudios que por su relevancia. Escasean los estudios multicéntricos y la validez externa de lo que se publica es limitada. Necesitamos investigar

cuestiones relevantes para quienes trabajamos en atención primaria cuyos resultados sean aplicables en nuestra práctica diaria.

- En España, en el transcurso de los últimos años, se han producido inversiones importantes para informatizar la atención primaria, tanto en las oficinas de farmacia como en las consultas se ha generalizado el uso del ordenador, sin embargo su utilidad en investigación es escasa. Tenemos la infraestructura necesaria para crear bases de datos electrónicas de calidad. Además, la relación profesional – paciente es prolongada en el tiempo y eso nos da la oportunidad de acometer estudios longitudinales que nos

permitan conocer la historia natural de las enfermedades desde sus etapas iniciales, imposibles de realizar en otros ámbitos asistenciales.

- Tenemos que evolucionar, adecuar nuestra infraestructura a las nuevas posibilidades que brinda la tecnología, seguir abordando cuestiones de investigación relevantes para la atención primaria, colaborar con otras redes con intereses comunes, continuar ofreciendo formación a nuestros socios en cuestiones de investigación y dar soporte a quienes se planteen la investigación con intereses académicos para promover la integración de la atención primaria en la universidad.



# Premio X Becas

## o X de las REAP



Fundación AstraZeneca

## Incidencia del síndrome de fragilidad en una cohorte de mayores de 65 años en atención primaria: factores predictores

Maria Victoria Castell Alcalá. Médico EAP Peñagrande. Area 5 de Madrid. Centro de Salud Dr. Castroviejo

### Objetivos:

1. Medir la prevalencia de fragilidad en la población de personas mayores pertenecientes a una zona básica de salud y los factores asociados a la misma.
2. Medir la incidencia de fragilidad y los factores que pudieran predecir la aparición del síndrome de fragilidad en la cohorte de Peñagrande.
3. Analizar los factores asociados a la supervivencia.

### Material y métodos:

Estudio transversal para cálculo de prevalencia y descriptivo longitudinal prospectivo para la determinación de incidencia, mediante el seguimiento de la cohorte “Peñagrande 2008”, que representa a las personas mayores de 65 años con tarjeta sanitaria y residentes en la zona básica de salud de Peñagrande. La cohorte de 1250 individuos se eligió mediante muestreo aleatorio estratificado en 10 grupos de igual número

de individuos (125 por grupo): quinquenios de 65 a 84 años y un grupo final con los mayores de 85 años, tanto para hombres como para mujeres. La recogida de información ha finalizado en mayo de 2008. Se realizará una segunda oleada de seguimiento en el segundo semestre de 2010 para calcular la incidencia de fragilidad y analizar el grado de asociación de los factores de riesgo previamente detectados.

Para la medida de la fragilidad se emplean los 5 criterios propuestos por Fried y cols en 2001, clasificando a los individuos en robustos, prefrágiles (con 1-2 criterios positivos) y frágiles (3 o más criterios). Se estudiarán las asociaciones detectadas entre las variables independientes

estudiadas y la fragilidad en las oleadas de 2008 y 2010 y con la mortalidad en ese mismo periodo. Las técnicas de análisis serán la regresión logística y el análisis de supervivencia mediante el modelo de riesgos proporcionales de Cox. Resulta muy pertinente investigar desde atención primaria, la magni-

tud de la fragilidad y sus factores pronósticos ya que su conocimiento incrementará el diagnóstico precoz y las intervenciones multifactoriales, preventivas y terapéuticas con el fin de fomentar el envejecimiento saludable.

**Palabras Clave:** *Incidencia. Fragilidad. Factor predictor. Ancianos.*



# Tesis doctoral

## Indicadores de Riesgo de Morbilidad Prevenible causada por Medicamentos

Ana Dago. Doctora en farmacia

### Fecha defensa

28 de octubre de 2009

**Facultad de Farmacia.** Universidad de Granada

### Directores

- *Prof. Dra. Dña. M<sup>a</sup> José Faus*
- *Dra. Dna. Isabel Baena Parejo*
- *Prof. Dr. D. Pedro Arcos González*

### Tribunal

- *Prof. Dr. Fernando Martínez*
- *Dr. Miguel Ángel Calleja*
- *Dr. Miguel Ángel Gastelurrutia*
- *Dr. Borja García de Bikuña*
- *Dra. Pilar Gascón*

### Calificación

Sobresaliente Cum Laude

### Resumen

#### Objetivos:

Elaborar una lista de ciertas situaciones clínicas que puedan ser usadas como indicadores de riesgo de morbilidad prevenible causada por medicamentos.

Posteriormente identificar estos Indicadores de Riesgo de Morbilidad prevenible causada por Medicamentos en pacientes con tratamiento farmacológico que acuden a un servicio de urgencias hospitalario.

#### Método:

El estudio es un diseño de tipo mixto en dos fases:

1. Para la selección de los indicadores se realiza un estudio cualitativo mediante técnica Delphi
2. Para probar la utilidad de los indicadores seleccionados se realiza un estudio observacional descriptivo transversal.

#### Resultados:

Se consideraron Indicadores de Riesgo de Morbilidad Prevenible causada por Medicamentos 43 de las 68 situaciones clínicas propuestas. Estas situaciones se referían a 3 ámbitos:

Tipo de medicamento (medicamentos de estrecho margen terapéutico, necesidad de dosis individualizadas, reacciones frecuentes o graves), problema de salud (problemas crónicos especialmente asma, enfermedad cardíaca, dolor) y tipo de paciente (ancianos y/o polimedicados). Los farmacéuticos sobreevaluaron sistemáticamente ciertos indicadores en relación con los médicos, aunque las diferencias no fueron significativas.

El 13% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias hospitalario y que toman medicación, presentaron una de las situaciones clínicas descritas en alguno de los indicadores de Riesgo de Morbilidad y en el 80% de los pacientes que presentan alguna de estas situaciones clínicas, este fue el motivo de acudir a urgencias.



# Dispensación de la píldora postcoital

Antonio Barbero. Farmacéutico Comunitario. San Martín de la Vega (Madrid)

El anuncio por sorpresa, antes del verano pasado, del cambio de estatus del Levonogestrel 150 µg, de medicamento de prescripción médica a medicamento no sujeto a receta médica, dejó boquiabiertos a la mayoría de los farmacéuticos. No sólo por el tema en sí, sino más bien, por la manera de anunciarlo. Este medicamento ya existía en muchos países como medicamento no sujeto a prescripción médica y en la mayoría de ellos, es el farmacéutico el que tiene que evaluar su dispensación a través de una consulta. Este medicamento no ha pasado a la categoría de medicamento publicitario (los antiguos EFP), sino a un grupo de medicamentos que no requieren receta para su dispensación, pero no pueden publicitarse. Es un tema no resuelto en la legislación farmacéutica española. Debería ser el grupo de medicamentos de prescripción por el farmacéutico. A este grupo deberían sumarse los anticonceptivos orales, sildenafil, algunos analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos y seguramente alguno más. Evidentemente la dispensación de este grupo de medicamentos sólo debería realizarse a través de la implicación de un farmacéutico en una consulta de indicación farmacéutica. El farmacéutico, en este caso, asumiría toda la responsabilidad de su actuación profesional. En algunos países ha existido esta tercera clase de

medicamentos (las otras son los medicamentos con receta médica y los medicamentos publicitarios) desde hace mucho tiempo, como es el caso de Gran Bretaña. Y en otros están debatiéndolo para incorporarlos a su legislación, como es el caso de Estados Unidos.

Sin embargo, en España este cambio ha supuesto dos oposiciones muy fuertes para llevar a cabo su implantación. En primer lugar, la de algunos farmacéuticos, que no quieren asumir ninguna responsabilidad, excepto la que se deriva de la propia de los vendedores; y por otra, la oposición de la corporación médica a que el farmacéutico se desarrolle profesionalmente. La corporación médica, especialmente la OMC (Consejo General de Colegios Médicos), prefiere que los medicamentos, si no están sujetos a receta médica, se vendan libremente, antes de que un farmacéutico evalúe la indicación correcta de los mismos.

En el caso de la píldora postcoital o píldora del día después (pdd), un grupo numeroso de farmacéuticos han manifestado su oposición al cambio de estatus de este medicamento y a dispensarlo sin receta médica. Nos encontramos aquí con dos tipos de objeciones, a saber: objeción de conciencia y la objeción de ciencia o posicionamiento estrictamente profesional.

## Objeción de conciencia

En muchos países de nuestro entorno se encuentra regulada para los profesionales sanitarios, incluidos los farmacéuticos. En España no se quiere regular, aunque en la Constitución sí viene reflejado y para muchos juristas farmacéuticos es suficiente, además de las sentencias judiciales del Tribunal Supremo al respecto.

Los farmacéuticos objetores de conciencia alegan que la pdd, en algunos casos, puede impedir la anidación del óvulo fecundado y que esto sería un aborto. Esto es respetable. Pero estos farmacéuticos tienen que respetar la postura contraria de aquellos que no tienen objeciones ante ello. Para acomodar los derechos de los farmacéuticos objetores y los derechos de las usuarias de las farmacias, estos farmacéuticos deberían inscribirse en algún lugar, ya sea el Ministerio o el Colegio profesional, para que quedara patente su postura moral y por otro lado deberían informar a sus clientes con un cartel en sus farmacias.

## Plano profesional-objeción de ciencia

Ningún medicamento es de venta libre en España. A lo sumo existen medicamentos que pueden publicitarse al público (medicamentos publicitarios), pero eso no significa que sean de venta libre.

El farmacéutico puede negarse a dispensar un medicamento cuando existen dudas razonables de daños al paciente. Por ejemplo, el farmacéutico se puede negar a dispensar Aspirina® a un paciente que refiera tiene úlcera péptica, o a un paciente que esté en tratamiento con acenocumarol; el farmacéutico se puede negar, o mejor dicho, se debe negar a dispensar un descongestionante oral a un paciente con problemas cardíacos; un farmacéutico se debe negar a dispensar (si tiene conocimiento de ello) y se debe poner en contacto con el médico del paciente, si a éste le prescriben amoxicilina 500 mg y el paciente es alérgico a las penicilinas. Esto es lo que se denomina objeción de conciencia u objeción por motivos estrictamente profesionales.

En el caso de la pdd, existen pocos casos para no dispensar el medicamento, pero estas situaciones puede existir: no viene a la farmacia la propia mujer interesada; contraindicaciones por hipersensibilidad a alguno de los componentes del fármaco; embarazo establecido; ya han transcurrido más de 72 horas desde el coito no protegido.

En estos casos la derivación al médico o a algún centro de planificación familiar sería lo más razonable. En el resto de los casos, después de una entrevista corta, se asesorará a la usuaria de cómo tomar el medicamento, efectos secundarios que pueden aparecer y qué hacer en estos casos.

### **Si no les convences, al menos confúndeles**

Pero en todo este debate el grupo que defiende la objeción de conciencia está utilizando una estrategia que yo llamo de confusión. Defienden a toda costa la objeción de conciencia, pero quieren que todos nos sumemos a sus planteamientos; no admiten que haya compañeros que no sean objetores de conciencia en este

tema. Para ello intentan que la pdd vuelva al estatus de medicamento de prescripción. Y para ello, intentan mezclar y confundir al resto de los farmacéuticos, diciendo que este medicamento es muy peligroso, que utiliza megadosis de estrógenos, que las mujeres van a utilizar las pastillas sin ningún control, que no nos dejan actuar como profesionales, etc... En resumen dan a entender que solamente quieren defender la postura estrictamente profesional, pero en el fondo lo que pretenden es que este medicamento vuelva al estatus que tenía, medicamento de prescripción médica, para de esta manera justificar su objeción de conciencia. No les importa dispensarlo, pero sí que el acto de decisión dependa del médico; no quieren la responsabilidad de esta decisión.

En cuanto al tema estrictamente farmacéutico, este medicamento es bastante seguro, ya que su utilización es en dosis única, siendo ésta de utilización esporádica. El precio del medicamento es un buen impedimento para que

no se produzca un abuso en su utilización. Y además, para eso está el farmacéutico, para dar la información sanitaria pertinente sin caer en paternalismos, aunque existan médicos que se opongan a que los farmacéuticos den esta información sanitaria. Hay que seguir recomendando a los chicos y chicas el uso del preservativo que puede disminuir las probabilidades de una manera más efectiva y segura un embarazo no deseado y al mismo tiempo evitar enfermedades de transmisión sexual.

La moralidad o no de un determinado comportamiento debe quedar reducido al ámbito de lo estrictamente personal. No obstante, yo sí que creo que no vender preservativos en las farmacias de los objetores de conciencia por problemas religiosos, sí que es una inmoralidad en los tiempos que corren.

**Nota del Autor:** La REAP no se responsabiliza de las opiniones e ideas de este artículo, que son única y exclusivamente responsabilidad del autor.





# Tesis doctoral

## Demanda de antibióticos en la Oficina de Farmacia. El papel del Farmacéutico en la dispensación de antibióticos

Mª Teresa Eyaralar Riera. Doctora en farmacia

### Fecha defensa

26 de octubre de 2009

**Facultad de Farmacia.** Universidad  
Cardenal Herrera CEU (Valencia)

### Presidente

- Dr. Eduardo Mariño

### Secretaria

- Dra. Mª Amparo Sanahuja

### Directores

- Dra. Lucrecia Moreno
- Dr. Luís Salar
- Dra. Isabel Baena

### Calificación

Sobresaliente Cum Laude

### Objetivo:

Identificar las necesidades asistenciales de AF (carencias de información sobre los medicamentos y problemas relacionados con los medicamentos PRM) de los pacientes en relación con los medicamentos cuando inician o continúan tratamiento con un antibiótico y, describir la intervención de los farmacéuticos participantes en el **I PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA SOBRE USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS.**

El trabajo de campo se realizó durante cuatro semanas, "una en cada estación del año". Participaron 971 Farmacias (5% Farmacias Españolas): 50% de barrio, 30% rurales, 11% cercana ambulatorio, 6% zona comercial, 3% turística.

1.778 Farmacéuticos enviaron datos (73% mujeres): 47% titulares, 41% adjuntos, 12% sustitutos

El 81,6% de las demandas fueron realizadas por el paciente o cuidador. De las 33.352 demandas con receta realizada por el paciente/cuidador, 88% son para inicio de tratamiento. Fue ligeramente superior la demanda realizada por mujeres. El 56% demanda se concentra entre 25 y 65 años y el grupo de edad que más antibióticos utiliza es el de 25 a 44 años.

Más del 80% de la demanda se concentra en 6 grupos terapéuticos: amoxicilina/ clavulánico, penicilinas de amplio espectro, macrólidos, quinolonas y cefalosporinas. El grupo terapéutico más demandado fue amoxicilina clavulánico para todos los grupos de edad, para hombres y mujeres, para nacionales y extranjeros y en todos los tipos de farmacias.

En los tratamientos de inicio el 30% de los medicamentos en los 6 GT más prescritos eran complejos (necesitan preparación para su administración) y concretamente el 21% de las correspondientes a amoxicilina/ clavulánico son suspensiones extemporáneas.

En medicamentos genéricos el mayor número de dispensaciones fue del principio activo ciprofloxacino (81%).

No hay prácticamente diferencias en el tipo de antibiótico prescrito en españoles y extranjeros. En extranjeros hay mayor demanda en el grupo de edad de 24 a 44 años (superior a la población autóctona), disminuye a partir de 45 años y es tres veces menos en mayores de 65 años.

El nivel de conocimiento total de los pacientes sobre el tratamiento prescrito es del 75% y solo el 1,1% desconoce todo. Los mayores de 65 años son los que presentan mayores dificultades en el conocimiento del tratamiento.

El porcentaje de pacientes que tienen carencias de información es mayor cuando inician tratamiento y el 90% conoce para qué es el antibiótico. Cuanto y cómo tomar representan más del 50% de las carencias.

El grupo terapéutico en el que hubo más carencias fue el de quinolonas en los tratamientos de inicio y las cefalosporinas de segunda generación en los de continuación. El grupo terapéutico que mejor conocen los pacientes es el de penicilinas de amplio espectro.

El conocimiento es menor en los pacientes que acuden a farmacia cercana a ambulatorio.

Se detectaron PRM en el 9% de los pacientes, si iniciaban tratamiento este porcentaje es del 7,6% y si era



en continuación aumenta al 18,8%. En los tratamientos de inicio en las mujeres de 25 a 44 años es donde se dan más PRM, mientras que en los hombres es en el grupo de mayores de 65 años.

La principal causa de PRM es la dosis tanto para inicio como para continuación de tratamiento, pero aumenta mucho el número de pacientes mayores de 65 años que en continuación de tratamiento se sospecha RAM.

Las interacciones se detectan más en el grupo de edad de 15 a 44 que inicia tratamiento, el grupo terapéutico con mayor porcentaje de interacciones fue el amoxicilina/ clavulánico y los grupos en los que se encontró más interacciones con antibióticos fueron los anticonceptivos orales y anticoagulantes orales. En tratamiento de continuación el porcentaje más alto de interacción fue con macrólidos. En extranjeros el porcentaje de interacciones detectadas es del 1,5% igual que en españoles y la mayoría con anticonceptivos orales.

Del total de la demanda se registraron 0,26% pacientes con

alergia y de estas el 86,2% fueron en tratamiento de inicio. El 50% de las alergias se concentraron en amoxicilina/ clavulánico y penicilinas de amplio espectro y curiosamente en los niños menores de 1 año.

Las quinolonas son las que presentan el segundo porcentaje más alto en cuanto a PRM pero presentan los porcentajes más altos de carencias de información para todas las dimensiones (para qué es, como tomar, cuanto tomar, resto de lo necesario)

Se interviene más PRM en los tratamientos de inicio. Se interviene más con el propio paciente en tratamiento de inicio y se deriva más al médico en tratamiento de continuación. En tratamiento de continuación se da el porcentaje más alto de no aceptados por el paciente.

La mayor causa de remisión al médico fueron las RAM, seguidas por interacciones. Con el paciente se resuelven el 84% de los problemas de dosis.

En la derivación al médico se ha observado que se deriva más en los tratamiento de continuación, por género se deriva más a mujeres

en tratamiento de continuación, por edad se deriva más a los niños que continúan tratamiento y a los mayores de 65 años que lo inician, por origen se deriva más a los españoles, por tipo de farmacia se deriva más en farmacia cercana a ambulatorio en tratamiento de continuación, por grupo terapéutico se deriva más amoxicilina/ clavulánico.

La aceptación más baja por parte del paciente de la intervención se da en los cuidadores de los niños de 5 a 14 años que continúan tratamiento y en los mayores de 65 años cuando inician tratamiento.

Tanto para inicio como para continuación de tratamiento hay más tendencia a resolver con el propio paciente en los extranjeros especialmente en los tratamientos de inicio (91%). Los extranjeros aceptan mejor que la población autóctona la intervención del farmacéutico.

El farmacéutico adjunto tiene más tendencia a resolver con el paciente (67%), menos tendencia a remitir al médico (26%) y sus intervenciones presentan el porcentaje más alto de no aceptadas por el paciente (7%).



# Próximamente jornadas de la REAP de la REAP

## Polimedicación: Solución o problema

4 y 5 de Junio de 2010  
Hotel Tryp Rey Pelayo. Gijón





# XI Becas de la REAP

## La investigación en atención primaria

**Finalizado ya el plazo de presentación de solicitudes, y por el interés que tiene para nuestros socios, reproducimos las bases de la convocatoria de las XI BECAS REAP, que ya fue enviada en su día en formato electrónico**

1. Los temas de investigación de los proyectos que quieran optar a las ayudas versarán, se planificarán, desarrollarán y aplicarán en el campo de la Atención Primaria en España.
2. El investigador principal, y la mayoría de los miembros del equipo investigador, deben trabajar activamente en Atención Primaria en España. Se valorará muy positivamente que el estudio sea multidisciplinar, es decir, que participen profesionales de diferentes ramas sanitarias: Medicina, Farmacia, Enfermería, etc.
3. La cuantía de las becas será única por proyecto; y el grupo investigador se comprometerá a realizar el trabajo en un período máximo de dos años, contados a partir de la fecha de concesión de la ayuda.
4. Los investigadores que quieran acceder a estas ayudas, presentarán una memoria del proyecto de investigación en castellano al Comité Científico de la REAP, en el que constará la información solicitada según el formulario adjunto obligatorio.
5. Las memorias de los proyectos de investigación se enviarán, en un único fichero en formato Word de un tamaño menor de 1 MB, no comprimido, con extensión ".doc" (versión 2003 o anterior) al correo electrónico del Coordinador de las Becas: [becas@reap.es](mailto:becas@reap.es). La comunicación entre los solicitantes y la Coordinación será siempre por correo electrónico.
6. Para hacer efectiva la concesión de la beca, al menos un miembro del equipo investigador se personará en el acto de entrega y expondrá un resumen del proyecto de investigación ganador, en un acto público organizado a tal efecto por la REAP.
7. Los investigadores se comprometerán a que el trabajo, para el que se solicita la ayuda de la REAP, se publique en revistas científicas de reconocido prestigio tanto en el ámbito nacional como internacional. La REAP se reserva el derecho de publicar el resumen, aportado en la solicitud por los investigadores, de los proyectos ganadores de las Becas.
8. Los autores del proyecto que ha sido financiado deberán hacer mención expresa de la ayuda recibida por parte de la REAP al difundir el trabajo, y asimismo enviarán una separata a la Secretaría de la REAP para su archivo.
9. La evaluación de los trabajos de investigación la realizarán cuatro Comités (Técnico, Científico, Institucional y Ético) cuyos miembros serán seleccionados entre investigadores y profesionales de reconocido prestigio vinculados a la REAP, y cuyo fallo será inapelable.
10. Ningún miembro de dichos Comités participarán ni como investigador, ni como ayudante, ni como asesor en los trabajos que se presenten a las Becas REAP para pedir financiación.
11. La fecha límite para el envío de los proyectos de investigación será hasta las 24 horas del día 23 de enero de 2010.
12. La participación en esta convocatoria supone la aceptación de sus bases.

### RED ESPAÑOLA DE ATENCIÓN PRIMARIA

#### Junta Directiva

Presidente: Luis Miguel García Olmos

Vicepresidente y Tesorero: Borja García de Bikuña Landa

Secretaría: Meritxell Boquet Figueras

Vocal de Medicina: Francisco Abal Ferrer

Vocal de Farmacia: Teresa Eyaralar Riera

cómo escribir en el boletín

Las colaboraciones las podéis enviar a:

e-mail: [borjagv@farmacia.euskalnet.net](mailto:borjagv@farmacia.euskalnet.net)