

Sumario

Editorial

- Cuatro años para crecer juntos en una SEMERGEN más científica, comunicativa y participativa.

SEMERGEN opina

- Más del 95% de los candidatos han superado la prueba ECOE.

SEMERGEN activa

- El doctor José Luis Llisterri es elegido nuevo presidente de SEMERGEN.
- Cerca del 90% de los médicos y enfermeros de Atención Primaria están altamente desmotivados.
- Áreas de mejora en el ámbito de la Atención Primaria.
- La revista de SEMERGEN publica el estudio “Consumo de antibióticos de uso sistémico en la Comunidad de Castilla y León”.

Relaciones institucionales

- SEMERGEN y ESTEVE crean una Cátedra de Cronicidad junto a la Universidad Católica de Valencia.
- Conclusiones del Foro de Médicos de Atención Primaria.
- Los pacientes cardiacos ignoran que sus problemas de erección y cardiovasculares tienen la misma causa.
- Más de la mitad de los diabéticos tipo 2 no tiene un control adecuado de la enfermedad.

Actualidad sanitaria

- Ana Mato completa su equipo ministerial y se queda con el Carlos III
- La ministra de Sanidad apuesta por la libre elección de médico y centro, y anuncia un pacto sanitario con las autonomías
- El Gobierno cambiará la Ley del Aborto para exigir consentimiento paterno a menores
- Nueve comunidades no podrían

liquidar su deuda con las farmacias en 2012 ● Comunidad Valenciana, Murcia, Galicia, Madrid y Cataluña, las comunidades más perjudicadas por recortes sanitarios y privatización ● La Audiencia Nacional desestima el recurso contra el plan formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria ● Los hospitales del SNS adeudan 6.300 millones de euros en medicamentos ● Un total de 37.799 titulados optan a una de las 8.264 plazas de formación sanitaria especializada ● Más de la mitad de las comunidades autónomas tiene déficit de médicos en al menos 10 especialidades

Editorial

Cuatro años para crecer juntos en una SEMERGEN más científica, comunicativa y participativa

Tras los resultados de las elecciones a la Junta Directiva Nacional (JDN) del pasado 11 de febrero he creído conveniente utilizar este foro de difusión interno para transmitir, a todos los socios, que el nuevo equipo ya ha comenzado a trabajar con ilusión y responsabilidad para que nuestra querida SEMERGEN siga creciendo como lo ha hecho en los últimos años. Los que me conocen saben que nuestro compromiso se debe a vosotros, los socios, verdadero corazón de nuestra Sociedad.



Sé que hemos crecido espectacularmente, pero todavía queda mucho trabajo por hacer, y quiero transmitir que nos vamos a volcar en cuerpo y alma, con ilusión y esfuerzo, por reforzar nuestra relación con los socios, así como por potenciar el carácter científico e investigador que debe presidir la actividad de toda sociedad médica.

El respaldo mayoritario en las urnas lo interpreto como una obligación por recorrer, durante los próximos cuatro años, un camino en el que creo fundamental impulsar el modelo científico y reorientarlo hacia la investigación, la formación y la participación activa de todos los socios y comunidades autónomas. Participación que se hará extensible también a instituciones, residentes y demás colectivos relacionados con la AP.

Como nuevo presidente de la Sociedad, quiero comunicaros mi intención de trabajar intensamente desde el primer minuto para incorporar todas aquellas iniciativas que sustentan nuestro programa y estar abierto a vuestras reivindicaciones. De manera sumaria, las principales líneas programáticas pre-

tenden impulsar cuatro áreas clave de la SEMERGEN: Sociedad, Socios, Comunidades Autónomas y Pacientes.

Creo necesaria una reorientación del modelo actual de SEMERGEN que dinamice su labor científica e investigadora y que sea realmente participativa. Para ello, vamos a crear una Agencia de Investigación, vinculada a la Fundación, que va a impulsar y aglutinar toda nuestra producción en investigación científica. Así mismo, vamos a integrar la labor de los Grupos de Trabajo en esta Agencia, a crear un registro y red de investigadores SEMERGEN y a impulsar la acreditación de investigadores por esta Agencia de Investigación.

Los Grupos de Trabajo deben liderar la formación, docencia e investigación en SEMERGEN, y son el elemento clave y necesario de esta integración científica. Queremos contar con ellos como nunca: son nuestra fortaleza y nuestra razón de ser. Por este motivo, se van a crear nuevos Grupos de Trabajo, como el de Tutores, Residentes, Profesores de Universidad, Medicina basada en la evidencia, Relaciones Internacionales, Gestión y Cronicidad.

Queremos estar más cerca de vosotros que nunca, escuchar vuestras necesidades y hacerlos más atractiva vuestra pertenencia a SEMERGEN. Por este motivo, vamos a crear la Agencia de Formación y Desarrollo Profesional, que será responsable de identificar necesidades formativas, desarrollar ideas y diseñar planes formativos, coordinando todas las actividades con el objetivo de potenciar el desarrollo profesional de todos y cada uno de los socios y médicos que lo soliciten.

Vamos a aumentar los servicios que os ofrecemos, como el Portal SEMERGEN, que dispondrá de una biblioteca virtual, con un acceso gratuito a las principales revistas de información para el médico de familia; la Agenda SEMERGEN, desde la que se podrá consultar un calendario con eventos científicos, reuniones, etc.; y la Tienda SEMERGEN, donde poder localizar productos sanitarios, informáticos o libros, con ofertas especiales para los asociados.

Todos estos servicios se incluirán en una nuestra página web, que vamos a actualizar, para hacerla más dinámica, útil y participativa.

Por supuesto, seguiremos apostando por nuestra Gaceta On-line. Creo que es un excelente vehículo para interconectar a todos los socios y un eficaz foro de difusión de actividades de la Junta, grupos de trabajo, socios, relaciones con otras sociedades, etc. Estamos trabajando en un nuevo diseño más actualizado y cómodo de visualizar que llegará muy pronto a vuestros correos. También seguiremos impulsando nuestra Revista SEMERGEN, como órgano de expresión y debate a nivel científico y plataforma de comunicación de los trabajos de investigación de los asociados.

Queremos ilusionar e impulsar una SEMERGEN de futuro, moderna y eficaz. Esta transformación también se notará en la relación con las comunidades autónomas y los pacientes. Nuestra intención es que las 17 autonomías funcionen en coordinación y sintonía con la Junta Directiva Nacional (JDN). Para facilitar esta interacción vamos a crear un Coordinador Interterritorial, elegido por y entre los presidentes autonómicos y que actuará como interlocutor directo, con derecho a voz y voto, en las reuniones de la JDN. Esta medida dará mayor voz a las autonomías, y potenciará el trabajo conjunto

para aunar esfuerzos comunes. También dará a luz un nuevo espacio autonómico en la página web de SEMERGEN, donde cada socio va a poder consultar noticias y eventos de su propio territorio.

Por otra parte, creo necesario un acercamiento al paciente. La educación en salud es una de las mejores recetas para la sostenibilidad del sistema sanitario. Tenemos que educar en la responsabilidad común por el bien de todos. En este sentido, vamos a incrementar la relación y colaboración con asociaciones de pacientes y la sociedad en general, y a crear un Foro de Pacientes que sirva para escuchar y ser escuchados, más allá de las visitas en los centros de salud.

Por último, quiero destacar que la nueva JDN de SEMERGEN quiere impulsar la incorporación de la Medicina de Familia a la Universidad, alentando la acreditación del profesorado médico de familia. Con este objetivo, se van a crear cátedras de SEMERGEN de patrocinio privado, propio o mixto, y se designará a un responsable de Universidad en la JDN, que se va a encargar de desarrollar un plan inmediato de actuación a corto plazo. Todos estos objetivos pasan, necesariamente, por vuestra participación activa y comprometida por el bien de la Sociedad. Estamos y estaremos a vuestra disposición para escuchar vuestras propuestas y hacer más productivo este camino común. Se inicia un nuevo período. Deseo de corazón que nos haga crecer a todos como Sociedad, como profesionales y como personas.

Un afectuoso saludo.

José Luis Listerri

Presidente de SEMERGEN.

SEMERGEN opina

Más del 95% de los candidatos han superado la prueba ECOE

Tras la reunión del Comité Coordinador de la Prueba ECOE 2011, el pasado 15 de marzo, para conocer los resultados de la prueba y la nota de corte establecida por la Comisión Nacional de



la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, SEMERGEN comunica que el porcentaje de aprobados supera el 95%.

Este alto porcentaje demuestra la alta capacitación de todos los aspirantes a superar una prueba que, no obstante, les supuso un alto coste emocional y sacrificio personal debido a la forma y fondo de su convocatoria. Con estos datos, el número

de suspensos rondaría, tan sólo, unos cien candidatos, y la participación ha superado el 70% en las tres sedes oficiales (Madrid, Sevilla y Barcelona).

Para establecer el punto de corte se ha seguido una distribución normal - 2DE. Los resultados han mejorado claramente, lo que indica que el cambio en la forma de realización de la prueba no ha perjudicado a nadie.

En este momento, se está en periodo de elaboración de actas por parte de las CC.AA. y posterior aprobación definitiva por parte de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, para su envío al Ministerio de Educación, que emitirá los resultados por correspondencia a cada candidato. A aquellos que hayan superado la prueba se les explicará cómo solicitar el Título en esta misma carta.

En cuanto al futuro de aquellos que, o hayan suspendido una o dos veces, o no se presentaran a esta convocatoria, se pretende, en función de la disponibilidad presupuestaria, realizar un nuevo examen en el último trimestre de este año, dando así cumplimiento al derecho de segunda y tercera convocatoria que marca el RD.

SEMERGEN queda a disposición de todos los socios para las dudas o cuestiones que queráis plantear.

Un cordial saludo.

Milagros González Béjar

Coordinadora Nacional del grupo de metodología de la evaluación en Semergen

Armando Santo González

Vocal SEMERGEN CNMFyC

SEMERGEN activa

El doctor José Luis Llisterri es elegido nuevo presidente de SEMERGEN

El doctor José Luis Llisterri, hasta ahora coordinador del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), ha sido elegido presidente de SEMERGEN con el 54% de los votos, frente al 42,5% de la candidatura alternativa, liderada por el



doctor Ignacio Cantero. Ha votado el 70% de los socios censados. Con esto, los demás miembros que conforman la nueva junta directiva de SEMERGEN para los próximos cuatro años son: José Polo García, Rafael Micó Pérez, Isidoro Rivera Campos, Gustavo C. Rodríguez Roca, Armando Santo González, José Manuel Comas Samper, María Dolores Aicart Bort, Alberto López Rocha, Francisca Molina Escribano, Montserrat Pimienta Escrihuela y Jesús Vergara Martín.

Producción científica, formación e investigación, claves de la hoja de ruta del nuevo presidente de SEMERGEN



La **nueva Junta Directiva Nacional** de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (**SEMERGEN**), encabezada por su presidente, el **Dr. José Luis Llisterri**, llevará a cabo una profunda transformación de la Sociedad, manteniendo aquellos logros alcanzados por el trabajo de anteriores equipos, pero imprimiendo una seña de identidad basada en la **investigación, la producción científica y la participación**.

Esta participación se hará extensible tanto a los socios, como a las comunidades autónomas, instituciones, residentes y demás colectivos relacionados con la Atención Primaria.

El programa de gobierno está basado en cuatro pilares sobre los que se fundamenta un extenso paquete de medidas: **la Sociedad, el socio, las comunidades autónomas y el paciente**. Para la nueva JDN, es necesario consolidar la actual situación política y económica de la Sociedad e impulsar el modelo científico. Para ello, los socios en general, y los Grupos de Trabajo en particular, son claves y deben liderar la formación, docencia e investigación.

Entre las medidas que impulsarán la investigación se encuentra la creación de la **Agencia de investigación SEMERGEN**, vinculada a la Fundación SEMERGEN, la creación de un registro y red de investigadores SEMERGEN o la acreditación de investigadores por la Agencia de Investigación.

En cuanto a las medidas dirigidas a los socios, y que se encuentran recogidas en el decálogo con el que el equipo de José Luis Llisterra se presentó a las elecciones del pasado 11 de febrero, se encuentra la creación de la **Agencia de Formación y Desarrollo Profesional**, o el aumento de los servicios de cara al socio, como el **Portal SEMERGEN**, que dispondrá de una biblioteca virtual, o la **Agenda SEMERGEN**, desde la que se tendrá acceso a un calendario con eventos científicos, reuniones, etc.

Otra de las iniciativas más importantes que va a llevar a cabo la JDN es la **creación de un Coordinador Interterritorial**, elegido por y entre los presidentes autonómicos y que actuará como interlocutor directo, con derecho a voz y voto, en las reuniones de la JDN. Esta medida quiere dar mayor voz a las autonomías, y potenciar el trabajo conjunto para aunar esfuerzos comunes.

En cuanto a los pacientes, la principal medida se basa en la adaptación del modelo organizativo y científico, orientándolo hacia las necesidades del paciente, incrementando la relación y colaboración con asociaciones de pacientes y sociedad en general, y la **creación de un Foro de Pacientes** que transmita la idea de que se les escucha, y que son importantes para la Sociedad.

Por último, la nueva JDN de SEMERGEN quiere **impulsar la incorporación de la Medicina de Familia a la universidad**, alentando la acreditación del profesorado médico de familia. Con este objetivo, se van a crear **cátedras de SEMERGEN** de patrocinio privado, propio o mixto, se designará a un responsable de Universidad en la JDN, que se va a encargar de desarrollar un plan inmediato de actuación a corto plazo, así como se creará un **Grupo de Trabajo de profesores de Universidad** y/o de la asignatura de Medicina de Familia de SEMERGEN vinculado al Grupo de Tutores de la Sociedad, entre otras iniciativas.

Cerca del 90% de los médicos y enfermeros de Atención Primaria están altamente desmotivados

Existe un amplio descontento e insatisfacción entre los médicos de Atención Primaria (AP) de España. Se enfrentan día a día a consultas masificadas, sobrecarga de tareas burocráticas, claras dificultades en el acceso a determinados medios diagnósticos, escaso nivel de participación en la toma de decisiones sobre la gestión de los centros de salud y un nulo reconocimiento de la actividad asistencial que desempeñan por parte de las instituciones. En cuanto al personal de enfermería, es indudable que la reforma



del primer nivel asistencial mejoró sus condiciones laborales y amplió sus perspectivas profesionales, pero nunca se ha llegado a establecer con mayor precisión el papel de este colectivo en AP.



Con el objetivo de analizar de forma genérica las condiciones en las que los médicos de AP y el personal de enfermería desarrollan su labor asistencial, los recursos con los que cuentan y la organización de la asistencia en las diferentes comunidades autónomas, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) ha elaborado el “Análisis comparado de la situación de los médicos de AP y personal de enfermería de España”, un estudio que nace con el *“afán de facilitar a los decisores políticos información relevante y actualizada que sirva para orientarles en la toma de decisiones sobre alternativas posibles al modelo de AP de nuestro país”*, apunta el doctor José Ignacio Cantero, vicesecretario de SEMERGEN y autor del trabajo. En la rueda de prensa de presentación del estudio

también estuvieron presentes el doctor Julio Zarco, presidente de SEMERGEN, y el doctor Máximo González Jurado, presidente del Consejo General de Enfermería.

La recogida de datos se ha realizado mediante encuesta telefónica con preguntas cerradas a 1.500 médicos de AP y a 1.500 enfermeros que desarrollan su labor en centros de salud de las diferentes comunidades autónomas. El 62% de los médicos encuestados eran hombres, mientras que entre el personal de enfermería dicho porcentaje desciende hasta el 24%. La distribución de grupo de edad es similar entre el personal médico y el de enfermería en ambas encuestas, siendo este último ligeramente más joven. El 44,2% de los médicos entrevistados y el 40,6% de los enfermeros tenían entre 51 y 55 años. Asimismo, un 55,9% del personal médico tenía más de 21 años de experiencia profesional, frente a un 68% del personal de enfermería.

Condiciones de trabajo

Los resultados del análisis ponen de manifiesto un grado de satisfacción medio-alto por parte de médicos y personal de enfermería en relación con sus condiciones laborales (65 y 68%, respectivamente) y su retribución económica (40% para ambos colectivos). Las comunidades autónomas cuyos profesionales se consideran mejor retribuidos se corresponden con aquellas en las que estos han manifestado sentirse más satisfechos con su situación laboral y donde se dan mayores porcentajes de acuerdo ante la posibilidad de que una parte del sueldo esté sujeto a incentivos previamente definidos y fácilmente medibles y evaluables (76 y 73%). Estas regiones son Asturias, País Vasco, Murcia, Aragón, La Rioja, Castilla-La Mancha y Navarra. Los profesionales que desempeñan su labor en estas autonomías son los menos proclives a cambiar su actual relación laboral contractual (51 y 64%). También expresan mayoritariamente que deben ser incentivados por resultados en salud y, en segundo término, por número de pacientes atendidos.

Motivación personal, formación e investigación

El personal de enfermería se encuentra altamente satisfecho en cuanto a la planificación y organización del trabajo conjunto con el médico para la atención de sus pacientes. No obstante, ambos colecti-

vos muestran un elevado grado de desmotivación (88,8 y 89,6%, respectivamente). Las opiniones expresadas por los profesionales consultados no hacen sino confirmar que la orientación de la carrera profesional se ha hecho de forma poco afortunada. Esta debería basarse en la valoración y evaluación de aquellos aspectos inherentes al ejercicio de la profesión médica, especialmente en procesos de Desarrollo Profesional Continuo (DPC). Junto con la actividad asistencial, el DPC es lo que más destacan médicos y enfermeros. El DPC-AP, desarrollado por SEMERGEN, es conocido de forma mayoritaria por los médicos de AP encuestados y un alto porcentaje de estos refiere estar realizándolo. Los profesionales han coincidido en afirmar que la investigación en AP es muy escasa (99,5 y 99,3%).

Carga de trabajo y relación médico-paciente

En relación con los aspectos asistenciales, el personal médico refiere estar sometido a una mayor sobrecarga asistencial que el personal de enfermería (91,1 y 65,5%). Los tiempos que los profesionales encuestados consideran necesarios para realizar primeras consultas y sucesivas son de 15 y 9 minutos, respectivamente, en el caso de los médicos, y de 22 y 13 minutos para los enfermeros. La opinión de ambos colectivos es claramente favorable a la reorganización de las cargas de trabajo y responsabilidades dentro del equipo, de forma que se les descargue de la realización de determinadas tareas burocráticas. Los profesionales médicos se han mostrado mayoritariamente de acuerdo con la prescripción enfermera (el 54%), siempre y cuando se haga con el consenso del equipo sanitario y dentro de un protocolo de actuación. Uno de cada cuatro profesionales de AP (médicos y enfermeros) ha sufrido agresiones en el último año por parte de los pacientes o sus acompañantes (26 y 22%).

Cambio de modelo

La mayor parte de los profesionales encuestados considera válido pero mejorable el actual modelo de AP (77 y 83%, respectivamente). A este respecto, en el análisis se plantean las siguientes líneas directrices para futuros cambios: una mayor participación del paciente, la implementación de algún sistema de corresponsabilidad y la gestión conjunta e integrada de AP y Atención Hospitalaria, considerando que esta última opción mejoraría especialmente aspectos tales como la accesibilidad, la calidad asistencial, la disminución de la burocracia, una mayor dotación de recursos y, en general, la eficiencia del sistema. En relación con las nuevas fórmulas de gestión, sólo una tercera parte de los profesionales encuestados afirma conocer alguna de estas fórmulas (35 y 25%), decantándose mayoritariamente por las Unidades de Gestión Clínica (UGC).

Recursos

La mayoría de los profesionales de AP están de acuerdo en que la prioridad de acceso a las pruebas diagnósticas sea la misma que la de sus homólogos hospitalarios. A este respecto, existen importantes desigualdades entre las diferentes comunidades autónomas, sobre todo con respecto al uso de la mamografía, la ecocardiografía o la tomografía axial computarizada (TAC). Por su parte, las técnicas y procedimientos que realiza el personal de enfermería en AP resultan adecuados para una gran mayoría de los enfermeros encuestados (68%). Con respecto a los recursos humanos, tanto médicos como personal de enfermería consideran de forma unánime que los centros de salud necesitan más perso-

nal (60 y 62%, respectivamente) y mejor equipamiento en tecnologías de la comunicación (41% para ambos colectivos). Su opinión sobre las consultas no presenciales se muestra claramente a favor de la implantación de la consulta telefónica.

Organización

Los médicos y enfermeros encuestados consideran mayoritariamente (59,20 y 66,8%, respectivamente) que el eje del sistema sanitario lo constituyen los profesionales sanitarios y los pacientes por igual. Ambos colectivos se muestran de acuerdo en un 50% en que la gestión de las áreas se encargue a expertos en gestión sanitaria, sean o no médicos. También expresan de manera mayoritaria su firme deseo de desvincular la gestión sanitaria de los avatares y cambios políticos que tienen lugar con la periodicidad que marcan las urnas. Los dos estamentos están de acuerdo en que se definan las funciones del personal de los centros de salud y se asignen por escrito dichas tareas.

Aparte de la necesidad de realizar campañas de educación sanitaria dirigidas a la población general, los médicos y enfermeros de AP ven necesaria la implantación de sistemas de corresponsabilidad del paciente (86 y 75,4%, respectivamente). El análisis muestra que el principal objetivo de los profesionales encuestados para con esta medida no es otro que reducir la utilización innecesaria de los servicios sanitarios (79 y 72%). Sobre su forma de implementación, ambos colectivos muestran mayor grado de acuerdo en que se pague por consulta o acto médico (47,40 y 31,40%), mediante *tickets* moderadores por consultas innecesarias (33 y 39%) y por la realización de pruebas a petición del paciente sin orden médica (10 y 15%).

Áreas de mejora en el ámbito de la Atención Primaria

La AP debe influir en el sistema sanitario para que este sea eficiente y sostenible. Esta influencia se logra con la implicación de los profesionales en la gestión y en su capacidad para mejorar la accesibilidad y resolución de las necesidades sanitarias del ciudadano. En este contexto, es necesario plantearse como objetivos el modernizar, reordenar y potenciar la AP para adecuar la oferta de servicios a las necesidades, demandas y expectativas de la población. Estos objetivos deben ser orientados a los ciudadanos, a los profesionales y a la organización y gestión de los servicios. Cualquier cambio debe contar con el consenso de los profesionales involucrados y la participación de los ciudadanos.

En base a los resultados obtenidos en el estudio y teniendo como referencia la discusión y comentarios extraídos de los mismos, se plantean a continuación algunas ideas generales sobre determinados aspectos tendentes a la mejora de la organización, estructura y actividad asistencial en el ámbito de la AP.

1. Profesionalización de la gestión

Es importante desvincular la gestión sanitaria de los cambios políticos que se suceden con la periodicidad que marcan las urnas. Los gerentes dependen en exceso del poder político, y esto

disminuye su profesionalización, capacidad de acción y, lo que es más importante, impide la necesaria planificación de la gestión sanitaria a medio y largo plazo. Es necesario articular fórmulas de relación contractual de los cargos directivos con la administración correspondiente, de forma que estos sean evaluados por sus resultados y, llegado el caso, desvinculados de la gestión por el mal resultado de esta, pero siempre mediante informe convenientemente razonado, y no por causa de su afiliación política. La puesta en funcionamiento de escuelas de directivos contribuiría sin duda a esta necesaria profesionalización de la gestión.

2. Incremento del presupuesto destinado a la AP

Destinar un 25% del gasto sanitario a la AP es uno de los principales objetivos, y objeto de reivindicación de las sociedades científicas (SS.CC.), OMC, asociaciones y demás agentes e instituciones relacionadas con este ámbito asistencial. Es importante, y así se propugna, no prefijar un porcentaje concreto como objetivo, sino trabajar sobre la idea de que la AP debe disponer de los recursos necesarios y con el porcentaje necesario, sobre el presupuesto sanitario total, para garantizar una prestación eficiente y de calidad en este ámbito asistencial.

3. Reparto de funciones y asignación de nuevos roles

Los cambios sociales y tecnológicos acaecidos en los últimos años hacen necesario un reparto de funciones entre los profesionales sanitarios, así como la asignación de nuevos roles a otros estamentos no sanitarios que integran el personal de los centros de salud. El encorsetamiento en la delimitación de funciones entre el personal no sanitario impide avanzar en la tarea de prestar una asistencia más ágil y dinámica en los centros de AP. Sin embargo, las nuevas tecnologías permiten, en caso necesario, rápido acceso a la información y un mejor desarrollo de nuevas capacidades y funciones por parte del personal auxiliar. Se hace necesario, y así se plantea, la unificación de las categorías de auxiliar administrativo y de celador en una sola, que podría denominarse de personal auxiliar o personal de servicios múltiples. Asimismo, es importante para el personal de enfermería desarrollar plenamente sus capacidades y funciones asistenciales. La nueva especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria va a contribuir a potenciar las funciones de este personal, al definir las competencias necesarias para su práctica asistencial en el ámbito de la Atención Primaria.

4. Campañas de educación sanitaria

Es importante la puesta en marcha de campañas educativas para facilitar información al ciudadano sobre la utilización de los recursos sanitarios que el sistema pone a su disposición y el buen uso de los mismos, para evitar así la saturación del sistema por procesos banales que generan consultas innecesarias. Es fundamental orientar al ciudadano sobre cómo utilizar los cauces adecuados en función de que sus necesidades de salud sean demorables o no demorables, acudiendo cuando sea necesario, a los servicios de asistencia urgente, bien de AP o de Atención Hospitalaria. Un paciente bien informado se responsabilizará más del cuidado de su salud y de seguir los tratamientos prescritos, por tanto, su estado de salud será mejor y necesitará acudir menos veces a consulta.

5. La corresponsabilidad del paciente

Es muy importante la participación de los profesionales de la salud en el proceso de garantizar el acceso a esta de la población. Su responsabilidad es educar para la salud, prevenir las enfermedades y dar, por supuesto, la atención médica con la calidad, oportunidad y accesibilidad necesarias. Dicho esto, al paciente le corresponde una gran parte de la responsabilidad de su salud. La mejor forma de conseguir una sociedad más sana no es construir más hospitales o centros de AP, sino que la población asuma unos estilos de vida más saludables. Está demostrado que la corresponsabilidad del paciente con su patología mejora los resultados clínicos. Los ciudadanos deben asumir sus deberes en materia de salud, que pasan por el adecuado uso de los recursos sanitarios, la responsabilidad personal con su salud y la colaboración con las autoridades sanitarias. Los derechos de los ciudadanos en el ámbito de la sanidad se refuerzan no sólo ejerciéndolos, sino también asumiendo sus deberes en relación al cuidado de su salud y en el uso adecuado de los recursos sanitarios.

6. Consultas no presenciales: consultas *on-line*

Es importante facilitar esta accesibilidad electrónica de los ciudadanos, propiciando la plena integración de las comunicaciones electrónicas entre pacientes y profesionales del sistema sanitario. Se trata, por tanto, de que los médicos y personal de enfermería incorporen en sus agendas, de forma reglada, el espacio necesario para atender a las consultas telefónicas o responder a los correos electrónicos de sus pacientes. Esto no sólo mejora y amplía la comunicación sino que facilita la resolución de dudas y consultas, evitando así traslados y desplazamientos innecesarios.

7. Recursos humanos

La escasez de médicos en España es un hecho constatado en numerosas ocasiones por las instituciones, entre ellas por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), el cual elaboró un estudio en el que puso de manifiesto las carencias de profesionales en las diferentes especialidades médicas. Este déficit de especialistas es aún más visible en AP, al ser la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria una de las especialidades médicas que ocupa los primeros lugares en el *ranking* de las menos demandadas año tras año por los médicos en formación. A la vista de esto, se hace necesario un redimensionamiento de las plantillas, tanto de médicos como de personal de enfermería en AP, para una mejor redistribución de cupos en función de sobrecargas asistenciales, mayor frecuentación por población envejecida, proximidad o lejanía al centro de salud, etc. En definitiva, es importante avanzar no sólo en un incremento de los recursos humanos, sino en una mejor distribución de los mismos, adaptando estos a las necesidades asistenciales y de salud de cada territorio. La distribución de profesionales siguiendo criterios estrictamente poblacionales debe revisarse por inadecuados, debido a los cambios sociodemográficos que se han producido en los últimos años.

8. Acceso a pruebas diagnósticas

El acceso a pruebas diagnósticas por el médico de AP presenta importantes desigualdades según la comunidad autónoma donde se realice la actividad asistencial. Este acceso debe ser sin restric-

ciones; el médico de AP es el gestor integral del caso que presenta el paciente, por tanto, debe estar en disposición de solicitar aquellas pruebas que considere necesarias para gestionar individualmente cada proceso. Las demoras en la entrega de los resultados de pruebas diagnósticas implican un incremento innecesario del gasto sanitario, especialmente en aquellos casos de pacientes en incapacidad temporal (IT) que están en espera de esos resultados para iniciar o modificar tratamientos ya existentes.

9. Uso generalizado de nuevas tecnologías

Avanzar decididamente en la implantación de las nuevas tecnologías de la comunicación e información en AP es una necesidad urgente. Aspectos como la receta electrónica o la historia clínica electrónica deben implantarse de forma progresiva y sin pausa en todas las CC.AA. Las desigualdades existentes en el acceso a Internet desde los centros de salud de las diferentes comunidades autónomas deben desaparecer. En la era de la información globalizada, el acceso sin limitaciones a Internet por los profesionales de AP no sólo es necesario, sino imprescindible. La implantación de la historia clínica electrónica en todo el SNS es una necesidad inaplazable, no sólo para el paciente, en cuanto que le permite acreditar sus necesidades de tratamiento en cualquier comunidad autónoma a la que se desplace, sino para el profesional que le atiende fuera de su lugar de residencia, al poder disponer de datos relevantes (alergias, antecedentes personales, etc.).

10. Descentralización de la gestión

El médico de AP debe tener una participación más activa en los procesos asistenciales y en los recursos necesarios para el desarrollo de los mismos en base a elevados criterios de calidad. El médico debe gestionar los componentes del proceso asistencial: tiempos de consulta, tiempo asignado por paciente, derivaciones e interconsulta con otros especialistas, cuándo y a dónde derivar, esto es, libertad de elección de especialistas, gestión de avisos domiciliarios, periodos formativos y docentes, etc. Igualmente es importante la participación activa del profesional en la gestión activa de los recursos materiales y humanos necesarios. Fórmulas de participación activa de los profesionales en la gestión se están llevando a cabo a través de las Entidades de Base Asociativa (EBA), con datos aún no concluyentes en cuanto a resultados en salud de la zona de salud gestionada. Sin embargo, estas entidades asociativas pueden constituir un punto de partida para el desarrollo de nuevas fórmulas de gestión, con una participación activa del médico en la gestión de los centros de salud.

11. Potenciar la investigación en AP

Es necesario potenciar la investigación en AP, y ello pasa por la puesta en marcha de estructuras investigadoras en red para poder abrir nuevas líneas de trabajo, y la creación de alianzas intercentros, así como estructuras estables y servicios de apoyo al investigador en metodología de investigación y conocimientos estadísticos. Todo esto debe ir simultaneado con financiación, formación y tiempo disponible para que los profesionales de AP puedan desarrollar buenos proyectos de investigación.

La revista de SEMERGEN publica el estudio “Consumo de antibióticos de uso sistémico en la Comunidad de Castilla y León”

Zamora es la segunda provincia de la región, tras Ávila, que más antibióticos consume en relación a su población, según refleja un estudio sobre todas las áreas de salud de la comunidad autónoma elaborado por profesionales de hospitales y centros de salud de Valladolid y publicado en la revista de SEMERGEN, la sociedad de Medicina de Familia. Son precisamente las provincias más envejecidas y las que tienen mayor porcentaje de población rural las que destacan por el alto consumo de antibióticos.

Los autores del trabajo señalan que *“en el conjunto del área estudiada hubo importantes diferencias de consumo de antibióticos de uso sistémico, de forma que las provincias de Ávila, Zamora, Salamanca y Soria presentaron consumos en torno a 21-22 DHD (dosis diarias por mil habitantes y año), mientras que Burgos, Segovia, Valladolid Este y El Bierzo arrojaron cifras en torno a 16-17 DHD. En este extremo destacó el área de Valladolid Oeste, con 13,46 DHD”*.

Los autores del trabajo indican que *“el uso de antibióticos en nuestro país presenta una serie de problemas importantes a medio plazo: las altas cifras de consumo llevan asociadas resistencias bacterianas múltiples que otros países de nuestro entorno no tienen. Por otra parte, la falta de investigación de nuevos principios activos por parte de los laboratorios y la aparición de procesos infecciosos en ocasiones de difícil tratamiento conllevan a una situación inestable en las próximas décadas. Por ello se hace necesario valorar los factores que pueden influir en la prescripción antimicrobiana con el fin de reducirla y mejorarla”*.

Esta fue la motivación para realizar el estudio de prescripción en la comunidad autónoma de Castilla y León entre los años 2001 al 2005 a través del servicio de información de farmacia Concyliya, del grupo terapéutico J01 (antibióticos de uso sistémico), usando como indicadores la dosis diaria definida (DDD) y la DDD por mil habitantes y año (DHD). Los resultados encontraron diferencias de consumo importantes en cada área de salud, destacando en los extremos Ávila (22,37 DHD) y Valladolid Oeste (13,46 DHD). Por subgrupos terapéuticos, las áreas con mayor consumo fueron Salamanca (penicilinas asociadas a inhibidores de betalactamasa y quinolonas), Ávila (penicilinas de amplio espectro), Soria (cefalosporinas) y León (macrólidos). Al valorar el consumo por subgrupos, los autores encontraron desigualdades de consumo llamativas.

Por ejemplo, un consumo elevado de penicilinas asociadas a inhibidores de betalactamasa en Salamanca y Ávila, así como de penicilinas de amplio espectro también en Ávila y Palencia (todos ellos por encima de las 6 DHD). Los principales principios activos responsables del consumo en cada subgrupo fueron la asociación de amoxicilina-clavulánico y la amoxicilina, respectivamente. Las cefalosporinas y su principio activo más usado, la cefuroxima, fueron más utilizadas en Soria, Zamora y Ávila, por este orden.

Los macrólidos fueron más consumidos en las áreas de León, Zamora y Salamanca (en torno a 3 DHD), siendo los principios activos más importantes la claritromicina, con un consumo principal en Zamora, Ávila, Salamanca y Soria, y la azitromicina, que mantuvo un patrón de prescripción diferente, con predominio en El Bierzo, León y Salamanca. Las quinolonas presentaron su mayor utilización en las áreas con mayor consumo global: Salamanca, Ávila y Zamora (valores superiores a las 2,5 DHD). En este caso, los principios activos más representativos son tres, y presentan un consumo máximo por áreas muy diferente: ciprofloxacino (Salamanca, El Bierzo y León), norfloxacino (Salamanca, Ávila y Zamora) y moxifloxacino (Zamora, Burgos y Palencia).

Los autores del trabajo detectaron *“una relación directa entre las áreas con una población más envejecida y el mayor consumo de prácticamente todos los subgrupos de antibióticos y sus principales principios activos. De esta forma, las tres poblaciones con mayor índice de dependencia por encima de los 65 años fueron Zamora, Soria y Ávila”*. En el caso de Zamora destacó el consumo de penicilinas de amplio espectro, macrólidos (claritromicina), quinolonas (norfloxacino y moxifloxacino) y cefalosporinas.

Asimismo, de forma global, constataron un mayor uso de antibióticos en las poblaciones donde el peso de la población rural es mayor, es decir, Ávila, Zamora y Salamanca, aunque con la excepción de León. Todos los subgrupos terapéuticos y principales principios activos fueron más usados en las áreas con mayor población rural, incluso en el área de León. En este sentido, los autores destacan el consumo de amoxicilina en Ávila, claritromicina y moxifloxacino en Zamora, y amoxicilina-clavulánico, ciprofloxacino y norfloxacino en Salamanca.

“No cabe duda que la población envejecida en estas zonas supone un motivo primordial para este patrón de consumo de antibióticos ya estudiado previamente, aunque otros factores del entorno rural influyen en esta situación, como son la dispersión geográfica o los motivos culturales propios de cada población”. Otros factores que pueden influir en el consumo son las condiciones climatológicas, la estructura demográfica, el nivel educativo, la renta per cápita y el número de recursos sanitarios de la población.

Relaciones institucionales

SEMERGEN y ESTEVE crean una Cátedra de Cronicidad junto a la Universidad Católica de Valencia

- **Uno de los objetivos esenciales de la Cátedra, junto a las actividades docentes y formativas, es el de promover la investigación integrada sobre las patologías crónicas.**
- **La insuficiencia cardiaca y la enfermedad renal crónica son, inicialmente, los principales ejes sobre los que girarán los trabajos docentes y de investigación.**



De izquierda a derecha: Germán Cerdá, Decano de la UCV; José Luis Llisterri Caro, Presidente de SEMERGEN; Luis Rosado, Conseller de Sanitat; José Alfredo Peris, Rector de la UCV; Pere Fernández, Director Médico de ESTEVE.

Valencia, 27 de marzo. La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), en colaboración con ESTEVE, ha firmado hoy el convenio para la creación de la Cátedra SEMERGEN-ESTEVE de Cronicidad, junto con la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir (UCV). Según José Luis Llisterri, presidente de SEMERGEN y director de la Cátedra, *“la firma de este convenio significa un importante acercamiento a la Universidad, ya que impulsará la investigación desde la perspectiva de la Medicina de Familia en la Facultad de Medicina”*. El acto ha sido presidido por el conseller de Sanitat, Luis Rosado, y José Alfredo Peris, Rector de la UCV.

El presidente de SEMERGEN ha subrayado que esta nueva Cátedra *“nace con el ánimo de ser **un referente nacional en el conocimiento de las enfermedades crónicas y en la generación de evidencia científica en este campo**”*. Esta Cátedra, gestada durante más de un año de trabajo, está destinada a fomentar la investigación, estudio y realización de trabajos científicos y clínicos en el área de la atención al paciente crónico.

José Luis Llisterri ha afirmado que la **atención sanitaria a los enfermos crónicos implica cambios en las políticas sanitarias** y en la organización de la asistencia, para pasar de un modelo de atención a la enfermedad aguda (curación de episodios), a un modelo de atención a las condiciones crónicas en el cual los pacientes, cuidadores, profesionales de la salud y sistema sanitario se coordinen para una **gestión integral de la cronicidad desde una perspectiva poblacional**.

Líneas estratégicas de investigación

Este convenio de colaboración **plantea inicialmente, como líneas estratégicas de investigación para un periodo de cuatro años, de 2012 a 2016, la insuficiencia cardíaca crónica y la enfermedad renal crónica**, ambos problemas de una gran trascendencia sociosanitaria y económica en nuestro país. En este sentido, el presidente de SEMERGEN ha indicado que ambas enfermedades son paradigma de cronicidad por su relación con el envejecimiento, larga duración, afectación de la calidad de vida y elevada co-morbilidad.

Dentro del amplio paquete de acciones con las que arranca este convenio, ya se ha acordado iniciar varias tesis doctorales para el presente año, así como llevar a cabo dos cursos sobre cronicidad, realizar **varias actividades de colaboración con distintas instituciones públicas y privadas**, presentar varias comunicaciones a congresos y jornadas de referencia, así como firmar un convenio de colaboración con la Universidad Miguel Hernández para realizar un master de cronicidad (2012-2013) y crear un foro de debate (de carácter anual) sobre el modelo de la Atención Primaria en España.

La Cátedra también realizará aquellas actividades formativas y publicaciones, derivadas de los trabajos y estudios, que contribuyan al desarrollo y consolidación de médicos y personal sanitario. El desarrollo de dichas actividades será llevado a cabo a través de la Facultad de Medicina de la UCV.

Otro de los objetivos esenciales, junto a las actividades docentes y formativas, es el

de promover la investigación integrada sobre las patologías crónicas, abarcando desde aspectos de ciencias básicas como clínicas y aplicadas, tratando incluso de crear vínculos entre profesionales de salud españoles y extranjeros en este ámbito.

En palabras de Pere Fernández, Director Médico y de Innovación en Salud de ESTEVE *“proyectos como el de la Cátedra contribuyen a reforzar nuestra presencia como partner de referencia de todos los actores del sistema sanitario, en el ámbito de la cronicidad, con el único objetivo de mejorar la esperanza y calidad de vida de los pacientes crónicos”*.

Organigrama

El cuerpo docente de la Cátedra está formado por los doctores José Luis Llisterri, Vicente Pallarés, Francisco Valls y Vicente Gil, este último en calidad de asesor; el asesoramiento estadístico estará a cargo de la UCV y la secretaria será Paula Sánchez.



De izquierda a derecha: Pere Fernández, Director Médico de ESTEVE; José Alfredo Peris, Rector de la UCV; Luis Rosado, Conseller de Sanitat; José Luis Llisterri Presidente de SEMERGEN.

Así mismo, el director de la Cátedra será José Luis Llisterri, que, junto al **Consejo Académico Directivo**, dirigirá e impulsará el desarrollo del convenio, elaborará el programa de actividades de la Cátedra y **propondrá al Consejo Directivo las líneas generales de trabajo**, así como un plan anual que recoja las actividades a desarrollar y el calendario de ejecución de las mismas. También **se encargará de organizar y coordinar las actividades de la Cátedra y de la gestión económica de la misma**.

En definitiva, el presidente de SEMERGEN ha asegurado que la alianza entre la UCA, ESTEVE y SEMERGEN “**se pone a disposición de** *estudiantes, residentes, médicos, profesionales de la salud, pacientes, cuidadores y sociedad en general para **avanzar en la investigación y formación en Cronicidad**. La estrategia de crónicos –ha concluido- **va a cambiar la vida** de los pacientes y cuidadores, pero también la de **los profesionales** que tendrán más tiempo para tareas de más valor añadido y menos tareas rutinarias (recetas, administrativas, etc.)”.*

Conclusiones del Foro de Médicos de Atención Primaria

Tras la celebración del Foro de Médicos de Atención Primaria, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), la Organización Médica Colegial (OMC), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) han expuesto las siguientes conclusiones:

Somos conscientes de la situación actual de crisis económica, pero no podemos admitir con la excusa “de lo inevitable”, que se estén adoptando una serie de medidas que no han sido suficientemente explicadas y menos todavía discutidas por los legítimos representantes, hurtándonos el conocimiento pormenorizado de la realidad y el diálogo.

Estamos convencidos de que la mejora de la Atención Primaria es imprescindible para la sostenibilidad del sistema sanitario, y además, ahorradora de recursos.

Nuestra intención continúa siendo la de colaborar y aportar nuestros conocimientos técnicos y científicos, tanto al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, como a las comunidades autónomas y al Consejo Interterritorial. Por ello, solicitamos una reunión con la ministra de Sanidad, a la que plantearemos todos los temas pendientes y trasladaremos las conclusiones de la reunión de hoy, que a continuación expresamos:

1. Solicitamos **acceso al conocimiento real de la situación en la que se encuentra el déficit de las diferentes CC.AA.** y cómo está estructurado en las diversas partidas presupuestarias.
2. **Ofrecemos nuestro diálogo y negociación** para la aplicación de las medidas que se consideren necesarias, pero que en ningún caso sean medidas lineales, indiscriminadas, estrictamente econo-

micistas y sin ninguna valoración clínica técnica que terminen afectando a la calidad asistencial de los pacientes.

3. Requerimos el **adecuado funcionamiento del Consejo Interterritorial** como verdadero ente cohesionador, con capacidad ejecutiva y garante de la equidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), que evite actuaciones unilaterales que pongan en riesgo la imprescindible equidad del sistema y su supervivencia.
4. Es necesaria la **aplicación inmediata de las medidas propuestas, hace más de un año, por el Foro de Médicos de AP**, tanto en base a reducir al mínimo la burocracia como a realizar cambios estructurales que permitan aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria y, por tanto, la eficiencia como eje fundamental de sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.
5. Consideramos que los ciudadanos y los profesionales tenemos la obligación social y ética de velar por el buen uso de los servicios, pero también tenemos la obligación moral de denunciar el deterioro de uno de los pilares básicos de nuestro “sistema del bienestar”. Por ello instamos a ambos a estar vigilantes y denunciar el deterioro o la merma de calidad de nuestro sistema y, en este sentido, el Foro quiere contribuir a ello poniendo en marcha un **Observatorio Médico de Atención Primaria**, que alertará de los casos en que las diferentes CC.AA. traspasen la línea roja que afecta a la calidad de la atención.
6. Manifestamos nuestro inequívoco compromiso con un sistema sanitario público y universal y con una Atención Primaria eje del sistema, al que hay que dotar de los presupuestos adecuados, pero también corregir las ineficiencias que reiteradamente venimos denunciando.
7. Instamos a los profesionales de Atención Primaria a que den publicidad y sigan rechazando las intromisiones en el acto médico que afecten a la calidad asistencial. **Los ciudadanos pueden seguir confiando en que su médico de Atención Primaria buscará la calidad de la asistencia.**
8. Finalmente, instamos también a todos los responsables políticos a alcanzar un Pacto de Estado por la Sanidad que permita un SNS eficiente, equitativo y dotado de una cartera de servicios única.

Los pacientes cardiacos ignoran que sus problemas de erección y cardiovasculares tienen la misma causa

“Por ti, por mí, por el sexo con corazón” ha puesto de manifiesto que los pacientes cardiacos españoles desconocen o siguen sin tener claro la relación existente entre los problemas de erección y su enfermedad cardiovascular, patologías que comparten los mismos factores de riesgo y que alteran la salud sexual de quienes las sufren.

Así lo refleja una encuesta realizada a 595 hombres tras su asistencia a alguna de las conferencias impartidas a lo largo de 2011, principalmente entre miembros de asociaciones de pacientes corona-

rios. El 61,3% de los encuestados –varón, de unos 60 años y casado– respondió que sabía o pensaba que tenía disfunción eréctil (DE), pero al preguntarles por las causas el 49% afirmó que no las conocía hasta que se las explicaron en la conferencia. Incluso, el 22,6% reconoció que no sabía qué era la DE antes de la charla.

Por ello, desde la Fundación Española del Corazón (FEC), la Fundación para la Investigación en Urología (FIU) y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), entidades que junto con Lilly pusieron en marcha la iniciativa, consideran que se ha alcanzado el objetivo fijado de concienciar sobre las consecuencias de la enfermedad cardiovascular en la esfera sexual.

“Consideramos que hemos logrado nuestro objetivo de concienciación y divulgación gracias a las conferencias, al material didáctico repartido entre los pacientes y a la difusión realizada de la relación entre los problemas cardíacos y las relaciones sexuales”, explica el presidente de la FEC, el Dr. Leandro Plaza.

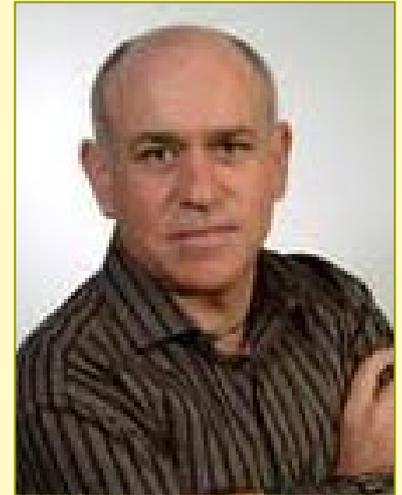
Factores de riesgo comunes

La disfunción eréctil y la enfermedad cardiovascular comparten factores de riesgo, entre ellos la hipertensión, la arterosclerosis, la obesidad, el consumo de tabaco o el de alcohol. Así, dos de cada tres hombres con hipertensión arterial tienen disfunción eréctil, y más de la mitad de los que presentan disfunción eréctil tiene colesterol elevado, lesiones coronarias (el 40% posee oclusiones coronarias relevantes) y prueba de esfuerzo alterada.

“En casi todos los pacientes, la disfunción eréctil aparece en un promedio de 2 a 3 años antes de la aparición de enfermedad arterial coronaria”, afirma el presidente de la FIU, el Dr. Jesús Castiñeiras. *“Es por ello que recomendamos que a un paciente con disfunción eréctil se le pregunte sobre su salud cardíaca y factores de riesgo cardiovascular”*, añade.

La disfunción eréctil, en sus diferentes niveles, llega a afectar al 40% de los hombres mayores de 40 años. Es por este motivo que la primera actuación debe ir dirigida a mejorar el estilo de vida del paciente, consumiendo una dieta saludable baja en grasas, reduciendo el consumo de alcohol, evitando el tabaco, perdiendo peso e incrementando la actividad física. *“Porque prevenir los factores de riesgo cardiovascular mejorará el flujo sanguíneo durante la erección, contribuyendo a su salud sexual”*, asevera el Dr. Castiñeiras.

La mayoría de los encuestados, un 89,5%, cree que tras haber tenido algún problema de erección se puede recuperar la vida sexual, aunque sólo el 36% piensa que conseguirán tener una relación satisfactoria. *“El tema de la satisfacción y de tener una vida sexual de calidad es importante para los pacientes”*, explica el coordinador nacional del Grupo de Sexología de SEMERGEN, el Dr. Froilán Sánchez, *“porque la disfunción eréctil no sólo supone para el paciente un problema de salud, sino también una pérdida de la autoestima y confianza que puede desembocar en problemas con la pareja”*.



Una afirmación que ratifican los encuestados. El 91% afirmó que el sexo tiene bastante o mucha importancia en su vida.

Y si sufrieran un problema de erección, lo hablarían primero con su pareja, con su médico y, en menor medida, con un amigo o con el farmacéutico.

Y si tienen que elegir la especialidad, eligieron primero Atención Primaria y, en segundo lugar, Urología. No obstante, aunque a un 50% no le supondría un problema hablar de su DE, un 30% reconoce que preferiría no hacerlo por vergüenza o pudor. *“En muchos casos, el paciente cuenta por primera vez sus problemas de disfunción eréctil al médico de Atención Primaria, porque es el médico más cercano. Pero otras veces, deberíamos ser nosotros mismos quienes iniciáramos la conversación. Y, en todos los casos debemos decirle que hay solución y que puede tratar su patología”*, considera el Dr. Froilán Sánchez.

En este sentido, la encuesta destaca que del 61,3% de encuestados que reconoce que padece o tiene síntomas de DE sólo un 10% afirmó que estaba en tratamiento. Es decir, uno de cada seis pacientes está haciendo frente a este problema de salud.

Más de la mitad de los diabéticos tipo 2 no tiene un control adecuado de la enfermedad

Más de la mitad de los pacientes con diabetes tipo 2 no tiene un control adecuado de la enfermedad a pesar de estar diagnosticado y tratado farmacológicamente. Este es uno de los principales resultados preliminares del estudio DIABCONTROL, promovido por Almirall, para conocer el grado de control de la diabetes tipo 2, medida mediante la hemoglobina glicosilada (HbA1c), en pacientes atendidos en Atención Primaria (AP), así como el control de los factores de riesgo cardiovascular.

“El estudio DIABCONTROL nos da una radiografía representativa y válida de la situación de estos pacientes en España, porque es la primera vez que se mide la hemoglobina glicada con el mismo método, estandarizado internacionalmente, en todos los centros”, señala el Dr. Antonio Pérez, del Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, y uno de los coordinadores de este proyecto. *“Los resultados demuestran que los pacientes que ganaron peso y aquellos que sufrieron algún episodio de hipoglucemia en el último año tienen peor control glucémico”*, añade.

Para el Dr. José Javier Mediavilla, del Centro de Salud Burgos Rural, coordinador del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN y otro de los coordinadores del estudio *“estos datos nos permiten identificar el problema en su globalidad y conocer el grado de control, no sólo a través de la hemoglobina glicada sino también de los factores de riesgo cardiovascular”*.

Principales resultados del estudio

Las características de la población estudiada en DIABCONTROL son representativas de la población con diabetes tipo 2 española. La edad media de los pacientes estudiados es de 67 años, la mayo-

ría obesos. El tiempo medio de evolución de la diabetes tipo 2 es de 9 años y más del 60% de los pacientes reciben tratamiento con dos o más fármacos.

Entre los principales resultados preliminares del estudio destacan:

- Más del 50% de los pacientes tienen un control glucémico deficiente. Estos datos confirman los hallazgos de los estudios previos, pero en este caso la representatividad es mayor, porque se ha utilizado el mismo método para la determinación de la hemoglobina glicada en todos los centros participantes.
- Los pacientes que ganaron peso y aquellos que sufrieron algún episodio de hipoglucemia en el último año tienen peor control glucémico.
- Los pacientes con peor control glucémico son los que tienen una diabetes más evolucionada, valorada por el tiempo de evolución y la presencia de complicaciones, y los que reciben una terapia hipoglucemiante más compleja, especialmente los tratados con insulina.

Actualidad sanitaria

► **Ana Mato anuncia la puesta en marcha de una Estrategia para el Abordaje de los Pacientes Crónicos**

La ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, ha anunciado la puesta en marcha, por primera vez, de una Estrategia para el Abordaje de los Pacientes Crónicos con la intención de “mejorar el tratamiento de las condiciones de salud crónicas, integrando la prevención en todos sus ámbitos y promoviendo la continuidad asistencial, al mismo tiempo que se da respuesta a las necesidades sociosanitarias de los pacientes”. Ana Mato ha llegado a Alicante acompañada por la delegada del Gobierno en la Comunitat Valenciana, Paula Sánchez de León, y por la secretaria general del Ministerio de Sanidad, Pilar Farjas, y ha sido recibida por el conseller de Sanidad, Luis Rosado, la alcaldesa de Alicante, Sonia Castedo, el delegado del Gobierno, Alberto Martínez, la alcaldesa de Elda (Alicante) y vicepresidenta de la Diputación de Alicante, Adela Pedrosa, entre otros responsables políticos. En su intervención en el IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico ha explicado que el sistema sanitario cuenta con instrumentos cada vez más completos y eficaces para atender lo agudo, “pero precisa reorientarse para responder a las necesidades de los enfermos crónicos”.

► **PP y CiU rechazan la propuesta de IU para que el Congreso muestre su rechazo al copago en el SNS**

La Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados ha rechazado -por 19 votos a favor y 25 en contra del Partido Popular y CIU- la proposición no de ley defendida por el diputado de IU Gaspar Llamazares, que pedía rechazar la introducción de cualquier forma de copago

sanitario en España. En defensa de esta proposición, Llamazares ha pedido al PP que no implante “el copago de tapadillo” con la actual situación económica y de desempleo, ya que podría “empeorar la salud de los pacientes más desprotegidos y los crónicos” y sería una medida “poco exitosa”, como lo demuestran experiencias como la de Portugal o Alemania. Para el socialista José Martínez Olmos, al partido en el gobierno “se le nota demasiado que quiere meter el copago sanitario, porque lo han apoyado en Cataluña” y porque están señalando ahora “que la decisión estaría en manos de las autonomías”.

► **Farmacéuticas proponen que el SNS deje de financiar fármacos para síntomas leves con el objetivo de ahorrar mil millones al año**

El director general de la Asociación para el autocuidado de la Salud (Anefp), Rafael García Gutiérrez, ha propuesto al Ministerio de Sanidad y las comunidades que dejen de financiar todos aquellos medicamentos que se usan para síntomas leves o menores para resolver el problema de financiación que sufre actualmente el Sistema Nacional de Salud (SNS), que con esta medida ahorraría cada año mil millones de euros. Así lo ha asegurado el representante de esta entidad, que engloba a farmacéuticas fabricantes de medicamentos sin receta no financiados y empresas del sector de la cosmética, la fitoterapia, la homeopatía y los complementos alimenticios, durante la presentación de los resultados del mercado de Consumer Health en España en 2011.

► **Las aplicaciones móviles se vuelven imprescindibles en la práctica clínica**

El mercado mundial de aplicaciones médicas para smartphones y tabletas se ha multiplicado durante el año 2011 por siete, hasta alcanzar los 718 millones de dólares, de acuerdo a un informe de mercado de la firma americana research2guidance. En España, el número de aplicaciones médicas móviles disponibles en el App Store alcanza ya las 10.000, una cifra que crece día a día a un ritmo acelerado. Con independencia de que solo alrededor de un 10 por ciento aglutine el mayor número de descargas, el mercado de las ‘apps’ profesionales, dirigidas a los médicos, está muy fragmentado. Muchas son muy específicas o se dirigen a patologías o especialidades minoritarias. En países como Estados Unidos el éxito de estas aplicaciones profesionales ha venido aparejado a la capacidad de integrar en una misma herramienta un mayor número de necesidades básicas para el médico. En concreto, la experiencia de dos ‘apps’ profesionales, Epocrates y Medscape Mobile, ha cobrado gran importancia en la práctica clínica -más de 350.000 médicos en EEUU utilizan cada una de ellas actualmente-.

► **La ministra de Sanidad apuesta por la libre elección de médico y centro, y anuncia un pacto sanitario con las autonomías**

La ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, ha defendido en su primera comparecencia en el Congreso de los Diputados la “libre elección” de centro médico, facultativo, enfer-

mero o pediatra en España, y ha anunciado que durante este primer trimestre del año firmará con las comunidades un Pacto por la Sanidad y los Servicios Sociales para garantizar una atención socio-sanitaria “pública, gratuita y universal” para todos los ciudadanos. Ante la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales de la Cámara Baja, la nueva titular del ramo también ha avanzado que quiere crear una cartera de servicios básicos y un calendario de vacunación común para todas las autonomías, así como una tarjeta sanitaria “válida para todo el Sistema Nacional de Salud”. *“Todos tenemos el mismo derecho a acceder en condiciones de igualdad a una atención sanitaria de calidad, sea cual sea nuestro estado de salud y nuestro lugar de residencia, es decir, sin importar dónde vivamos, cuántas veces tengamos que recurrir a la sanidad ni lo costoso del tratamiento que necesitemos”*, ha asegurado Mato.

► **El Gobierno cambiará la Ley del Aborto para exigir consentimiento paterno a menores**

El ministro de Justicia, Alberto Ruiz-Gallardón, ha anunciado en el Congreso una reforma de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, en la que se exigirá el consentimiento paterno para aquellas menores de edad que quieran abortar; la reforma defenderá el derecho a la vida en los términos ya definidos por la doctrina del Tribunal Constitucional, cuando se pronunció sobre la primera Ley del Aborto de 1985. *“Se trata de la reforma legislativa parcial más importante. Que no les sorprenda que la anuncie yo porque la tramitaremos en esta Comisión. Vamos a reformar la regulación de la protección del derecho a la vida en España, que fue aprobada sin el consenso, con la opinión desfavorable de los órganos consultivos”*, ha explicado el titular de Justicia en su primera comparecencia ante la Comisión de Justicia del Congreso. Posteriormente ha confirmado que la reforma fijará “supuestos” y no plazos para abortar.

► **Nueve comunidades no podrían liquidar su deuda con las farmacias en 2012**

Cataluña, Murcia y la Comunidad Valenciana han aprobado presupuestos considerados insuficientes para liquidar su deuda con las oficinas de farmacia en 2012. Así lo ha asegurado el Observatorio del Medicamento de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE), que también adelanta que este problema afectará probablemente también a Andalucía, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Madrid y Navarra. No obstante, la gran solución podría ser el nuevo sistema de financiación de la deuda propuesto por el Ejecutivo y que se llevaría a cabo con los avales del Gobierno y líneas de crédito del ICO. Por otra parte, pone de manifiesto que en la mayor parte de las comunidades se aplica la prescripción por precio menor, ya sea marca o principio activo, y en la mayoría de ellas también se permite al médico prescribir directamente medicamentos de marca, siempre por razones terapéuticas justificadas.

► **Comunidad Valenciana, Murcia, Galicia, Madrid y Cataluña, las comunidades más perjudicadas por recortes sanitarios y privatización**

La Comunidad Valenciana, Murcia, Galicia, Madrid y Cataluña son las autonomías más perjudicadas, hasta el momento, por los recortes en sanidad y los procesos de privatización que se están llevando a cabo en este servicio público. Así lo denuncia la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), que alerta de que en marzo podría darse “una segunda fase de recortes”. Según este informe, presentado este miércoles por el portavoz de la FADSP, el doctor Marciano Sánchez Bayle, los recortes de presupuesto y personal, la limitación de servicios o los intentos de implantar tasas o copagos en sanidad se están realizando de forma generalizada en España. Sin embargo, en algunas comunidades estas medidas están siendo especialmente duras; es el caso de la Comunidad Valenciana, que encabeza la lista de las autonomías más perjudicadas por recortes y privatización. Según la FADSP, Valencia destaca por ser la que menos presupuesto sanitario por habitante tiene para este año, unos 974 euros, frente a los cerca de 1.122 euros con los que contaba en 2010.

► **La Audiencia Nacional desestima el recurso contra el plan formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria**

La Audiencia Nacional ha desestimado el recurso contencioso-administrativo interpuesto en 2010 por la Organización Médica Colegial (OMC) contra el plan formativo de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. En concreto, la sentencia recuerda que anteriormente se desestimó una demanda que se formulaba en términos prácticamente idénticos y que esto obliga a mantener el mismo criterio. Así, hace suyos los alegatos del Consejo General de Enfermería y del anterior Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad, a través de la Abogacía del Estado, y confirma la plena y absoluta legalidad del plan formativo, desestimando los argumentos de la organización médica.

► **Más de la mitad de las comunidades autónomas tiene déficit de médicos en al menos 10 especialidades**

Un estudio de la Federación Estatal de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Comisiones Obreras (FSS-CC.OO.) ha revelado una gran variabilidad entre las comunidades en el número de médicos especialistas con que cuentan, hasta el punto de que más de la mitad tiene déficit de profesionales en más de 10 especialidades. El informe se basa en los datos del informe “Oferta y necesidad de especialistas Médicos en España (2010-2025)”, presentado hace unos meses por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, actualizado con datos de octubre de 2009. A partir de estos datos, CC.OO. estima que actualmente el SNS cuenta con más de 109.500 médicos especialistas

en labores asistenciales, lo que supone una ratio de 232,9 facultativos por cada 100.000 habitantes, cifras similares a las de 2007 (230 por 100.000 habitantes).

Encuesta de satisfacción

Estimados socios:

Para mejorar la calidad de la Gaceta OnLine SEMERGEN, queremos haceros una pequeña encuesta de satisfacción. Los datos obtenidos solamente se utilizarán a escala global, por lo que las respuestas serán consideradas anónimas.

[Para participar en la encuesta, haga clic aquí](#)