

Ayudar a establecer el mejor plan y tratamiento siguiendo estos pasos: establecer el día D (cese del consumo); facilitar la información importante (sobre el síndrome de abstinencia, desencadenantes de las ganas de fumar, situaciones de riesgo, etc.); facilitar materiales de autoayuda y prescribir tratamiento farmacológico si es el caso.

5º A, acordar seguimiento:

Acordar con el paciente las visitas de seguimiento, frecuencia, duración y objetivos.

Abordaremos también en este taller de forma breve las bases de la entrevista motivacional y algunas estrategias cognitivo-conductuales sencillas, que puedan ayudar a nuestros pacientes en el proceso de cesación tabáquica.

Revisaremos el manejo de los fármacos que tienen demostrada su eficacia, y de forma interactiva, a modo de preguntas y respuestas, ensayaremos las argumentaciones que puedan ayudar a vencer resistencias en los fumadores.

## MESA DE DEBATE

# QUO VADIS MEDICINA DE FAMILIA

## El “Grado”

José Manuel Cucalón Arenal

Cátedra SEMG-Pfizer de Estilos de Vida y Comunicación en Salud de la Universidad de Zaragoza

De acuerdo con las directivas europeas y legislación nacional que regulan el llamado Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), España ha adoptado desde hace 2-5 años el nuevo modelo de formación universitaria que se denomina “Grado”. En cuanto a Medicina se refiere, los cambios curriculares que este Grado trae consigo han sido sustanciales y aunque algunos, como la distribución en los diferentes trimestres de las antiguas asignaturas, son potestad de las propias facultades (en algunas el galimatías es evidente), ha irrumpido con fuerza la asignatura de Medicina de Familia (MF) como área de conocimiento específica que va a ser implantada efectivamente en la mayoría de las facultades españolas en el año 2013-14, cuando los alumnos que comenzaron el grado en el año 2009-10 (caso de Zaragoza)

lleguen al undécimo trimestre, antiguo 5º curso, en donde está ubicada con un valor académico de entre 3 y 9 créditos (en dependencia de cada facultad, 3 en Zaragoza).

Esta aportación al currículo formativo de los futuros médicos supone una clara apuesta por la formación integral e integrada de la Medicina y que camina hacia una clara formación holística de los galenos.

Este sustancial cambio formativo, exigido por la Unión Europea, deberá comportar un nuevo enfoque del profesorado de las facultades y el regreso, 50 años después, de los médicos generales a la Universidad, de donde nunca debieron salir. Además comportará la creación de profesores titulares y asociados de la especialidad de MF así como la creación de departamentos de MF ya sea en asociación con

otras especialidades (si se siguen los criterios actuales) o propios (como se ha demostrado positivo en el resto del mundo desarrollado). Estos nuevos retos que se vislumbran en las facultades deben ser tenidos en cuenta por los actuales profesores, decanos, rectores y políticos de nuestro país, amén de la agencia acreditadora de profesores (ANECA). Entre todos debemos dibujar un panorama que ilusione y que cumpla el principal objetivo de tan magna reforma universitaria: crear médicos generales que puedan acceder a

un mercado cada vez más exigente. Abrir las ventanas de las facultades médicas y que entren los médicos de familia supondrá una entrada de aire nuevo y fresco en las mimas del que saldrán ganando los estudiantes. Los médicos de familia, con su energía y su visión de la medicina social y comunitaria deben liderar en un corto periodo de tiempo la formación reglada de los estudiantes de Medicina. No ver esta oportunidad es seguir ciego a la reforma propuesta por Europa.

## Quo vadis Atención Primaria

Francisco Hernansanz Iglesias

Cátedra UPF - SEMG - Grünenthal de Medicina de Familia y Economía de la Salud. Barcelona

¿Hacia donde va la Atención Primaria? Respuesta difícil de responder a la vista de la senda recorrida (reforma todavía inconclusa y poco coordinada con el resto de agentes) y de los acontecimientos (hacer más con menos, de nuevo vacantes de la especialidad).

Para guinda, el cese de actividad y retirada del apoyo al actual proyecto de formación especializada de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Así como la disociación aurículo-

ventricular es un riesgo vital para el individuo, la disociación entre la política sanitaria (mayor orientación a primaria, dicen) y la realidad asistencial, también lo es para nuestro sistema sanitario. Poco hemos aprendido de nuestros homólogos con Sistema Nacional de Salud, y no vemos trazas de que esto cambie a corto plazo. Se proponen algunas soluciones para cambiar el pronóstico de nuestro sistema sanitario.

## Quo vadis... doctoratum

Manuel M<sup>a</sup> Ortega Marlasca

Cátedra externa UCA-SEMG de Docencia e Investigación en Medicina de Familia y Atención Primaria. Cádiz

Si bien ya es difícil la supervivencia actual del ejercicio de la Medicina de Familia, si a ello se le añade la "locuaz idea" de hacer de forma sincrónica una tesis doctoral, la categoría se eleva al grado de proeza.

En una forma de ejercicio supeditada a la consecución de unos objetivos alejados de lo francamente

esperado, con los medios y condiciones en los que contamos actualmente en primaria, a la que se le debe de añadir la docencia tanto pregrado como postgrado, y con una sistemática asistencial en formato de "consulta de alta velocidad" y con unos cupos asistenciales que francamente rebasan lo técnicamente soportable, los que sufrimos de algún

tipo de trastorno mental como para embarcarnos en la realización de la tesis doctoral somos al igual que el lince ibérico, una especie que debe ser protegida dada su próxima extinción.

Si a ello le asociamos que no se ve gratificada en su justa medida desde el punto de vista asistencial, laboral, económico, social, profesional ni organizativo, no dejo de insistir en la rareza que esto supone para el médico de familia al uso.

En resumen, que contamos con problemas por todos lados, al igual que trabas. Nuestro entorno laboral no nos lo facilita y además, debemos contar con el apoyo de nuestra familia, a la que también le robaremos aún más tiempo del que ya normalmente le robamos con "nuestras cosas".

Entiendo que nuestra postura debe ser enfocada más hacia una reivindicación activa de la docencia y la investigación en nuestro entorno, más que la mirada al pasado de lo que hasta el momento ha sido el lamento perpetuo y la hipodinamia en salir de la situación que actualmente tenemos. Eso lo podremos mejorar haciendo valer nuestra postura y sintiéndonos orgullosos de la privilegiada situación en la que nos encontramos y que, a veces, no sabemos apreciar.

En fin, muchos problemas, pero que son desplazados por la satisfacción de ver como un día podremos contar con el grado de doctor con el sudor de nuestra frente, luchando contra adversidades y con el apoyo de la familia...

## La formación especializada como futuro de la profesión

M<sup>a</sup> Pilar Rodríguez Ledo

Cátedra SEMG de Medicina de Familia de la Universidad de Santiago de Compostela

Prosigue el debate sobre la falta de planificación del Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad en lo que a formación médica especializada se refiere y al escaso interés mostrado por la administración a las recomendaciones del Consejo Nacional de las Especialidades en Ciencias de la Salud. De hecho, ya es un clásico en cuanto a debate general respecto al conjunto de las especialidades médicas y cansino respecto a la nula consideración de la especialidad de Medicina de Familia (MF), esa que es y debe ser el eje del sistema sanitario, la puerta de entrada, el eje conductor e integrador del paciente, *bla bla bla*.

Cada nueva convocatoria del MIR añade desprestigio a la especialidad, cada nuevo borrador de la propuesta de Ley de la Troncalidad de las especialidades médicas ignora más que el anterior

a la MF. Parece tratarse de un proceso de desprestigio permanente que no tiene fin, basándose en la "omisión", eso sí, nadie confiesa que sea el objetivo a alcanzar pero en todo caso se alcanza año tras año. Simplemente estamos ante una "lucha de poderes" y salimos perdiendo en fuerza.

La oferta de plazas MIR sigue la misma tendencia de siempre, ajena a todos los problemas y, salvo leves cambios, cada año se mantienen las mismas cifras aunque cambien los escenarios. Este año 6.874 plazas para 11.554 candidatos.

En 2010 se encuentra una nueva vía "legal" para que los profesionales médicos extracomunitarios puedan acceder a las plazas comunitarias y se organiza el caos. Nadie se siente satisfecho. En 2011 se modifica el proceso de adjudicación de plazas de residentes. Se realiza una primera elección de

plazas que ante la preocupación general para la atención primaria española deja 257 puestos de MF sin elegir. En una segunda fase se asigna un cupo del 10% de plazas para extracomunitarios, los cuales ocupan todas las plazas y como consecuencia han elegido un mayor número que en 2010, no sólo por disponer de más plazas, que también, sino sobre todo porque muchos son conscientes de la dificultad de mejorar su número de orden repitiendo el examen MIR. Pero ¿es éste el final feliz que esperábamos? ¿cubrir todas las plazas como sea? ¿qué pasará a lo largo de este año? ¿cuál será el nivel de renunciadas de la especialidad de MF? ¿y el nivel de satisfacción de los que han elegido MF tanto con su elección como con el proceso (primera o segunda ronda)? ¿qué pasará cuando finalicen los 4 años de formación? ¿qué nuevo método utilizaremos en 2012? ¿qué pasará con la troncalidad? ¿cuánto pierde la MF en cada uno de estos empaques e improvisaciones? ¿a quién le importa? ¿a quién le importa lo suficiente como para intentar modificarlo? Muchas preguntas que nos hacen sospechar un futuro próximo incierto

para la MF, con profesionales ya “quemados” cuando eligen su plaza MIR y con una formación improvisada y hospitalocentrista. ¿Es esto lo que necesitamos? ¿es este nuestro objetivo?

Y en medio de todo este maremágnum, la Comisión Nacional de la Especialidad de MF cesa su actividad, en bloque, con el respaldo unánime de las sociedades de atención primaria. Esto no es más que otro síntoma más de que algo no acaba de funcionar bien en el Sistema Nacional de Salud, que se sigue improvisando, que falta planificación, que no se respalda la MF. Todos los implicados somos cada vez más conscientes de esta realidad y nos preocupa como una losa más que se dispone sobre la Atención Primaria y colapsa ya nuestro presente. Empieza el momento de pasar a la acción. Es nuestro presente y nuestro futuro inmediato (por no hablar de un futuro ya más lejano y todavía más oscuro). Entre todos deberemos variar, sin más demora, el rumbo de cada una de las “estancias” de nuestra profesión. Mantenerse “a la deriva” por más tiempo es una temeridad...

...Quo vadis AP

## ■ CATEDRAS SEMG

# T20. CAMBIO CLIMÁTICO Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD

José Manuel Cucalón Arenal

Cátedra SEMG-Pfizer de Estilos de Vida y Comunicación en Salud de la Universidad de Zaragoza

Hoy en día nos vemos acosados por infinidad de mensajes sobre el llamado “cambio climático”. Unos sensacionalistas y catastrofistas, otros nihilistas o demasiado simplistas. Como médicos, que debemos poseer información acerca de cualquier fenómeno que tenga repercusiones sobre la salud de las poblaciones, y por nuestra formación básica

científica, debemos tener los conocimientos necesarios sobre este tema como para manejar con destreza la información que la población nos demanda. Máxime si este fenómeno se puede comportar como un determinante/condicionante de salud en términos preventivistas.

Debemos plantearnos como científicos que

somos, con respecto al cambio climático, algunas cuestiones previas como son ¿qué es exactamente este fenómeno? ¿realmente existe como tal? ¿se comporta como dicen los expertos tanto de un lado como del otro? y ¿realmente tiene efectos sobre la salud de las personas?

Para responder a estas cuestiones nos planteamos un Taller organizado por la Cátedra SEMG-Pfizer de Estilos de Vida y Comunicación en Salud de la Universidad de Zaragoza.

En la primera parte hablaremos de las múltiples definiciones que acompañan al fenómeno del cambio climático como son la definición de clima y sus determinantes, el cambio climático natural y antropogénico, el calentamiento global y el efecto invernadero.

Una vez concluida esta parte aclaratoria nos centraremos en demostrar, con la ciencia en la mano, lo que conocemos del clima y sus variaciones a lo largo del tiempo de tal forma que estemos en condiciones de hacer reflexiones y críticas sobre el cambio climático y lo que aparece en los diferentes medios de comunicación mundial.

Desmontar mensajes apocalípticos o catastrofistas o manejar con veracidad los mensajes de que esto es una gran mentira nos permitirá analizar con criterio ambos extremos del paisaje pintado por "expertos".

Tras el análisis del cambio climático como fenómeno natural y antropogénico nos centraremos en averiguar cuál puede ser la repercusión que sobre algunas facetas de la salud tiene este fenómeno. Así, comentaremos los cambios en los diferentes biotipos con la consiguiente modificación de reservorios de algunas de las infecciones más prevalentes en nuestro planeta, así como el cambio de hábitat de los insectos transmisores de las mismas. Otras enfermedades relacionadas con el medio ambiente con relación directa con la parcela toxicológica o alérgica capaces de producir enfermedades respiratorias o metabólicas en el ser humano.

Para finalizar, señalaremos que se debe utilizar la información con cautela y mandar mensajes propios de nuestra especialidad como la promoción y educación para la salud de nuestras poblaciones.

## ÁREA DE INVESTIGACIÓN ■

# SEMG INNOVA: PRESENTE Y FUTURO

M<sup>a</sup> Pilar Rodríguez Ledo y Ángel Modrego Navarro

Grupo de Metodología y Apoyo a la Investigación (MAI) de la SEMG

Ya en un pasado lejano, en el último cuarto del anterior siglo, la reforma de la Atención Primaria (AP) incluyó la investigación entre las funciones del equipo. Más recientemente, en este siglo, todos los Ministerios de Sanidad de los sucesivos gobiernos prometen apoyar la investigación clínica. Hace apenas un par de meses se publica en BOE el Proyecto de Ley de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación, pero todo sigue igual: En España se investiga pero a

contracorriente, el profesional clínico que quiere investigar tienen serios problemas para obtener la formación adecuada, los recursos necesarios y el tiempo imprescindible para realizarlo.

La integración de las actividades investigadoras en la labor cotidiana del clínico dista mucho de ser una realidad. La cuota de participación de este ámbito en proyectos financiados por agencias externas, nacionales o europeas, se mantiene prácticamente constante