

en un beneficio formativo para el residente, ni para el conjunto de la organización sanitaria. No se puede luchar por la mejora de la calidad de la formación sin que se produzca una mejora sustancial en las condiciones de la atención.

Queremos, pues, que se discuta el futuro de la estructura docente de la medicina de familia en nuestro país, pero desde una perspectiva realista e integradora. Encontramos muchos campos de actuación para aumentar la calidad de la formación que ofrecemos a nuestros residentes, y no coincidimos en conceder la importancia que se está atribuyendo a ciertos aspectos de organización muy concretos. Agradecemos sinceramente la controversia y entendemos que todas las propuestas son válidas, pero en principio no dejan de ser más que eso, propuestas para un debate en el que todas las partes deberíamos participar.

Coordinadores de UD de la Comunidad de Madrid

1. Martín Zurro A. ¿Deben desaparecer las actuales unidades docentes de medicina de familia y comunitaria? Aten Primaria 2000; 26: 1-2.
2. Entrevista con... Dr. Amando Martín Zurro. Tribuna Docente 2000; 1: 48-50.
3. Gómez Gascón T. ¿Deben evolucionar las unidades docentes de medicina de familia y comunitaria? Aten Primaria 2000; 26: 3-4.

Son coordinadores de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Madrid:

José Zarco Montejo, Área 1.

Luis García Olmos, Área 2.

José M. Martín Moros, Área 3.

Juan Carlos Abanádes Herranz, Área 4.

Lidia Sánchez Beiza, Área 5.

Fernando Caballero Martínez, Área 6.

Pedro Nogales Aguado, Área 7.

Pilar Regato Pajares, Área 8.

Ramiro Cañas de Paz, Área 9.

José Luis Miraflores Carpio, Área 10.

Jesús Martín Fernández, Área 11.

Respuesta del autor

Los coordinadores de las unidades docentes de medicina de familia y comunitaria de la Comunidad Autónoma de Madrid remitieron a esta revista, con fecha 27 de octubre de 2000, una «Carta al Director» sobre los editoriales publicados en el número de 15 de junio de la revista. Por un problema de registro, esta carta no ha llegado a manos del director de la publicación hasta el 19 de febrero de 2001, y por ello no ha podido ser incluida en las respuestas a otras cartas sobre este tema publicadas en el número de enero. Una vez subsanado el error, para el que solicitamos la benevolencia de los autores de la carta, procederemos a su publicación y la de la correspondiente respuesta en el primer número de la revista que se encuentra ahora en fase de elaboración editorial.

En primer lugar, y no es un tópico, quisiera agradecer sinceramente a los compañeros de Madrid el interés demostrado por debatir un aspecto como éste, relacionado con el porvenir de nuestra especialidad. Estoy convencido de que, como caminamos hacia el objetivo común de conseguir el mejor futuro posible para la medicina de familia y comunitaria española, los debates que podamos mantener nos van a conducir hacia puntos de encuentro constructivos.

En segundo lugar, quisiera manifestar mi acuerdo con la afirmación de los autores de la carta sobre la necesidad de mantener una permanente actitud crítica y reflexiva hacia cualquiera de los elementos organizativos o de otro tipo de la docencia de la especialidad, por muy establecidos e inamovibles que pudieran parecernos.

En mi editorial, efectivamente, se propone la futura creación de servicios de atención primaria/medicina de familia, pero no «en contraposición a la actual situación», sino como un desarrollo complementario de la misma. Los compañeros autores de la carta se preguntan

acerca de la posición en que quedarían los centros de salud no docentes en este nuevo contexto. Me parece evidente que de esta apreciación se desprende que no he logrado explicitar correctamente mi pensamiento al respecto en el editorial. Los centros docentes y no docentes formarían todos parte de los citados servicios, ya que éstos no son una «estructura docente», sino unos elementos organizativos que asumen las funciones asistenciales, docentes y de investigación de forma conjunta, además de la gestión clínica de la atención primaria. Los propios autores de la carta apoyan esta consideración cuando afirman más adelante que «por otra parte, la creación de estos servicios nunca podría hacerse desde las necesidades docentes únicamente». Es obvio. En mi editorial ya lo señalaba explícitamente y decía que «no estamos planteando la transformación directa de cada unidad docente en un servicio de atención primaria/medicina de familia». Primero, hay que crear y dotar los servicios y, posteriormente, integrar en ellos, además de las funciones asistenciales y de investigación, las docentes propias de las actuales unidades.

La propuesta de mi editorial pretende simplificar y no complicar las estructuras de gestión actuales de la atención primaria, ya que, tal como se dice en el punto 3, «posibilita una mejor clarificación de las funciones y tareas de las actuales estructuras de gestión de la atención primaria a partir de la integración en los nuevos servicios de... los recursos que tienen adscritos estas estructuras de gestión». Lo que se preconiza, en definitiva, es un cambio radical de la situación actual con la desaparición de tanta estructura intermedia de gestión de la atención primaria (todas las situadas por debajo del área, distrito o ámbito, según las distintas nomenclaturas vigentes en las comunidades autónomas) y su sustitución prácticamente total por estos nuevos servicios en los que los

profesionales responsables tendrían el poder real de decisión sobre la gestión clínica en los ámbitos asistencial, docente y de investigación. A los puestos directivos de estos servicios se llegaría a través de una carrera profesional transparente y justa, y no mediante el nombramiento digital que predomina hoy en muchos lugares de nuestra atención primaria y, desde luego, en el caso de la mayor parte de nuestros coordinadores de unidades docentes.

Creo sinceramente que los autores de la carta no pueden estar en desacuerdo con una línea de pensamiento que preconice la integración en una misma estructura organizativa de las tres funciones esenciales del sistema de salud: asistencia, docencia e investigación. Hoy, en muchos lugares del Estado (no hay que mirar solamente nuestras circunstancias locales) existe una falta evidente de consonancia e integración entre las estructuras de gestión y asistenciales y las que tienen a su cargo la docencia y la investigación. Las consecuencias de esta situación las padecen los docentes y discentes de nuestros programas, a través de asignaciones cicateras de recursos y de infravaloraciones clamorosas de la importancia de la docencia en el sistema de salud.

Nada más lejos de mi intención propugnar la instauración de jefaturas de servicio vitalicias que efectivamente bloquearían más que facilitarían el desarrollo de la carrera profesional. Propongo, por el contrario, unas jefaturas de servicio en las que lo transitorio sea la función y lo consolidable sea la categoría. Mis compañeros de Madrid saben que existen diversas posibilidades técnicas para promover y mantener el necesario progreso profesional, sin que este hecho conlleve necesariamente la responsabilidad directiva. Hemos de abrir caminos en la carrera profesional de atención primaria y hacerlo conjugando los ámbitos asistencial, docente e investigador, y no mante-

niendo espacios estancos entre ellos. Podríamos hablar de profesionales «junior», «senior» y «consultores» o de otra nomenclatura profesional. Creo que la denominación no es lo más importante, aunque la de jefe de servicio es de fácil reconocimiento en nuestro país y en muchos otros; lo significativo es la propuesta de una carrera profesional que llegue hasta el máximo nivel y que no dependa, al menos exclusivamente, como sucede ahora en muchas ocasiones, del dedo amigo o enemigo (valoremos el reciente caso acaecido en Valladolid). Los compañeros autores de la carta aducen, no sin razón, que «son por todos conocidas las distorsiones que, en ocasiones, experimentan estos procesos selectivos (los concursos de méritos y concursos-oposición) generadas por el propio servicio convocante». Es cierto, pero no me parece que la solución sea el nombramiento «digital» sin ningún control, afirmación con la que los autores de la carta se muestran también de acuerdo, sino el establecimiento de reglas claras de juego y de los mecanismos para garantizar su cumplimiento por todas las partes implicadas.

Ni que decir tiene que estoy absolutamente de acuerdo con las propuestas de los compañeros autores de la carta en relación con la necesidad de potenciar la figura del tutor y los recursos destinados a la docencia en atención primaria. También considero con ellos que la extensión del programa a 4 años es la primera prioridad en este campo y estoy en consonancia con sus críticas a una formación de especialistas que, prácticamente, sólo responde a las presiones puntuales de distintos colectivos implicados, y no a una seria planificación de necesidades de especialistas. Como es lógico, comparto también su inquietud respecto a la incorporación a la universidad de la medicina de familia y comunitaria.

En resumen, el editorial pretendía lanzar tres mensajes principales y complementarios:

1. Hay que reflexionar sobre nuevas propuestas organizativas en atención primaria capaces de integrar las tres funciones básicas del sistema: asistencia, docencia e investigación.

2. Hay que contribuir al diseño de una carrera profesional transparente y basada en el mérito demostrable y no en el nombramiento discrecional y directo de los posibles lugares de trabajo de mayor responsabilidad por parte de los gestores.

3. Es necesario simplificar la estructura periférica de gestión de la atención primaria suprimiendo muchos de los actuales cargos intermedios de gestión y sustituyéndolos por otros de tipo profesional clínico.

Gracias de nuevo por la oportunidad del debate. Las potencialidades del colectivo profesional al que pertenecemos serán las que, al final, nos acerquen más o menos a los objetivos propuestos en este y otros ámbitos.

A. Martín Zurro

Coordinador General del Programa de Medicina de Familia y Comunitaria de Cataluña.

Investigación y publicidad. A propósito de las diferencias en efectividad del alendronato según grupos de riesgo

Sr. Director: Hemos leído con interés el trabajo de Rodríguez Escobar et al¹ sobre la eficiencia del alendronato en la prevención de la fractura de cadera, y nos gustaría matizar algunos aspectos, especialmente en relación con los resultados de la efectividad de fármacos y algunas asunciones de los autores, así como comentar otros aspectos relacionados con el conflicto de interés en las investigaciones finan-