

Creo que hoy el análisis sigue siendo válido, pero últimamente se ha producido un hecho que me ha trastocado los esquemas.

Cuando un principio activo está incluido en el sistema de genéricos/precios de referencia lo prescribo por DOE, es decir, principio activo “sin apellido” (nombre de laboratorio). En virtud de la Orden SCO/3803/2008 de 23 de diciembre de 2008 (BOE de 31 de diciembre de 2008), en la que se determina el sistema de información sobre “precios menores” y la publicación por parte del Ministerio de Sanidad de la relación informativa de éstos (disponible en: <http://www.msps.es/ca/profesionales/farmacia/pdf/agrupacionPrecioMenor.pdf>), efectiva el 1 de julio de este año, si prescribo omeprazol DOE, en la oficina de farmacia dispensarán una especialidad de marca de omeprazol y, si quiero que se dispense un omeprazol genérico, debo prescribirlo con un “apellido” concreto.

Entiendo que en el trasfondo de todo esto se hallan las negociaciones que la administración sanitaria (en este caso autonómica) mantiene con las oficinas de farmacia a la hora de facturarles las recetas que dispensan. No entro en estas negociaciones, pero, si como resultado de éstas, se interfiere en mis prescripciones, la cosa cambia.

Si el objetivo del sistema de genéricos/precios de referencia es conseguir bajar los precios de los medicamentos, aun a costa de volver a dispensar especialidades de

marca (eso sí, más baratas):

1. Alguien debería dar alguna explicación a los laboratorios que apostaron por comercializar medicamentos genéricos.
2. Alguien debería darnos alguna explicación a los médicos que nos implicamos con esta apuesta que en su día creímos acertada.
3. Y sobre todo, alguien debería dar alguna explicación a los usuarios, a los que tanto la administración a través de sus campañas publicitarias como sus médicos intentamos vencer de las bondades de los medicamentos genéricos.

Hechos como éste no van a contribuir a que los genéricos terminen por afianzarse en nuestro país, paso imprescindible para tratar de controlar el gasto farmacéutico.

Bibliografía

1. Blasco Oliete M. ¿Por qué no acaban de avanzar los genéricos en nuestro país? Cuadernos de Gestión. 2004;10:32–6.

Melitón Blasco Oliete

Equipo de Atención Primaria de Barbastro, Consultorio local de El Grado, El Grado, Huesca, España
Correo electrónico: meliton65@eresmas.com

doi:10.1016/j.aprim.2009.09.009

Objetivos docentes de la rotación del residente en el centro de salud como residente de cuarto año, ¿de verdad se pueden cumplir?

Teaching objectives in resident rotation in a health centre like R4. Can they really be achieved?

Sr. Director:

La formación del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria ha evolucionado muy positivamente en los últimos años, tanto en calidad como en duración. El período formativo del médico interno residente (MIR) en Medicina Familiar y Comunitaria ha pasado de 3 a 4 años y se han desarrollado numerosas herramientas docentes, todas éstas con el objetivo de aquilatar y mejorar las competencias que debe adquirir el nuevo médico de familia. Entre éstas podemos citar el programa de la especialidad, la guía de competencias, el libro del residente, el manual del tutor, etc. y, más recientemente, el portafolio, también llamado “portfolio”¹.

Todo esto nos colma de expectativas y buenas intenciones cuando al centro de salud llega el residente, al final de su período formativo de residente de tercer año (R3), para rotar con su tutor de atención primaria durante 14 meses y

así completar su formación como médico de familia. El reencuentro efectivo con el tutor para compartir la última fase del período formativo MIR suele producir, en los tutores motivados, una “alegría desbordante”, y una “euforia contenida” en el residente. Los tutores, en general, tenemos la sensación de que el centro de salud vibra, todos nos sentimos más jóvenes, idealizamos a nuestro residente, tenemos muchísimas ganas de hacer actividades formativas con él y la ilusión nos desborda. El residente normalmente se muestra jovial, asertivo, dispuesto a seguir cualquier objetivo formativo que le propongamos y muy en consonancia con su tutor.

Esta situación nos suele llevar a programar las tareas docentes con unos objetivos demasiado ambiciosos, al dejarnos llevar por el optimismo previo. Se suelen proponer varias sesiones clínicas, bibliográficas, encuentros clínicos, proyectos de investigación, búsquedas bibliográficas, comunicaciones a congresos, preparación de publicaciones, etc.; pero además debemos tener en cuenta que el residente debe pasar consulta en una parte importante de su jornada laboral. Al final, y a pesar de nuestro esfuerzo, estos buenos propósitos no se cumplirán, entre otras cosas por el escaso tiempo disponible.

Sin embargo, esos objetivos formativos ambiciosos y planteados de forma personal no se alejan mucho de los previstos en el programa docente de la especialidad, por el alto nivel de exigencia de nuestro programa oficial de la especialidad.

Hay que tener en cuenta que los 14 meses de la rotación final del residente, entre vacaciones del tutor, vacaciones del residente, rotación en pediatría (2 meses), rotación del

tutor fuera del centro de salud (1 mes), días libres salientes de guardia, fiestas, cursos obligatorios, despedidas y otras incidencias, quedan reducidos a no más de 4 meses de rotación efectiva.

Lo anteriormente expuesto nos llevaría a preguntarnos si conseguimos lo que nos proponemos y creemos inicialmente o hacemos una planificación demasiado optimista y nos dejamos llevar por la buena voluntad del momento. ¿Los objetivos que nos marcamos con el residente al llegar al centro de salud son excesivos? ¿Debemos medir mejor esos objetivos? ¿Nos dejamos llevar por la alegría, la vibración, el rejuvenecimiento y el entusiasmo a su llegada? ¿Cómo ser más eficientes y cumplir mejor nuestros objetivos docentes?

Tras esta breve reflexión debemos hacer hincapié en la utilidad de los planes de formación estructurados y normalizados, que tienen como finalidad el asegurar la formación de los profesionales en un periodo determinado. A veces la planificación puede resultar inadecuada por sobreestimación de los recursos y habilidades disponibles. En la construcción de los planes de formación se recomienda que las actividades deben ser suficientes en número y dificultad para alcanzar los objetivos de aprendizaje previstos, y además deberán ser proporcionalmente equilibradas en relación con los contenidos propuestos, y deben seleccionarse por su mayor o menor idoneidad en función del ritmo de aprendizaje de los alumnos.

El residente debe participar básicamente del plan de formación de la unidad docente, del de su centro de salud, y además es imprescindible un plan individual de formación adecuado a sus características personales y al contexto. Además, el tutor debe ser capaz de organizar la consulta con tiempo docente específico, bien definido y libre de otras actividades, así como acabar siempre los proyectos que comience. Esto es de vital importancia, pues el residente tiende a imitar los comportamientos y actitudes del tutor¹⁻⁵.

Como ideas para reflexionar y mejorar deberíamos preguntarnos lo siguiente: ¿dejamos al azar la planificación formativa del residente?, ¿nos consideramos tutores artistas con residentes figuras capaces de todo?, ¿realizamos un plan

de formación adaptado a las necesidades particulares del residente y a los objetivos marcados por nuestras unidades docentes?, ¿nos agobiamos con las numerosas herramientas formativas y registros de los que disponemos?, ¿porque no los conocemos bien o porque no nos interesa conocerlos?

Quizás ha llegado el momento de que, con estas orientaciones iniciales, el colectivo de los tutores de medicina familiar y comunitaria trabaje este tema tan importante pero poco contemplado, el de la formación de los residentes y que, al buscar las explicaciones y causas de esta situación, propongamos posibles soluciones.

Bibliografía

1. Saura J. Cómo organizar la consulta docente para formar residentes. Algunos principios básicos. *Aten Primaria*. 2005;35: 318-324.
2. De la Revilla L. La consulta docente. En: De la Revilla L, editor. *La consulta del médico de familia. La organización de la práctica diaria*. Madrid: Ed. Cea; 1992. p. 123-31.
3. Gayoso Diz P, Viana Zulaica C, García González J, Tojal del Casero F. Los tutores de medicina de familia: actitudes y actividades de tutorización. *Aten Primaria*. 1995;15:481-6.
4. León Martínez LP, Gómez Jara P, Martínez González-Moro N, Navarro Martínez A, Guillén Montiel C, Saura Llamas J. La formación posgraduada en medicina familiar y comunitaria. La importancia de las diferencias entre la actividad asistencial del tutor y el residente. *Aten Primaria*. 1994;14:661-6.
5. Moreira VF, San Román AL. Nuestro decálogo del residente. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:517.

Mariano Leal Hernández^{a,*} y José Saura Llamas^b

^a *Centro de Salud Docente de San Andrés, Murcia, España*

^b *Unidad Docente de MF y C, Gerencia de Atención Primaria, Murcia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arboleja@yahoo.es
(M. Leal Hernández).

doi:10.1016/j.aprim.2009.07.013

Características de las infecciones de transmisión sexual diagnosticadas en un centro de salud[☆]

Characteristics of sexually transmitted infections diagnosed in a health centre

Sr. Director:

Desde mediados de la década de 1990, los países de la Unión Europea han experimentado un incremento de los casos de

infecciones de transmisión sexual (ITS), sobre todo entre los jóvenes, las minorías étnicas y los homosexuales¹.

El objetivo fundamental de nuestro estudio es estudiar las características de los casos diagnosticados de 4 ITS en los pacientes que han acudido a un centro de salud. Secundariamente, estimaremos la incidencia de cada ITS.

Se trata de un estudio descriptivo de casos realizado en Atención Primaria en el Centro de Salud San Blas de Parla, Madrid. Se estudian todos los casos de 4 ITS (condiloma acuminado, sífilis en cualquier estadio, primoinfección por herpes genital y gonococia) diagnosticadas en mayores de 15 años en este centro, entre el 1 de enero de 2000 y el 30 de septiembre de 2008 (tabla 1).

Las variables incluidas son sexo, edad, área geográfica de origen (España, Latinoamérica, África subsahariana, Magreb, Europa e India-Pakistán), diagnóstico (clínico, cultivo, serológico u otros métodos), ámbito del diagnóstico

[☆] El trabajo obtuvo el segundo premio al mejor póster en las XI Jornadas de Residentes de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria celebradas en Madrid en marzo de 2009.