

## Respuesta de los autores

### Author's reply

*Sr. Director:*

En relación con la carta enviada recientemente sobre el artículo «Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 tras una intervención conjunta: educación diabetológica y ejercicio físico» (*Aten Primaria*. 2011;43[8]:398-406), los autores queremos manifestar que hemos sufrido un duro golpe tras conocer la opinión de la Asociación de Diabéticos de Cartagena (SODICAR), una de las 3 partes implicadas (junto con el Equipo de Atención Primaria [EAP] de Barrio Peral y la Concejalía de Deportes del Ayuntamiento de Cartagena) en un programa de intervención comunitaria y grupal en pacientes diabéticos, mediante educación diabetológica y/o ejercicio físico, en una zona de salud.

Inicialmente, SODICAR se puso en contacto con nosotros, con la propuesta de realizar una colaboración entre el Servicio Murciano de Salud, la Asociación de Diabéticos y el Ayuntamiento para intervenir en la población diabética de nuestra zona de salud. Sin existir un proyecto previamente diseñado, acogimos con agrado la propuesta, pues llevábamos más de 11 años investigando (mediante estudios observacionales y de mejora de calidad) en pacientes con hipertensión, diabetes y/o dislipidemia y consideramos de gran interés iniciar una intervención comunitaria. El grupo investigador del EAP se reunió con los responsables de SODICAR para preparar y definir el tipo de colaboración. Fuimos los autores del artículo (médicos de familia del EAP) los encargados de realizar el diseño del estudio, con apoyo metodológico de la unidad docente del área de salud, mediante un ensayo clínico con objetivos claramente definidos por el grupo investigador. Modificamos la propuesta inicial de SODICAR de intervenir solo con ejercicio físico, introduciendo tanto la educación diabetológica como el ejercicio, con un diseño de intervención  $2 \times 2$ . Fue nuestro grupo investigador y no SODICAR quien supervisó todos los aspectos metodológicos del ensayo y finalmente presentó dicho proyecto ante el comité de ética del área sanitaria. Además, SODICAR «como entidad colaboradora» solicitó una subvención a la Concejalía de Sanidad de Murcia, en convocatoria específica para entidades sin ánimo de lucro, públicas y/o corporaciones locales.

## Medidas efectivas para lo ineficaz

### Effective measures for inefficient

*Sr. Director:*

Hemos leído con mucho interés el editorial de su revista I «Desinversión basada en la evidencia en España», de Iñaki Gutiérrez Ibarluzea<sup>1</sup> y compartimos la pertinencia del

Las 3 partes implicadas estuvimos relacionadas durante la intervenciones, siendo el personal sanitario del EAP el encargado directamente de la organización y seguimiento de las actividades, tanto en el centro de salud (profesionales médicos y/o de enfermería) como en los centros deportivos (supervisadas por enfermeros del EAP y de SODICAR). La Concejalía de Deportes aportó un especialista en educación física y el Pabellón Deportivo Municipal. Se impartieron 16 talleres de educación diabetológica en el centro de salud, 12 por enfermeros y médicos del EAP y 4 por la dietista de SODICAR. Las encuestas de evaluación de motivaciones/actitudes fueron administradas y evaluadas por enfermeros y médicos del EAP. Los gastos referentes a personal, aparataje, material y guías de educación diabetológica se sufragaron gracias a la subvención conseguida (75%) y a SODICAR (25%).

Nuestro EAP se siente orgulloso por el trabajo de colaboración realizado, por poder comunicar los resultados en distintos congresos, así como por publicarlos en la revista atención primaria. Sin embargo, nos apena que SODICAR esté reclamando autoría y/o agradecimientos y manifestando falta de cortesía por nuestra parte, pues ellos ofrecieron su colaboración para el desarrollo de las actividades, pero desde el inicio siempre manifestaron no pretender la autoría de las publicaciones derivadas del estudio.

Reconocemos que son todos los autores que aparecen en la publicación los únicos que cumplen todos los criterios de autoría del artículo según las normas Vancouver, mientras que los profesionales de SODICAR no los reúnen (no participaron en el análisis e interpretación de los datos, ni en la redacción del artículo, ni en la revisión crítica del contenido, ni en la aprobación final de la publicación).

Sin embargo, queremos manifestar nuestro agradecimiento a SODICAR y solicitamos que éste conste en un apéndice al artículo, ya que si no se hizo previamente fue por no encontrar el apartado específico en la plantilla de remisión del manuscrito. En ningún momento hemos menospreciado la colaboración de SODICAR y lamentamos profundamente este conflicto inesperado, pidiendo perdón públicamente por los problemas de comunicación detectados en la fase final de difusión de los resultados.

Consuelo Ariza Copado

*Servicio Murciano de Salud, Cartagena, Murcia, España*

*Correo electrónico: cheloariza@yahoo.es*

*doi:10.1016/j.aprim.2011.12.001*

debate sobre la desinversión en tecnologías sanitarias que se hayan demostrado inefectivas, inseguras o no adecuadas entre las prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS). Por ello felicitamos la oportunidad de este editorial y el sentido general del mismo.

Queremos señalar que el SNS tiene a su alcance 2 herramientas para realizar la actualización de esas tecnologías y procedimientos: una estructura de toma de decisiones y una base legal para esa toma de decisiones. En relación con el

primer punto, efectivamente el desarrollo de la medicina basada en la evidencia hace que no solamente se favorezca una evaluación más precisa de las nuevas tecnologías y procedimientos antes de su introducción en el catálogo de prestaciones del sistema, sino que, además, se pueda tener información suficiente para dejar de financiar aquellos procedimientos que no hayan demostrado eficacia, efectividad o seguridad en su uso suficientes. Esto, en la práctica, se decide en la Comisión de Prestaciones que es un órgano con participación de todas las comunidades autónomas y dependiente del Consejo Interterritorial del SNS, con el asesoramiento de expertos y de las agencias de evaluación de tecnologías.

En relación con la base legal para la toma de decisiones, como es sabido las prestaciones y las tecnologías del sistema sanitario español y por tanto de cada uno de sus servicios de salud es fruto del consenso obtenido en 2006 en el Consejo Interterritorial del SNS entre todas las comunidades autónomas y que se plasmó en la aprobación de la Cartera de Servicios comunes del SNS quedando reflejado en el Real Decreto 1030/2006 de Cartera de Servicios comunes del SNS<sup>2</sup>. Este decreto recoge las prestaciones comunes en todo el SNS y las bases para la actualización de dicha cartera incluyendo la posible exclusión de una técnica, tecnología o procedimiento, como bien recoge el autor del editorial, aunque señalamos la ausencia de la referencia correspondiente en la bibliografía, lo cual no se justifica ya que esta es la referencia básica para tratar este tema.

Finalmente, se quiere también señalar un error en el artículo, se establece que la Orden SCO/3422/2007 de 21 de noviembre, y publicada en el BOE el 28 de noviembre de 2007<sup>3</sup>, es una norma que atañe a Galicia, siendo esto del todo inexacto, ya que se trata de una orden ministerial que afecta a toda España y por tanto regula los procedimientos para la incorporación de tecnologías en todas las comunidades autónomas.

## Bibliografía

1. Gutiérrez-Ibarluzea I. Desinversión basada en la evidencia en España. Aten Primaria. 2011;43:3-4.
2. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE n. 222, 16 de septiembre de 2006.
3. Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. BOE n. 285, 28 de noviembre de 2007.

José Alfonso Cortés Rubio\* y María del Pilar Costa Zamora

*Centro de Salud Las Calesas, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(J.A. Cortés Rubio\).](mailto:jacortes63@gmail.com)

doi:[10.1016/j.aprim.2011.02.015](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.02.015)

## Vacunación del personal sanitario de atención primaria del área de Ferrol frente a gripe estacional y gripe A

### Vaccination of Primary Health Care staff in the area of Ferrol (Galicia) against seasonal and swine Flu

Sr. Director:

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Center for Disease Control (CDC) recomiendan la administración anual sistemática de la vacuna antigripal al personal sanitario con el fin de reducir la transmisión del virus y el absentismo laboral<sup>1,2</sup>. A pesar de ello, las tasas de vacunación entre profesionales sanitarios suelen ser bajas<sup>3</sup>.

En junio de 2009, la OMS declaró el estado de pandemia por virus H1N1 y el 13 de julio se recomendó la vacunación del personal sanitario, considerado como grupo de protección prioritario, tanto por su papel transmisor como por la importancia que el absentismo masivo supondría en la atención poblacional durante la pandemia<sup>4,5</sup>.

Finalizada la campaña oficial de vacunación, nos planteamos conocer el estado de vacunación frente al virus de la gripe estacional y el virus H1N1 en los trabajadores sanitarios de atención primaria del área de Ferrol (Coruña). Para ello llevamos a cabo un estudio observacional transversal

mediante el envío en junio de 2010 de un cuestionario anónimo autocumplimentado a 394 trabajadores sanitarios de los 11 servicios de atención primaria del área, en el que se recogía información sobre edad, sexo, categoría profesional, tiempo de ejercicio profesional, vacunación frente a la gripe estacional y la gripe A durante la última campaña, factores determinantes para vacunarse o no y percepción de conocimientos sobre la vacuna frente al virus H1N1.

El número de respuestas fue de 173 (43,9%). Observamos que, entre ellos, la aceptación de la vacunación fue baja, tanto para la gripe estacional (57,2%) como para la gripe A (15,6%), resultando la tasa de vacunación frente a la gripe A significativamente inferior en todas las categorías profesionales (tabla 1). La cobertura fue significativamente mayor en los pediatras para ambos tipos de vacuna. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad de los profesionales, ni a los años de ejercicio profesional, aunque aquellos con menos de 20 años de experiencia son los que más se vacunaron frente a ambos tipos de gripe.

Entre las causas destacadas para vacunarse frente a la gripe A se encuentran el riesgo de contagiar a los pacientes y a sus familiares, y el considerarse a sí mismos como paciente de riesgo. El factor más influyente para rechazar la vacunación fue la desconfianza hacia la vacuna o sus posibles efectos adversos, seguido de no considerar la gripe A una enfermedad importante, a pesar de la situación de pandemia declarada por la OMS. No se observaron