

SUMARIO:**En este número...***Carta del Presidente***Noticias SEHH:**

- **Becas FEHH 2012**
- **La Dra. Carmen Burgaleta entre las 500 personas más influyentes del 2013**
- **El REDMO participa en una prueba piloto para acceder de forma más rápida a las unidades de cordón umbilical de todo el mundo**

Galería de imágenes:

- **La SEHH avala el Día Mundial del Mieloma Múltiple**

Política Sanitaria:

- **Comunicado de FACME: "Debate ante el riesgo de deterioro irreversible de la Sanidad Pública Española es la hora de los pactos"**
- **Último Consejo Interterritorial 20/12/2012**

Formación:

- **Alegaciones de la SEHH al último borrador del R.D. de Troncalidad**
- **La Secretaría MIR de CESM arranca la creación de una red nacional de residentes**
- **Último borrador del R.D de Troncalidad**

CONTACTO

Departamento de Comunicación

C/ Fortuny, 51 – 28010 Madrid

Tfn. 91 319 58 16

Fax. 91 391 33 83

Mail: comunicacion@sehh.es**CARTA DEL PRESIDENTE**

Queridos compañeros:

Tras el paréntesis de las fiestas de Navidad queríamos empezar el año llenos de ilusiones y proyectos, pero desgraciadamente este número no nos permite ser demasiado optimistas.

El conflicto planteado en la Comunidad de Madrid sigue abierto tras haber sido aprobado, a pesar de la oposición de todos los profesionales de la sanidad, el Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de esta comunidad. Dada la repercusión que se prevé tengan a corto plazo estas medidas en la sanidad nacional, la SEHH se ha adherido junto al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), otras Sociedades Científico-Médicas, representantes de servicios y unidades asistenciales, al documento que os presentamos en este número, promovido por la Federación de Asociaciones Científicas Médicas Españolas (FACME) y que está dirigido al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En el manifiesto "Debate ante el riesgo de deterioro irreversible de la Sanidad Pública Española es la hora de los pactos", se pide que, con independencia de la transferencia de competencias en materia de sanidad a las CC.AA, se garantice la equidad en el acceso a los servicios sanitarios públicos a nivel nacional. Que a través del Consejo Interterritorial, se lleven a cabo políticas que impulsen medidas que mantengan la cohesión del Sistema Nacional de Salud, solicitando diálogo y trabajo con los profesionales para mejorar así la eficiencia del sistema sanitario y suspendiendo cualquier iniciativa hasta que este trabajo con la profesión médica se haya efectuado.

De forma paralela, el último Consejo Interterritorial de diciembre ha aprobado una serie de medidas que pueden tener una repercusión negativa para la sanidad en general y para nuestra especialidad en particular. Bajo el epígrafe: Criterios de Eficiencia Organizativa, el Consejo ha alegado que para ordenar los servicios con mayores cotas de calidad y seguridad, y con mayor eficiencia en costes y tiempos, se va a llevar a cabo la centralización de los laboratorios en los que se van a integrar diferentes servicios de laboratorio clínico de distintos hospitales en un único laboratorio central.

Este proyecto no ha sido tratado ni discutido con la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia y, de llevarse a cabo, causará un grave perjuicio a la especialidad en cuanto a nivel asistencial, docente y de investigación.

Otro documento que ha precisado del trabajo conjunto de la SEHH y la Comisión Nacional de la Especialidad ha sido el estudio del borrador del R.D. de Troncalidad, con objeto de presentar las alegaciones al mismo. En estas alegaciones se exige, de forma irrenunciable, la ampliación del periodo de formación MIR en Hematología Hemoterapia a 5 años, como mínimo, para garantizar la posibilidad de formación en el periodo post-troncal de todas las áreas de conocimiento de la especialidad. También se pide la adaptación a los mínimos exigidos por el currículum europeo para poder trabajar en Europa y que se garantice como única vía de acceso para los médicos el actual examen MIR, evitando el acceso a la especialidad por ninguna otra vía distinta a la licenciatura de Medicina.

Por último queremos terminar felicitando a todos los que han obtenido becas y bolsas de viaje de la SEHH en 2012.

Carmen Burgaleta Alonso de Ozalla
Presidente SEHH



NOTICIAS SEHH

BECAS Y BOLSAS DE AYUDA CONCEDIDAS POR LA FEHH EN 2012

Entre los fines de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) está la promoción del avance científico en relación al estudio y tratamiento de las enfermedades ocasionadas por alteraciones en los componentes sanguíneos. Por ello, la SEHH concede a través de su fundación becas a proyectos de investigación básica para avanzar en el conocimiento del significado de las alteraciones e identificar factores de valor pronóstico. A lo largo de 2012 la Fundación Española de Hematología y Hemoterapia (FEHH) ha concedido 5 becas a socios numerarios de la SEHH:

- "Estudio de la predisposición genética a desarrollar tumores cutáneos de tipo no-melanoma en los pacientes con Trombocitemia Esencial y Policitemiavera".
- "Valoración de la alorreactividad kir en el trasplante habloidentico: valoración integral para la elección del mejor donante resumen del proyecto".
- "Estudio del papel de RNAs no codificantes (microRNA y lincRNAs) en la Leucemia Mieloide Aguda: perfil de expresión, valor pronóstico, dianas génicas, mecanismos de regulación, identificación de dianas y potencial uso como biomarcadores y dianas terapéuticas".
- "Estudio genómico de la Leucemia Linfática Crónica con pérdida de 13q."
- "Investigación de nuevos agentes terapéuticos en Neoplasias Hematológicas".

Las prórrogas concedidas han sido las siguientes:

- "Estudio de los cambios genéticos en pacientes con SMD 5q tratados con Lenaidomida: determinación de los cambios responsables del tratamiento".
- "Evaluación preclínica de la eficacia y mecanismo de acción de un nuevo inhibidor del proteasoma, MLN2238, sobre la lesión ósea asociada al Mieloma Múltiple".
- "Estudio de la trisomía 8 en pacientes con Síndrome Mielodisplásico y/o Síndrome de Behçet".
- "Estudio de la frecuencia y significado pronóstico de las deleciones/mutaciones del gen IKZF1 y del estado de hipermetilación de los genes hsa-miR-375, HDPR1 (DACT1), SHP1 (PTPN6), P16 (CDKN2A), hsa-miR-9-3 y DBC1 en pacientes adultos con leucemia aguda linfoblástica sin reordenamiento BCR-ABL1 incluidos en protocolos de tratamiento adaptado al riesgo del Grupo PETHEMA".

Además la FEHH ha concedido 14 bolsas de viaje para la ampliación de formación de residentes, 9 bolsas de ayuda económica para la formación en Nuevas Tecnologías destinadas a socios numerarios (especialistas y profesionales de laboratorio) y residentes, 11 bolsas de ayuda económica para la formación de médicos residentes y especialistas; y 1 bolsa de ayuda para Innovación Tecnológica destinada a residentes.

La cuantía económica total que la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia ha destinado a estas ayudas en el año 2012 asciende a 223.795 €.

LA DRA. BURGALETA
TOP 25/MEDICINA 2013

El diario El Mundo ha incluido a la Dra. Carmen Burgaleta, presidente de la SEHH, en el listado de los "500 españoles más poderosos de 2013", un especial que este diario generalista elabora anualmente desde hace más de una década.

Dentro de este ranking, la Dra. Burgaleta figura entre los 25 españoles más influyentes en el apartado "Top 25/Medicina", en el que han sido incluidos los 25 nombres con más prestigio actualmente dentro del ámbito médico.

BURGALETA, CARMEN. Pta. Sociedad Española de Hematología. Estará centrada en defender y difundir el valor de la especialidad de Hematología/Hemoterapia, promoviendo el diálogo con los representantes de la Administración y el acercamiento a la sociedad en general. Además, potenciará la vocación por la investigación y la formación continuada de los jóvenes.

IN MEMORIAM

La SEHH quiere expresar sus condolencias por el fallecimiento de nuestros asociados el Dr. Gregorio Martín-Henau, del Banc de Sang i Teixits. Centre de Teixits i Teràpia Celular de Barcelona, y la Dra. M^a Dolores López Rodríguez del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

EL REDMO PARTICIPA EN UNA PRUEBA PILOTO PARA ACCEDER DE FORMA MÁS RÁPIDA A LAS UNIDADES DE CORDÓN UMBILICAL DE TODO EL MUNDO

Junto a otros seis registros internacionales, REDMO ha presentado una nueva plataforma que mejorará la rapidez con la que se ofrecen a los médicos de los hospitales solicitantes los datos de las mejores unidades de cordón para trasplante.

La Red Española de Donantes de Médula Ósea (REDMO) junto con los registros de Estados Unidos, Holanda, Francia, Italia y Alemania han puesto en marcha la nueva plataforma EMDIScord.

A través de esta nueva plataforma internacional, todos los países que accedan a este sistema dispondrán "en un solo clic" de toda la información completa de cada cordón: tipaje HLA, celularidad, grupo sanguíneo, recuento de colonias CFU (esti-

mación de cómo prolifera el cordón en el cuerpo del paciente), fecha de recogida de la unidad, número de bolsas en las que se almacena y su procedimiento de congelación.

Así, el médico que necesite una unidad compatible para un paciente tanto español como internacional podrá seleccionar de forma muy rápida las mejores unidades para su posterior envío.

Hasta el momento REDMO, al

igual que el resto de registros, tan sólo disponía de una información básica de todos los cordones extranjeros. De esta forma, para cada unidad de potencial interés para un paciente, la Oficina de Sangre de Cordón Umbilical de REDMO debía recabar la información completa a través de cada registro.

Este nuevo sistema, que se inicia con más de 250.000 unidades de sangre de cordón umbilical compartidas, acortará

de manera considerable el tiempo de selección de la mejor unidad y permitirá desechar con mayor celeridad las unidades menos idóneas.

El proyecto EMDIScord se presentó en la reunión de noviembre/2012 de la World Marrow Donor Association donde se presentaron los primeros resultados y se invitó a los demás registros mundiales a participar. La prueba piloto se ha realizado con los registros español, italiano y francés.

GALERÍA DE IMÁGENES

La Asociación de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia (AEAL) solicita para estos pacientes una atención por equipos multidisciplinares, acceso a los mejores tratamientos disponibles, que sean tratados con equidad en todo el territorio y que se reconozcan sus necesidades sociales y laborales.

LA SEHH AVALA EL PRIMER DÍA MUNDIAL DEL MIELOMA MÚLTIPLE

Con el objetivo de aumentar la visibilidad de los pacientes que padecen Mieloma Múltiple, la Asociación de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia ha impulsado la celebración a nivel internacional del primer Día Mundial del Mieloma.

En esta celebración que ha contado con el aval científico de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH), han participado también organizaciones internacionales de pacientes afectados por Mieloma Múltiple como Alianza Latina y mieloma Patients Europe (MPE).

Prevalencia del Mieloma M.

Se estima que en España existen unos 12.000 pacientes con Mieloma Múltiple. Cada año se diagnostican 2.000 nue-

vos casos de esta enfermedad que constituye el segundo tipo de cáncer sanguíneo más frecuente después del Linfoma de Hodgkin. A día de hoy se trata de un tipo de cáncer incurable que afecta principalmente a aquellas partes del cuerpo en las que la médula ósea es más activa.

Grupo Español de Mieloma

El Grupo Español de Mieloma (GEM) es uno de los 15 grupos cooperativos que integran la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) que más ha contribuido, en los últimos años, al tratamiento de esta enfermedad a nivel internacional. El GEM ha desarrollado protocolos de tratamiento para pacientes mayores de 65 años y para pacientes mucho más jóvenes.

La supervivencia y calidad de vida de estos pacientes ha mejorado notablemente en los últimos años, debido al tratamiento de intensificación con trasplante de médula y a la disponibilidad de nuevos fármacos que han logrado un mejor control de la enfermedad y de sus complicaciones.

Actividades e iniciativas

Con motivo de la celebración de este primer Día Mundial del Mieloma Múltiple, AEAL programó la jornada informativa "El Hematólogo responde tus dudas", en la que los pacientes pudieron exponer diferentes cuestiones al Dr. Javier de la Serna, hematólogo del Hospital 12 de Octubre de Madrid y responsable del Área de Pacientes de la página web de la Sociedad Española de Hemato-

logía y Hemoterapia (SEHH). Además, se han organizado dos seminarios online: uno sobre Mieloma para pacientes en recaída y otro sobre el manejo del dolor en pacientes con cáncer. Ambos seminarios puede verse a través de la página web del Día Mundial del Mieloma Múltiple: www.Aeal.es/diamm2012.

Otra de las iniciativas en este día ha sido la presentación del E-CancerCampus. Se trata de un proyecto del Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) que cuenta con la colaboración de profesionales sociosanitarios y que tiene como objetivo ofrecer datos, recursos útiles y herramientas, tanto a profesionales como a pacientes para mejorar su calidad de vida y la de sus familias.

El acceso es gratuito y puede realizarse a través de la página web: www.ecancercampus.com El E-CancerCampus de AEAL ha comenzado su andadura con un Curso sobre Mieloma Múltiple.

Recortes Sanitarios

Durante la presentación de este día mundial, la Dra. Carmen Burgaleta manifestó que el Plan de Sostenibilidad del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid "puede afectar a la atención que precisan estos pacientes".

La presidente de la SEHH añadió que cualquier medida que se tome en base a disminuir la información al paciente, su acceso a los medicamentos o su traslado a otros hospitales, "afectará a corto y medio plazo a la forma en que podamos tratarlos".



De izda a dcha: Teresa Regueiro, paciente de Mieloma, Begoña Barragán, presidente de AEAL y la Dra. Carmen Burgaleta, presidente de la SEHH, en rueda de prensa con motivo del Día Mundial del Mieloma Múltiple.

POLÍTICA SANITARIA**LA SEHH SE ADHIERE AL MANIFIESTO DE FACME: “DEBATE ANTE EL RIESGO DE DETERIORO IRREVERSIBLE DE LA SANIDAD PÚBLICA ESPAÑOLA ES LA HORA DE LOS PACTOS”**

La **Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España (FACME)**, junto a sus **Sociedades Científico-Médicas**, queremos exponer ante la opinión pública y las administraciones que tienen responsabilidades de gestión del sistema sanitario público, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Comunidades Autónomas, lo siguiente:

1. El Sistema Nacional de Salud (SNS), consolidado con la democracia, es un logro de todos los españoles. Cuenta con el respaldounánime de la ciudadanía. Es, a su vez, un sistema sanitario internacionalmente reconocido por su eficiencia y calidad. Cualquier medida propuesta para adecuar su viabilidad a la actual situación económica debe preservar los principios que conforman su intrínseca esencia y sustentarse sobre estudios rigurosos que demuestren que dichas medidas garantizan y/o mejoran efectivamente su eficiencia y calidad frente a la situación actual.
2. En algunas Comunidades Autónomas la administración sanitaria parece dispuesta a limitar su responsabilidad directa de gestionar el sistema sanitario público, proponiendo la transferencia de una parte sustancial de esta gestión (prestación de servicios) a empresas privadas, sin enfrentar decididamente medidas para preservar y/o introducir mejoras en el funcionamiento del propio sistema sanitario público. Esta actitud debería ser cuidadosamente revisada, buscando responsables capaces de afrontar verdaderamente el conjunto de las reformas necesarias para el SNS.
3. No existen precedentes, en las democracias avanzadas, de tomas de decisión de esta trascendencia sin que hayan sido sometidas a un debate público. Los políticos que propugnan la privatización de la gestión de la sanidad deben hacer públicos los estudios sobre los que basan sus propuestas y someterlos al escrutinio de los agentes interesados. No se trata de una solicitud de información, sino una exigencia democrática.
4. La FACME y las Sociedades Científico-Médicas manifestamos que, frente a la propuesta de transferir la gestión sanitaria a empresas privadas, existen alternativas, que teniendo como núcleo fundamental el desarrollo de la autonomía de gestión clínica, son como mínimo tan eficaces y eficientes, garantizan la calidad, preservan los principios generales que inspiran el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y son, sin duda, menos traumáticas de implantar.
5. Desde los años 90 se han venido desarrollando en el Sistema Nacional de Salud distintas experiencias de gestión clínica en forma de áreas, institutos y unidades de gestión clínica y entidades de base asociativa que si bien han supuesto avances notables en eficiencia, calidad y capacidad de organización, no han alcanzado plenamente sus objetivos principalmente por estar limitada su autonomía de gestión. Ésta es la vía sobre la que hay que profundizar.
6. La FACME y las Sociedades Científico-Médicas quieren colaborar con las administraciones públicas en el desarrollo e implantación de modelos de gestión clínica que permitan ganancias de eficiencia preservando la calidad del Sistema Nacional de Salud. Los responsables de los servicios, unidades y centros de salud están dispuestos y preparados para asumir la responsabilidad y los riesgos de la gestión dentro de un marco transparente y evaluable, siempre que se disponga de los instrumentos adecuados para poder desarrollar una gestión eficiente y de calidad.
7. Como administraciones públicas interlocutoras para el diálogo constructivo que proponemos consideramos que, además de las Comunidades Autónomas, debe personarse el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Aunque las competencias de gestión directa estén transferidas a las Comunidades Autónomas, el Gobierno de la Nación debe garantizar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio nacional, así como velar para que no se desnaturalice el sistema sanitario que nos dimos con la Ley General de Sanidad. Es necesario que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud desarrolle políticas e impulse la implantación de sistemas de gestión que mantengan la cohesión del propio sistema.
8. La propuesta que los firmantes de este manifiesto avalamos no tiene por objeto demorar o posponer la toma de decisiones sobre las reformas necesarias en nuestro sistema sanitario, por el contrario, las consideramos necesarias e imprescindibles, como señala el comunicado de la FACME de 5 de diciembre de 2012 (<http://www.facme.es/comunicados/comunicado10.pdf>). Por todo ello llamamos a las Administraciones públicas a un diálogo tan riguroso como urgente, y solicitamos que se suspenda cualquier iniciativa hasta que este trabajo conjunto con la profesión médica establezca los caminos más apropiados para mejorar la eficiencia del sistema sanitario. Sólo de esta manera se podrán alcanzar los objetivos perseguidos en aras de los intereses generales de los ciudadanos de nuestro país.

Firmado: **FACME y Sociedades Científicas afiliadas a FACME**

POLÍTICA SANITARIA

Acuerdos adoptados en el Consejo interterritorial del 20 de diciembre de 2012

EL MINISTERIO DE SANIDAD Y LAS CC.AA. DESARROLLAN UNA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS DEL SNS

La Ministra ha agradecido la labor de las Sociedades Científicas y de los colegios profesionales cuyos expertos han participado en los grupos de trabajo que han presentado las recomendaciones que se recogen en los acuerdos.

En el último Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 2012, el Ministerio de Sanidad y las distintas CC.AA. han llegado a un acuerdo para desarrollar una Cartera Común de Servicios que incluye las prestaciones a las que tendrán acceso todos los ciudadanos españoles, con independencia del lugar en el que vivan.

En línea con los sistemas sanitarios de los países de nuestro entorno, el Pleno del Consejo Interterritorial ha establecido las líneas básicas para la ordenación de las prestaciones, la resolución de las ineficiencias y el incremento de la calidad y seguridad de los pacientes para garantizar una cohesión territorial y equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias.

Cartera Básica

La Cartera Común Básica no se actualizaba desde hace seis años. Por ello, se ha llevado a cabo una rigurosa evaluación de las técnicas y prestaciones, bajo tres criterios generales:

1. **Criterios de Calidad y Seguridad para los Pacientes.** Se establecen los requisitos de especialización, calidad y actividad mínima que deben reunir las unidades y servicios hospitalarios, siguiendo las guías de las sociedades científicas. En concreto, en Oncología, Ginecología y Obstetricia, Cardiología y Cirugía Cardiovascular y Trasplantes.

Los requisitos a considerar en la planificación para los distintos recursos en la organización de los servicios serán: población de referencia, número de pacientes estimado, experiencia clínica, abordaje multidisciplinar, accesibilidad e indicadores de resultados.

2. **Criterios de eficiencia organizativa.** Para ordenar los servicios con mayores cotas de calidad y seguridad, con mayor eficiencia en costes y tiempos. Medidas adoptadas:

- 2.1 **Laboratorios centralizados:** Integración de diferentes servicios de Laboratorio Clínico de distintos hospitales en un laboratorio central, facilitando el acceso a la historia clínica electrónica. Con ello se logra el nivel máximo de calidad en los informes y se pueden cubrir guardias a distancia. Los expertos consideran que su implantación puede disminuir el coste medio por prueba un 27%.
- 2.2 **Anillo radiológico.** Servicio de radiodiagnóstico centralizado, basado en el aprovechamiento de las nuevas tecnologías. Los estudios presentados ponen de manifiesto una disminución del coste medio por prueba del 12,5%.
- 2.3 **Plataforma logística del SNS.** Creación de plataformas para generar sinergias y complementar la plataforma de compras centralizadas.
- 2.4 **Eficiencia energética.** Tiene por objeto disminuir el uso de la energía en instalaciones sanitarias, pero con el mismo resultado final. Para ello, se establecerá un Plan de Eficiencia Energética en los edificios del SNS, donde se calcula que existe un potencial de ahorro energético del 50%.

3. **Criterios de actualización de la cartera de servicios asistenciales.** Con ellos, los expertos han trabajado en la detección de los servicios en los que es necesario modificar sus condiciones de uso o protocolizar sus actuaciones. Se han presentado los trabajos en las áreas de Reproducción Humana Asistida, Cribados Neonatales e Implantes Oftalmológicos.

Cartera Común Suplementaria

Además de la prestación farmacéutica, para la que el nuevo sistema de información funciona desde el pasado mes de julio, esta cartera incluye la prestación ortoprotésica, la dietoterápica y el transporte sanitario no urgente.

Estudio sobre agresiones

Se ha aprobado un sistema de homologación de categorías con el fin de garantizar la movilidad de los profesionales sanitarios. Al respecto, se ha acordado un cuadro de equivalencias que abarca más del 80% de las categorías. A la vez, se va a regular el procedimiento de homologación para ir incorporando, modificando o suprimiendo otras categorías. Además, se ha establecido un acuerdo para elaborar un estudio sobre agresiones a profesionales sanitarios, dado que es un fenómeno que ha aumentado, tanto en España como en otros países de nuestro entorno.

Estrategias de salud

Se ha aprobado la Estrategia de Enfermedades Músculo-Esqueléticas. También se ha dado el visto bueno a la evaluación de la Estrategia de Enfermedades Raras del SNS. El Pleno recibió el informe sobre el programa de seguridad en las UCI, que se ha declarado prioritario en la prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en estas unidades.

FORMACIÓN

RESUMEN DE ALEGACIONES DE LA COMISIÓN NACIONAL DE HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA (CNHH), SEHH, SETH Y SETS AL R.D. DE TRONCALIDAD



La Comisión Nacional de Hematología y Hemoterapia (CNHH), presidida por el Dr. Adrián Alegre, jefe del Servicio de Hematología del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid, ha presentado el día 18 de enero las alegaciones correspondientes al segundo borrador de R.D. de Troncalidad en el Registro General del Ministerio de Sanidad. Estas alegaciones se han presentado de forma conjunta con los presidentes de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia, Dra. Carmen Burgaleta, Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia, Dr. Vicente Vicente, y la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular, Dr. Ramón Pau Pla (SETS). En este documento se insta al Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y al Ministerio de Sanidad a tener en cuenta también las alegaciones presentadas en septiembre de 2011 ante la publicación del primer borrador que el Ministerio hizo público en julio de ese mismo año.

La CNHH ha revisado este nuevo documento y ha mantenido comunicación con los presidentes de las sociedades anteriormente mencionadas así como con los responsables de los servicios de los principales centros acreditados, sus tutores y otros agentes con amplia experiencia en la formación MIR de la especialidad. De forma consensuada se han encontrado en el texto aspectos que pueden suponer una pérdida en el nivel mínimo exigido para la formación de los futuros especialistas de Hematología y Hemoterapia.

A continuación se presentan las siguientes Consideraciones Generales y resumen de las principales Alegaciones formuladas:

Consideraciones Generales

1. La especialidad de Hematología y Hemoterapia tiene una gran vertiente clínica como rama de la Medicina Interna. Pero además tiene una serie de competencias específicas y exclusivas procedimentales que incluyen también el laboratorio de Hematología y de Hemostasia y Trombosis, junto con la Medicina Transfusional. Por este motivo es muy importante delimitar con precisión en el programa formativo de nuestra especialidad, las competencias en las que pueda existir confusión o injerencia con el resto de especialidades y/o troncos especialmente con el Tronco de Laboratorio y Diagnóstico Clínico.
2. Dadas las características de la especialidad de Hematología y Hemoterapia con un nacimiento, desarrollo y razón de ser vinculado de forma inseparable desde hace más de sesenta años al área de Diagnóstico y a la Clínica en todo el mundo, la Comisión Nacional expresó en su momento sus reservas respecto a la idoneidad de su troncalización radical en un área concreta. Sin embargo, considerando la importancia de adquirir una adecuada formación clínica finalmente se aceptó su integración en el Tronco Médico puesto que su actividad predominante es la asistencial médica con el paciente como eje principal. Esta elección en ningún momento significó dejar en un segundo plano o relegar la parte de laboratorio, que constituye un elemento también cardinal y diferenciador de la especialidad de Hematología-Hemoterapia.
3. Tal como hemos señalado las competencias propias y exclusivas post-troncales del período específico de formación especializada de la Hematología y Hemoterapia se pueden resumir en las siguientes áreas:
 - Área de Hematología Clínica
 - Área de Citomorfología, Diagnóstico Biológico de Hemopatías y Eritropatología (Laboratorio de Diagnóstico y Clínica)
 - Área de Hemostasia y Trombosis (Laboratorio de Diagnóstico y Clínica)
 - Área de Hemoterapia-Banco de Sangre, Medicina Transfusional e Inmunohematología
 - Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos y Terapia Celular

Los futuros especialistas en Hematología y Hemoterapia deben recibir, imprescindiblemente, una formación adecuada y completa en todos los contenidos en Servicios de Hematología y Hemoterapia acreditados.

Resumen de las principales Alegaciones formuladas:

1. Debido al contenido actual de la Hematología y Hemoterapia y dada la complejidad y extensión de las competencias específicas a adquirir por los futuros especialistas, es imprescindible, tras cumplir el período de formación troncal de dos años, la ampliación a tres años como mínimo del período formativo post-troncal (período de formación especializada), lo que supone disponer de un período completo de al menos 5 años. Este requisito se considera irrenunciable para participar en el nuevo sistema de troncalidad y para garantizar la formación adecuada, pues resultará imposible elaborar y llevar a cabo el programa específico en un período de dos años posttroncales. La ampliación a 5 años mínimos de formación en Hematología y Hemoterapia es imprescindible para adaptarse a los mínimos que exige el Currículo Europeo. El Decreto ha de pronunciarse de una forma clara sobre la necesidad ineludible de ampliación de la duración del Programa Formativo de la Especialidad.

FORMACIÓN

2. El examen y el método de acceso a la especialización médica deben clarificarse. Se ha de mantener el actual sistema de acceso a la especialización médica deben clarificarse. Se ha de mantener el actual sistema de acceso para los médicos mediante el examen MIR que ha de ser nacional, simultáneo y único; y con preguntas objetivas de tipo test cuyo resultado servirá para la elección del tronco y especialidad. En estas preguntas se pueden incluir cuestiones objetivas que valoren habilidades clínicas, comunicativas y actitudes. Debe evitarse la introducción de nuevos métodos, con pruebas subjetivas no validables, que pueden distorsionar la evaluación correcta y justa de los candidatos.
3. Debido a las dificultades de puestos laborales para los futuros MIR españoles, no se debe reservar cupo para médicos extracomunitarios, salvo que en un análisis de las necesidades reales de especialistas se objetive una carencia de licenciados españoles. Por este motivo la cifra del 10% que figura en este R.D. debería suprimirse.
4. Se ha de tener en cuenta el informe de las Comisión Nacional de Hematología para fijar la oferta de plazas anuales que se incluyan en cada convocatoria. La aceptación de todas las plazas presupuestadas por las CC.AA. puede originar una situación excedentaria con problemas de desempleo como ya está ocurriendo.
5. No se debería realizar ninguna convocatoria de examen MIR con el nuevo modelo hasta que no se elaboren los nuevos Programas Formativos Troncales y Específicos en los que se defina con claridad su contenido y duración. Las comisiones han de conocer los programas de los otros troncos para evitar confusión o injerencia en contenidos específicos posteriores. A la hora de elegir tronco y especialidad, los futuros MIR deben poder conocer con detalle los programas específicos de la especialidad.
6. El acceso a la especialidad de Hematología y Hemoterapia se realiza sólo a través de la licenciatura de Medicina como figura en el BOE de 2.008 que define las especialidades en Ciencias de la Salud. Las ACE (Áreas de Capacitación Específica) relacionadas con la especialidad han de desarrollarse sólo para los especialistas de Hematología y Hemoterapia y así debería recogerse.
7. En cuanto a la reespecialización se ha de indicar la necesidad de haber realizado la formación específica completa para garantizar la preparación adecuada acorde con el programa oficial. El término “reespecialización” parece confuso en este contexto, sería más acorde emplear el término de “segunda o ulteriores especializaciones”. Tampoco se está de acuerdo en que los porcentajes puedan ser modificados ni flexibles en ningún ámbito negociador pues los itinerarios han de cumplir los programas formativos oficiales.
8. No ha de permitirse que en el período de formación específica los tutores modifiquen o adecúen el programa formativo oficial de la especialidad, aprobado por la Comisión Nacional.
9. Se demanda la posibilidad de que los especialistas de Hematología y Hemoterapia, tras su formación troncal médica, tengan la posibilidad de acceder al ACE de Urgencias y Emergencias.
10. Los hematólogos con experiencia profesional acreditada de forma amplia en un laboratorio de Genética, deben poder acceder de forma regulada a la nueva especialidad de Genética Clínica. Se ha de permitir a los Servicios de Hematología y Hemoterapia, con acreditada experiencia en Genética, el poder participar en la formación de los futuros especialistas de Genética Clínica.
11. En los informes a solicitar por la Secretaría General Técnica referente a la ampliación del trámite de audiencia de los presidentes de las sociedades científicas relacionadas con las nuevas especialidades reguladas en este R.D. se ha de incluir a la SEHH, debido a la importante implicación y vinculación de la Hematología en la Genética Clínica.

Estas alegaciones tienen la finalidad de asesorar al Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud en esta materia en lo que respecta a la situación de la especialidad de Hematología y Hemoterapia, y contribuir a un adecuado desarrollo, adaptación y mejora del nuevo modelo propuesto. El único propósito es que la especialidad de Hematología y Hemoterapia siga teniendo el alto nivel de excelencia actual y su relevancia en la asistencia sanitaria de nuestro país.

El Dr. Adrián Alegre Amor agradece todas las contribuciones recibidas para la elaboración de este documento.

Madrid, 18 de enero de 2013

* **NOTA:** El documento completo de alegaciones está ubicado en la página web de la SEHH: www.sehh.es

FORMACIÓN

ÚLTIMO BORRADOR DE R.D. POR EL QUE SE REGULA LA TRONCALIDAD Y OTROS ASPECTOS DEL SISTEMA DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

El nuevo borrador que ha planteado el Ministerio de Sanidad sobre troncalidad, no convence a muchas especialidades cuyos profesionales creen que se perjudicará a los futuros especialistas en cuanto a su formación se refiere.

Este último borrador de Real Decreto para la regulación de la formación especializada en Ciencias de la Salud, con fecha del pasado diciembre, está ahora

en periodo de consultas antes de ser aprobado por el Consejo de Ministros y posterior trámite parlamentario.

La novedad de este borrador radica en la creación de dos años de troncalidad común para las disciplinas médicas que prevé cinco troncos: uno médico con 21 especialidades, uno quirúrgico con 10, uno de imagen con 2, uno de laboratorio y diagnóstico clínico con 4;

y un tronco de psiquiatría con 2 además de un grupo pluridisciplinar integrado por 8 disciplinas.

Según el Ministerio el objetivo de esta nueva organización es que los profesionales aprendan a abordar desde las primeras etapas de su formación los problemas de salud de una manera integral. Además, se persigue la flexibilización del catálogo de especialidades en Ciencias de la Salud.

Más de seis años ha llevado alcanzar un mínimo consenso sobre la nueva formación en Ciencias de la Salud que crea

tres nuevas especialidades y deja abierto el posterior periodo de especialización para cada una de ellas.

El Ministerio de Sanidad ha decidido ampliar el plazo para el envío de alegaciones hasta mediados de febrero.

El nuevo texto tiene casi 90 páginas y mantiene el mismo mapa que en el anterior borrador publicado en diciembre de 2012.

"EL MINISTERIO DE SANIDAD HA DECIDIDO AMPLIAR EL PLAZO PARA EL ENVÍO DE ALEGACIONES HASTA MEDIADOS DEL PRÓXIMO MES DE FEBRERO".

Último R.D. de Troncalidad:
http://www.actasanitaria.com/files/ileset/file_RD_Troncalidad_70319.pdf

LA SECRETARÍA MIR DE LA CONFEDERACIÓN ESTATAL DE SINDICATOS MÉDICOS CREA UNA RED NACIONAL DE RESIDENTES

En lo referente al último borrador de troncalidad, los MIR creen que la reespecialización troncal que prevé el proyecto del Ministerio de Sanidad no queda suficientemente definida en el texto.

La Secretaría MIR de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) ha dado los primeros pasos para la creación de un grupo de trabajo que estaría integrado por residentes y que va a servir de plataforma para tratar las cuestiones específicas de este colectivo.

José Luis Bonafonte, secretario MIR de CESM, ha explicado que "la intención es que los integrantes procedan de cada sindicato médico autonómico, para poder intercambiar información y opiniones, fortalecer la organización sindical a nivel nacional y actuar, si es preciso, para defender los derechos de los residentes de manera nacional y regional".

Último R.D. de Troncalidad

En cuanto al último borrador de troncalidad publicado por el Ministerio de Sanidad, según los residentes, uno de los puntos que más les afectan es el acceso a la reespecialización troncal (a las plazas a las que podrían optar para formarse en otra especialidad dentro del mismo tronco) que prevé el proyecto ya que no queda suficientemente definida en el texto, según ha declarado Fernando Rivas, vocal de Médicos en Formación de la Organización Médica Colegial (OMC).

Esta es una de las principales alegaciones que los MIR harán llegar al Ministerio en breve ya

que los residentes siguen pidiendo que se especifique a qué se refiere el Ministerio cuando habla de dos años de trabajo profesional activo para poder acceder a una reespecialización. Se preguntan si un médico en paro podría acogerse a esos dos años. También pedirán que las plazas de reespecialización se convoquen a nivel nacional para que todos los residentes tengan las mismas oportunidades y no sean las CC.AA. las que seleccionen a los reespecialistas.

Los Mir aún desconocen los méritos que se van a valorar a la hora de conceder esta reespecialización, tampoco saben cómo será la evaluación al final del periodo troncal.

En cuanto a las pruebas selectivas, los residentes han criticado que se abra la posibilidad a que se realicen diferentes pruebas por troncos o la introducción de preguntas clave que si se fallan, denegarán el acceso a la formación sanitaria especializada, sea cual fuere la puntuación final.

"SEGÚN LOS MIR LA REESPECIALIZACIÓN QUE PREVÉ EL PROYECTO NO QUEDA BIEN DEFINIDA EN EL ÚLTIMO BORRADOR DE TRONCALIDAD PUBLICADO POR EL MINISTERIO DE SANIDAD".

***NOTA:** Con el objeto de que las notificaciones de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) lleguen a todos los profesionales socios de la SEHH, les rogamos sean tan amables de comunicar su dirección de correo electrónico actualizada a: comunicación@seh.es
Gracias por su colaboración.

