

NUEVAS DEMANDAS DE LA POBLACIÓN

Grupo de trabajo de la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria

Autores:

**Clotilde Boix Gras
Ester García Gimeno
M^a Dolores González Céspedes
Ramón Orueta Sánchez
Ignacio Párraga Martínez
Javier Rodríguez Alcalá
Adoración Romero Saiz
Coral Santos Rodríguez
Humberto Soriano Fernández
Alejandro Villena Ferrer**

ENERO 2005

ISBN

Depósito legal AB-683-2005

© SOCIEDAD CASTELLANO-MANCHEGA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

SOCIEDAD CASTELLANO-MANCHEGA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

c/ Dionisio Guardiola nº 16, 4º D

02001 Albacete

Tel. y Fax 967507911

www.scamfyc.org

PRESENTACIÓN

Las competencias del médico de familia requieren necesariamente una revisión periódica ya que los cambios demográficos y culturales y los avances científicos implican nuevas necesidades de la población, nuevos métodos diagnósticos y nuevos tratamientos. Esto nos obliga, no sólo a actualizar conocimientos, sino a ampliar las áreas en las que debemos ser competentes, y por tanto incorporar a la práctica habitual nuevas técnicas y habilidades en aspectos que hace unos años ni se hubieran planteado.

Este documento pretende ser una **reflexión** sobre los nuevos retos a los que nos enfrentamos los médicos de familia y un **punto de partida** para valorar la necesidad de conocer y profundizar en nuevas situaciones que se plantean en las consultas y en los equipos de atención primaria y que requieren un esfuerzo de actualización e incorporación de conocimientos en el que los principales implicados son los profesionales, la administración y las sociedades científicas.

Grupo de trabajo de nuevas de demandas de la población

1. Introducción	7
2. Atención a adolescentes	8
- La esclavitud de la imagen	
- Adicciones sin drogas	
- Nuevas familias	
3. Nuevas respuestas a viejos problemas	12
- Menopausia	
- Esterilidad	
- Incontinencia urinaria	
- Osteoporosis	
4. Malos tratos y violencia doméstica	17
5. Inmigrantes	20
6. “Tolerancia cero”	22
- ¿Trastornos adaptativos?	
- Demanda de atención inmediata	
- Problemas estéticos	
7. Nuevas tecnologías	25
- Acceso a nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos	
- Informatización de la información sanitaria	
- Avances en investigación. Medicina predictiva	
- Atención telefónica	
- Atención mediante otros sistemas de información	
8. Otros métodos de atención al usuario	34
- Atención domiciliaria. Cuidados paliativos domiciliarios.	
- Atención post-alta hospitalaria	
- Actividades preventivas.	
- Atención a la Comunidad.	
9. Nuevos estilos de atención	42
10. Consideraciones finales	47
11. Bibliografía	49

1. INTRODUCCIÓN

La Medicina de Familia debe plantearse como objetivo fundamental la máxima calidad de la asistencia sanitaria que se presta a la población, buscando para ello una actualización constante de los conocimientos necesarios para prestar dicha atención y una optimización de los recursos.

Así mismo, la Atención Primaria, como puerta de entrada al sistema sanitario, debe ser capaz de dar respuesta a la mayoría de los problemas que plantee el paciente, realizando una derivación eficaz al segundo o tercer nivel cuando sea necesario.

Sin embargo, para lograr estos objetivos, los médicos de familia debemos analizar qué circunstancias dificultan el logro de estos objetivos para ser capaces de afrontar una serie de cambios que mejoren nuestra labor asistencial, gestionando los recursos que se asignan y que condicionan completamente nuestra forma de trabajar.

Estos cambios son consecuencia de, entre otras circunstancias, los fenómenos migratorios, el envejecimiento de la población, la aparición y uso de las nuevas tecnologías, las mayores expectativas de los ciudadanos, los cambios sociales y los cambios en la Atención Especializada (altas precoces, cirugía mayor ambulatoria, etc.).

Entre estas situaciones, la generalización del uso de las nuevas tecnologías de la información (Internet) y la gran progresión de los medios de comunicación está cambiando el modo de ejercer las profesiones sanitarias: los ciudadanos tienen mayor acceso a la información.

Este fenómeno, unido al culto a las pruebas complementarias, está propiciando que el usuario sea más consciente de sus derechos, más exigente con el servicio sanitario público.

Desde esta perspectiva, debemos intentar explicar que el sistema debe ser flexible para adaptarse a las necesidades de la población y que debemos estar atentos a sus demandas, pero que estas demandas no siempre se corresponden a necesidades reales y soportables por el Sistema Público.

En definitiva, hay que intentar transmitir confianza, haciendo ver a los pacientes todo lo que le puede aportar la Medicina de Familia.

2. ATENCIÓN A ADOLESCENTES

La adolescencia se caracteriza por el “CAMBIO” físico, cognitivo, psicológico y social. En las culturas civilizadas este periodo de cambio, duda, búsqueda y curiosidad se ha convertido en un largo recorrido. Entre las dificultades y riesgos que los adolescentes encuentran en este periodo podemos citar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, conductas de riesgo, las primeras relaciones sexuales, los trastornos de la conducta alimentaria y comportamientos sociales conflictivos.

Los adolescentes frecuentan poco el centro de salud y sin embargo este grupo de edad presenta un modo de enfermar característico, están expuestos a muchos riesgos para la salud y supone uno de los grupos de población en los que las actividades preventivas pueden llegar a ser más rentables. La atención sanitaria específica a este grupo de edad está en general infravalorada. La atención del adolescente es breve, episódica y en relación con problemas concretos. Las actividades de promoción de la salud y prevención deberían ser los principales objetivos de la atención primaria. Deberíamos preguntarnos si la atención integral al adolescente es una realidad en nuestra consulta, ¿qué pasa con los adolescentes?... La complejidad de la adolescencia exige, por parte de los profesionales de Atención Primaria, un conocimiento no sólo de los cambios biológicos sino también de aquellos otros que han de tener lugar en las esferas psicológica y social para que el adolescente pueda convertirse en un adulto sano.

LA ESCLAVITUD DE LA IMAGEN

En los últimos años, la sociedad de consumo ha establecido un canon de belleza en la que ésta se configura entorno a una determinada “imagen corporal” donde juventud, delgadez... es lo importante. Modelo de belleza que en nuestra sociedad ha influido en los actuales “estilos de vida” y, en particular, en todos aquellos comportamientos relativos a la alimentación, al ejercicio físico y al cuidado personal. La adolescencia, como fase de cambio tanto en el ámbito orgánico como psicológico, representa un periodo crítico donde tiene gran importancia la percepción de uno mismo, siendo frecuente la inestabilidad en la auto-imagen y la tendencia a la baja autoestima.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psicosomáticas frecuentes en mujeres jóvenes y en adolescentes que suponen un problema importante de salud pública. La característica esencial de los TCA es la “obsesión por la delgadez”. La insatisfacción por el propio cuerpo puede considerarse endémica en los países occidentales, pero cuando alcanza grados extremos supone

una de las características de los TCA. Su importancia radica, además de en el aumento de la prevalencia, en la alta morbilidad asociada, la alteración en la vida cotidiana y el inicio insidioso de esta enfermedad a partir de prácticas socialmente aceptadas como son las dietas de adelgazamiento. Estos trastornos bastantes frecuentes en la población adolescente de 14-18 años pueden desembocar en TCA si no se realiza una intervención precoz. Dada la alarma social que suscitan los TCA son un motivo de gran preocupación para la comunidad, que los percibe como una prioridad en cuanto a prevención, detección precoz y tratamiento adecuado.

En los últimos años se está extendiendo entre las sociedades industrializadas el “culto al cuerpo”, afectando sobre todo a adolescentes. Esta obsesión por la perfección del cuerpo es la nueva epidemia del siglo XXI. En las últimas décadas ser “físicamente perfectos” se ha convertido en uno de los objetivos principales de las sociedades desarrolladas.

Entre los trastornos relacionados con el culto a la imagen se encuentran la “vigorexia” y la “dismorfia corporal”. La “vigorexia” es en realidad el “culto al músculo”, obsesión por verse musculoso, lo que va derivando en un cuadro obsesivo-compulsivo que hace que aquellos que la padecen abandonen otras actividades, se encierren en un gimnasio y practiquen cambios dietéticos para favorecer el aumento de masa muscular. En nuestro país no hay datos en cuanto a la prevalencia de este trastorno, aunque cada vez es menos raro el adolescente, generalmente de sexo masculino, que solicita ayuda para “engordar y estar más musculoso”. La “dismorfia corporal” afecta cada vez más a la población y se inicia en la adolescencia. Existe un amplio número de personas preocupadas por su apariencia, pero para ser diagnosticadas de dismorfia, el afectado debe sufrir reiteradamente una obsesión con una parte de su cuerpo que le impida llevar una vida normal

ADICCIONES SIN DROGAS

Desde la década de los 80 se citan en la bibliografía las “adicciones sin droga” como aquellas conductas cotidianas que, siendo habituales en la sociedad, se realizan de forma exagerada y compulsiva, con vínculo de dependencia y un trasfondo psicopatológico.

Las tecnologías avanzan a pasos agigantados y entre ellas la más popular entre los jóvenes es “Internet”, sin olvidar el teléfono móvil o las videoconsolas. Uno de los problemas que empiezan a revelarse como grave en las nuevas tecnologías es el deseo de muchos adolescentes de pasar horas y horas delante de la pantalla, abandonando totalmente el contacto con otras personas de su edad y apartando de su tiempo de ocio aquello que no tenga que ver con el ordenador. Las tecnologías por sí

mismas no generan adicción, pero el uso abusivo de video-juegos, teléfonos móviles e Internet ha hecho que muchos jóvenes establezcan una relación de dependencia.

El hecho de que en la mayoría de los hogares exista TV, ordenador, videoconsolas o Internet permite permanecer mucho tiempo sumergidos en el domicilio sin necesidad de contactar con el mundo exterior; ello facilita la limitación de contactos con lo que cada vez es más difícil establecer relaciones y obtener una nueva amistad. Aparecen los llamados “ermitaños electrónicos”.

NUEVAS FAMILIAS

Si bien no se trata de un problema específico del adolescente, sí que tiene mayores implicaciones en éstos. Durante la adolescencia se desarrollan cambios que inducen a la búsqueda de independencia y que tienen un impacto en el sistema de relación familiar. La familia a través de la relación padres e hijos, así como la misma pareja, incidirá en la diana dependencia-individualización por la que los adolescentes pasarán para llegar a la autonomía emocional propia del adulto. En este periodo de la vida, los padres se sienten inseguros y confusos en la educación de sus hijos adolescentes. El 40% de los padres confiesan que no manejan bien los conflictos de convivencia.

En nuestra sociedad este problema se agrava: los padres trabajan fuera de casa pasando el papel de cuidador a otros componentes de la familia como abuelos y hermanos o a personas ajenas a la familia. Los problemas de pareja, así como la ausencia de alguno de los padres, conducen a cambios del cuidador que dificultan la formación de vínculos estables tan importantes en este periodo de la vida. Los adolescentes empiezan a hacer la socialización a espaldas de la familia, empiezan a hacerse adultos sin serlo y sin la estrecha supervisión de los padres. Todas estas dificultades en la relación padres-hijos conduce a una mayor prevalencia de problemas psicopatológicos. Las separaciones y divorcios en la actualidad se han incrementado considerablemente y con esta estadística los conflictos en los adolescentes. Las relaciones de los adolescentes con su “nueva familia” pueden ser satisfactorias y normales, pero es frecuente el conflicto cuando aparecen nuevos miembros en la familia como padrastro, hijos de la otra pareja...

Cada vez son más frecuentes en nuestro medio otros tipos de familias como las monoparentales, que en España suelen ser mujeres separadas o solteras con hijos, familias de adopción en las que los niños son educados por personas que no son sus padres biológicos y familias de parejas homosexuales.

RESPUESTAS:

- La dificultad del abordaje de estos problemas, así como la incidencia, gravedad y posibilidad de detección y prevención desde Atención Primaria hace necesario el desarrollo de “**programas de prevención**”, así como una mayor formación de los médicos de familia en estos temas.
- El médico de familia como globalizador del problema tiene un papel decisivo para realizar un diagnóstico precoz e implicar a las familias en la evolución del proceso.
- Es necesario, desde Atención Primaria, desarrollar estrategias integradas en un conjunto de actividades de “**Educación para la Salud**” interviniendo frente a los factores de riesgo.
- Fundamental es la **elaboración de un programa comunitario** que necesitaría la colaboración tanto de las familias como de los profesionales de la educación.
- Favorecer la comunicación-cooperación con otros niveles asistenciales: trabajadores sociales, unidades de Salud Mental.
- Reconocer aquellos **signos de alarma** tales como fracaso escolar, timidez, ausencia de prácticas deportivas, retraimiento social, incomunicación... para lo que es necesario disponer de **más tiempo en la consulta** para poder establecer de forma adecuada una buena relación médico de familia-adolescente.
- Por último **incidir en los medios de comunicación** para que ofrezcan modelos humanos no estereotipados y enseñar desde la infancia a defenderse del culto excesivo al cuerpo y la obsesión por la percepción, reforzando en cambio los aspectos saludables.

3. NUEVAS RESPUESTAS A VIEJOS PROBLEMAS.

¿NUEVAS ENFERMEDADES?

En la actualidad estamos asistiendo a un aumento de consultas por motivos que siempre han existido pero que ahora se asumen y se viven de forma diferente, es el caso de la **menopausia**, la **esterilidad**, la **incontinencia** y la **osteoporosis**. ¿Podemos hablar de nuevas enfermedades?. Y en el caso de la menopausia ¿debemos hablar de enfermedad?.

En la sociedad del bienestar, de la tecnología y la información (o desinformación, o mal-formación según los casos) la población empieza a medicalizar todo aquello que le produzca incomodidad, parece que el sistema sanitario está obligado a garantizar y proporcionar soluciones a lo que interfiera mínimamente con el estilo de vida. No se acepta el envejecimiento y se intenta luchar contra él.

MENOPAUSIA

Nunca la menopausia podrá ser una enfermedad a pesar de que “la cultura popular” y los medios de comunicación se empeñen en transmitir esa idea, nunca se podrá evitar que el tiempo pase y ocurran los cambios. En el año 2001 la población de mujeres españolas mayores de 50 años superaba los 7 millones, con una esperanza de vida de 83 años; teniendo en cuenta que la edad media de aparición de la menopausia es 50 años, el 40% de la vida de una mujer transcurre en la edad postmenopáusicas. Últimamente las revistas de divulgación, sobre todo aquellas dirigidas a la mujer, y los programas televisivos pseudomédicos incluyen secciones sobre menopausia donde informan del “problema de salud” que constituye esta etapa, lo que repercute directamente en la actividad de los profesionales de la salud, que se encuentran ante mujeres que viven la menopausia como una enfermedad y demandan una solución médica a su problema, esto hace que cada vez más acudan a nuestras consultas en busca de la prueba complementaria que “las diagnostique” y del tratamiento que “las cure” o que revierta un proceso fisiológico irremediable. El profesional asiste a un aumento de las consultas por supuestos síntomas que no son más que signos de la evolución natural, lo que implica dedicar más tiempo a **desmontar la idea de “menopausia = enfermedad”** y hacer entender a la mujer que no se puede revertir la fisiología. Por otro lado estamos obligados a detectar aquellos síntomas derivados del déficit estrogénico que interfieran con la actividad habitual y el bienestar de las pacientes.

ESTERILIDAD

El siglo XX se caracterizó por un creciente control de la fecundidad, cada vez más los individuos deciden tener o no tener hijos, y cada vez más pueden satisfacer ese propósito. La creciente presión profesional, ahora también compartida por la mujer, y el desarrollo de los métodos anticonceptivos, permite aplazar las gestaciones a etapas del periodo fértil en el que la mujer es menos fecunda, con una tendencia a que aumente la frecuencia de mujeres o parejas con dificultades para concebir o llevar un embarazo a término. Según la OMS, hay 60-80 millones de parejas estériles en todo el mundo. Se admite que, en los países industrializados, 1200 nuevas parejas por cada millón de habitantes y año tienen problemas de infertilidad; es decir, en España cada año 44000 nuevas parejas se incorporan al colectivo de parejas subfértiles. Cada vez con más frecuencia recibimos en la consulta a parejas con problemas de infertilidad, por regla general suele ser la mujer y la mayoría de las veces sabemos poco o nada sobre ellas, particularmente sobre su historia ginecológica y los conocimientos que tienen sobre la fisiología femenina, sobre todo del ciclo menstrual y los días fértiles, dando por hecho que, en la era de la comunicación y el conocimiento, están bien informadas. Los profesionales sanitarios estamos poco familiarizados con los protocolos seguidos en el medio hospitalario, normalmente porque suelen ser derivaciones de tercer nivel con poca o nula relación con la Atención Primaria.

INCONTINENCIA URINARIA

Hasta ahora la Incontinencia Urinaria (IU) había sido valorada como un síntoma, pero últimamente, a través de estudios epidemiológicos, se puede afirmar que es un complejo problema de salud que afecta al bienestar físico, psicológico, social y económico de los individuos y sus familias, además de conllevar un sustancial gasto económico tanto para los servicios sanitarios como sociales. En España la IU es una patología que afecta a más de 2 millones de personas. La mayoría de los estudios basados en la comunidad demuestran que su incidencia aumenta con la edad como también lo hace la severidad de la misma. Así mismo se objetiva una mayor prevalencia entre las mujeres en relación con los hombres, sobre todo entre las más jóvenes (2 veces más frecuente en el grupo de mayores de 65 años y 4 veces más frecuente entre las jóvenes y de mediana edad), sin embargo entre la población mayor de 75 años las cifras tienden a igualarse en ambos sexos. Cada vez más, médicos y pacientes ven la incontinencia como una enfermedad que merece atención médica, sin embargo sorprende el bajo índice de consultas que genera, especialmente entre la población anciana, influyendo en ello factores individuales, socio-culturales y puramente asistenciales. Sólo el 30% de los afectados de IU busca atención médica

para su problema; según los estudios, una de cada cinco mujeres que consulta en Atención Primaria se beneficiarían de una aproximación diagnóstico-terapéutica. Hay que tener en cuenta que, en muchas ocasiones, desde las consultas de Atención Primaria se ha considerado la IU como un proceso natural asociado a la edad, restándole importancia y no ofreciendo a los pacientes alternativas curativas o paliativas, consecuencia a menudo de la poca formación de los profesionales sanitarios que parece suplirse con la prescripción de absorbentes. La mayor "información" de los pacientes sobre las posibilidades de tratamiento, bien por lo que oyen en su ambiente o influidos por los medios de comunicación, hace que poco a poco se vaya rompiendo la barrera de la vergüenza o el pudor a la hora de poner su problema encima de la mesa de su médico y empiezan a considerar que no es un problema habitual de su vida que no tiene solución. El profesional sanitario tiene que empezar a **valorar la IU en su justa medida**, ya no se puede ignorar un problema que interfiere en casi todas las funciones del individuo, hasta el punto de aislarlos socialmente y, en el caso de los más jóvenes, ser causa de absentismo laboral, o de institucionalización en los ancianos.

OSTEOPOROSIS

La osteoporosis se presenta como un **problema creciente** en la sociedad española debido, fundamentalmente, a su alta prevalencia, que llega al 40 % en mujeres de entre 60 y 69 años y a la influencia que tienen sus complicaciones sobre la calidad de vida de la persona que las sufre.

Actualmente se considera que la osteoporosis es responsable de unas 500.000 fracturas al año y de unos 80.000 ingresos hospitalarios y que aproximadamente el 30% de las mujeres que sufren una fractura osteoporótica de fémur fallecen durante el primer año y más de un tercio de las supervivientes quedan incapacitadas para continuar con una vida independiente, Por otro lado, algunos fármacos de uso frecuente en el tratamiento farmacológico de la osteoporosis como el raloxifeno y el alendronato se incluyen entre los treinta fármacos de mayor consumo en 2002 y su uso se incrementa de forma significativa.

Así pues, nos encontramos ante una enfermedad con una prevalencia que aumenta con el envejecimiento de la población, un elevado coste social y una mayor concienciación de la sociedad que reclama cada día más una detección precoz y la toma de las medidas oportunas para prevenir sus complicaciones.

Desde hace años, el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la semFYC, en consonancia con otras sociedades científicas del ámbito

internacional, recomienda la prevención de la osteoporosis como parte importante de las medidas encaminadas a mejorar la salud en la mujer postmenopáusicas.

Actualmente no se recomienda la densitometría tipo DEXA como método de cribado, aunque sí como método diagnóstico ante la sospecha de osteoporosis en pacientes con determinados factores de riesgo o en aquellos que presentan una fractura no vertebral, tal y como coinciden la mayoría de las guías de práctica clínica elaboradas en la metodología de la medicina basada en la evidencia.

En nuestra Comunidad, la creciente concienciación social que conlleva el aumento del número de consultas por este motivo y la imposibilidad de acceder desde Atención Primaria a la densitometría tipo DEXA en aquellos casos en los que se encuentra indicada, están contribuyendo a aumentar el número de derivaciones hacia los servicios de Reumatología o de Medicina Interna de los hospitales de nuestra Región con el consiguiente aumento de las listas de espera de manera innecesaria.

RESPUESTAS:

- Impulsar la **formación** de los profesionales sanitarios para actualizar los conocimientos y abordar desde nuestro medio y con los recursos a nuestro alcance estas “nuevas enfermedades” de manera eficiente.
- Poner en marcha actividades de **promoción de hábitos saludables y educación para la salud** relacionadas con estas “nuevas enfermedades”, adelantándonos al acontecimiento e informando al paciente de los cambios fisiológicos que se van a producir. No necesariamente tenemos que ser los sanitarios quienes lo llevemos a cabo, sino los propios pacientes los que elaboren y transmitan la información a través de grupos organizados que aborden las situaciones de cambio desde un nivel social, personal, físico-psíquico, familiar y laboral, constituyéndose en un elemento de autoaprendizaje para el manejo y resolución de problemas. Nosotros debemos fomentar la formación de estos grupos ofreciendo nuestro asesoramiento técnico.
- Incorporar a la práctica clínica diaria herramientas dirigidas a detectar la sintomatología susceptible de tratamiento y las creencias individuales sobre las que debemos intervenir, siempre desde un enfoque biopsicosocial.
- Incluir la **densitometría tipo DEXA** en el catálogo de pruebas complementarias accesibles desde Atención Primaria para la confirmación diagnóstica de la osteoporosis e instauración del tratamiento adecuado de esta patología desde nuestras consultas, lo que contribuiría a una mayor satisfacción de los pacientes y a la reducción de listas de espera de las consultas de los servicios de Reumatología, Traumatología y Medicina Interna en nuestra Comunidad.

- Promover cambios organizativos que permitan disponer de **más tiempo de consulta** para abordar con calidad estas “nuevas enfermedades” y conseguir una mayor satisfacción del usuario.

4. MALOS TRATOS Y VIOLENCIA DOMÉSTICA

El problema de la **violencia doméstica** está adquiriendo una relevancia creciente en todos los ámbitos de nuestra sociedad. Sin duda se trata de un problema que precisa un abordaje multidisciplinar, pero en el que los profesionales de Atención Primaria (AP) disponemos de una situación privilegiada para su prevención y detección precoz.

La violencia familiar se define como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigidas generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos.

La incidencia real de este problema es desconocida y se estima que las denuncias presentadas representan únicamente entre un 5 y un 10 % de los casos de malos tratos. Según datos del Ministerio del Interior, durante el año 2002 se realizaron un total de 43.313 denuncias en nuestro país, de las cuales 1507 se presentaron en Castilla-La Mancha. El grupo más expuesto a este tipo de violencia lo constituyen las mujeres entre 30 y 50 años, aunque en los últimos años el mayor incremento de casos ha sido entre los menores. Algunos estudios apuntan a que hasta un 14% de las mujeres españolas sufren malos tratos, si bien sólo una tercera parte de ellas se considera a sí misma víctima de maltrato.

Aunque casi todas las víctimas de malos tratos visitan a su médico en el año siguiente a la agresión, sólo en un 30-40% de los casos se identifica el abuso. Estos datos ponen de manifiesto que, obedeciendo a diferentes motivos, disponemos de un importante margen de mejora para la detección precoz de estos casos; sin duda, la actitud de los profesionales sanitarios guarda una importante relación con su capacidad de detección.

Las actuaciones que podemos y debemos llevar a cabo desde nuestro ámbito, las podríamos agrupar en tres apartados:

- **Prevención primaria.** Intentando influir en las causas de la violencia a través de intervenciones individuales, grupales y comunitarias. Se trataría de intervenciones educativas orientadas al respeto, la tolerancia, la igualdad entre géneros y el

rechazo a la violencia. En este apartado aunque nuestro papel es importante, cobran especial protagonismo el sistema educativo y los medios de comunicación como inductores de corrientes de opinión.

- **Detección precoz** de los casos. La identificación precoz de las personas que sufren malos tratos es fundamental para el pronóstico y para iniciar las actuaciones pertinentes. Esta se puede llevar a cabo a través de:
 - **Identificación de personas y situaciones de riesgo.** Teniendo presentes los rasgos característicos de los maltratadores y de las posibles víctimas, así como las disfunciones y conflictos familiares que puedan derivar en situaciones de riesgo.
 - **Reconocimiento de las formas de presentación más habituales.** Especialmente ante personas con mayor riesgo de padecer malos tratos, es necesaria una actitud de alerta ante la posibilidad de que la violencia doméstica sea la causante de lesiones cutáneas, consultas reiteradas por motivos banales, trastornos psicológicos u otros síntomas inespecíficos.
 - **Utilización de cuestionarios estandarizados.** Aunque no existe suficiente evidencia para la utilización rutinaria de cuestionarios específicos para el cribado de violencia doméstica en población general, sí se aconseja incluir preguntas sobre la existencia de maltrato en la entrevista clínica, especialmente a personas en situación de riesgo.

- **Actuación ante la sospecha franca o el diagnóstico de malos tratos.** Además de la exploración física y psicológica de la víctima, una evaluación psicosocial y la atención clínica pertinente, es muy importante la valoración del riesgo vital y establecer un plan de actuación integral y coordinado, con el que poder ofrecer a las víctimas información, protección y un “plan de salida” en caso de riesgo físico. Nuestras actuaciones no deben ir únicamente dirigidas a la víctima, sino también hacia la protección de los hijos y, en lo posible, hacia el posible agresor.

Sin entrar con profundidad en el tema, merece la pena citar otra forma de violencia que cada vez se manifiesta con más frecuencia en nuestra sociedad como es el “**Mobbing**” o acoso psicológico en el trabajo. En nuestro ámbito debemos ser capaces de reconocer y diagnosticar estas situaciones, asesorando a las víctimas sobre la forma adecuada de afrontarlas.

RESPUESTAS:

Los profesionales de Atención Primaria debemos estar preparados para afrontar las situaciones de malos tratos en nuestras consultas, pudiendo ofrecer alternativas y vías de solución a las víctimas, para ello se hace necesario:

- **Formación.** Los profesionales sanitarios debemos estar familiarizados con las fases del ciclo de la violencia y con los mecanismos psicológicos que propician su mantenimiento, conocer las características de las personas y situaciones de mayor riesgo, poder identificar los signos y síntomas de malos tratos, sus formas y patrones de presentación, tener formación en entrevista clínica dirigida a personas con sospecha de sufrir violencia doméstica, así como conocer los recursos sociales y vías de derivación para estos casos. En este sentido, se debe plantear la inclusión de la violencia doméstica como problema de salud en los programas de formación de pregrado y postgrado de los profesionales sanitarios.
- **Mejorar las redes de colaboración socio-sanitarias**, estableciendo vías de derivación entre los diferentes estamentos implicados que permitan agilizar y facilitar el abordaje del proceso.
- Facilitar y contemplar la implicación de los profesionales de Atención Primaria en actividades de **educación para la salud** en la escuela y aquellas dirigidas a la comunidad.
- Colaborar desde las Instituciones Sanitarias en las **campañas específicas dirigidas a la prevención** de los malos tratos a través de sensibilizar del problema a la población y a los profesionales de la salud, y en las que se ofrezca información sobre las alternativas y ayudas que están a disposición de las víctimas.

5. INMIGRANTES

“La tolerancia puede ser algo pasajero, y debe culminar en la aceptación. Si no, se convierte en una ofensa, en una afirmación de superioridad del tolerante sobre el tolerado”
(Goethe)

En España, la realidad del proceso migratorio ha sorprendido a la Atención Primaria en una situación de finalización de su reforma y en un contexto de presión asistencial elevada.

Una de las preocupaciones que supone la inmigración creciente, es la capacidad del sistema sanitario para afrontar la llegada de los inmigrantes y sus necesidades (en muchas ocasiones diferentes a la población autóctona); la multiculturalidad que aporta el fenómeno de la inmigración supone, no sólo una forma diferente de entender la vida, sino una **forma diferente de vivir la salud y la enfermedad**.

En general, la gente que emigra a otro país, suele ser gente joven, que aspira a encontrar en el país de destino una vida mejor a la que posee en su país de origen. Por ello, los motivos de consulta se relacionan con los propios de una población joven predominando, además de la solicitud de un certificado médico de salud, la atención gineco-obstétrica en las mujeres y la patología digestiva en los hombres; sin embargo, las condiciones de precariedad laboral (contratos ilegales, jornadas prolongadas, malas condiciones de seguridad en el trabajo...); de vivienda (hacinamiento...); el desarraigo familiar y social (aislamiento, soledad...); la inexistencia de calendario vacunal previo o su diferencia con el nuestro y el padecer al llegar a España enfermedades infecciosas que son más prevalentes en sus países de origen (paludismo, tuberculosis, hepatitis A, hepatitis B, VIH, sífilis...) pueden tener una influencia negativa sobre su salud además de hacer más prevalente la mala salud autopercebida.

Las diferencias culturales e idiomáticas suponen una barrera importante en la comunicación médico-paciente y algunos problemas de salud mental se expresan con somatizaciones de forma diferente a las personas autóctonas, con las dificultades de diagnóstico que ello supone.

La mayoría de los inmigrantes provienen de países con sistemas sanitarios diferentes al nuestro, lo que implica un desconocimiento del sistema y de los recursos sanitarios. Este hecho unido al miedo a utilizar los servicios sanitarios encontrándose en una situación legal irregular y a los cambios constantes de domicilio hace que frecuenten los servicios de Urgencia donde resuelven sus demandas instantáneamente haciendo que su participación en programas preventivos y de educación para la salud y el cumplimiento terapéutico sean menores.

RESPUESTAS:

- Se hace necesario un **estudio completo del estado de salud y vacunación** a la llegada a nuestro país, o bien a la entrada en el sistema sanitario, con una buena anamnesis, exploración física completa, exploraciones complementarias... de todos los inmigrantes.
- Los profesionales sanitarios deben ser formados en **técnicas de entrevista**, comunicación y relación con inmigrantes, tanto para resolver dudas como para manejar los casos difíciles y conocer las diferentes formas culturales de entender la salud y la enfermedad. Así mismo, deben disponer de un **mediador cultural** que facilite la labor de entendimiento entre médico-paciente. Es muy importante, adecuar la relación médico-paciente a las creencias de cada individuo, basando esta relación en el respeto y fomentando un clima de confianza.

- Insistir en la **captación de la población ilegal**, que suele tener mayor necesidad de asistencia sanitaria y social, facilitando el seguimiento en los sucesivos cambios de residencia.
- El trabajo conjunto con **enfermería** en la atención a este colectivo permite optimizar los recursos empleados y obtener mejores resultados.
- Muchos inmigrantes viajan periódicamente a sus países de origen por lo que se hace necesario el **consejo sanitario ante los viajes** y ofrecer una revisión médica a su vuelta dado que, tras permanecer unos años en nuestro país, pueden haber perdido la inmunidad que poseían mientras vivían allí y convertirse en una población muy susceptible de padecer enfermedades e importaras a su vuelta a España.
- Resumiendo, este grupo de población necesita recibir una **atención integral**, que considere la situación física, social y económica del individuo, descartando patología propia de su proceso adaptativo y facilitando su integración en la comunidad.

6. TOLERANCIA CERO

En las sociedades actuales el crecimiento económico y tecnológico se acompaña de un malestar patente y creciente. Existe un desencuentro del que resulta una especie de “hipocondría social” que políticos, dirigentes y élites sociales no aciertan a comprender bien, aunque en algún momento hayan sembrado parte de ese desconcierto. Este hecho es un indicador de la ambivalencia y complejidad del tiempo presente. Para el sistema el problema estriba en una crisis de las organizaciones que se encuentran inmersas en un contexto donde el cambio es la regla y cuyo resultado es un entorno poco integrado, móvil y dotado de una alta opacidad. En la cotidianidad está el ámbito de las personas individuales donde la crisis está en el sentido común, en la forma de experimentar la realidad porque está erosionada la sólida visión de futuro.

El desarrollo acelerado de la **sociedad de consumo** la ha transformado en **sociedad de bienestar**; el paso de **enfermar** a **no-enfermar** forma parte de la definición de **calidad de vida**; la idea de **sano=bienestar** en un mundo transformado e influido por los medios de comunicación nos ha llevado a alcanzar techo. No hay economía que pueda sostener una sociedad fundamentada en que la “Salud es un estado completo de bienestar físico, psíquico y social, además de la ausencia de enfermedades”. En la cultura **humana**, abocada irremediabilmente a la invalidez, al

envejecimiento, y a la muerte, esta situación hace que el desarrollo tecnológico, investigador y de todo tipo en el terreno de la salud se quede corto.

El aumento de la autonomía individual y la mayor libertad de elección en el consumo, las normas de convivencia, los principios morales, los gustos estéticos, las relaciones y las identificaciones, tienen el reverso de la disminución de la protección que brindaban normas, instituciones y relaciones sociales. La **modernización** tiene un precio: pone fin al universo social seguro, así se incrementa la incertidumbre, el desarraigo, la inseguridad en uno mismo y la falta de confianza en los demás.

Las consultas de Atención Primaria son un consumo colectivo en el que se proyectan inevitablemente estas inseguridades, incertidumbres y malestares. Los requerimientos de los usuarios son diversificados y contienen una variedad de aspiraciones, latencias de demandas no bien expresadas y exigencias implícitas que superan el marco sectorial de la salud. No se admite la enfermedad ni el riesgo de enfermar como algo en lo que se puede tener alguna responsabilidad. Se rechaza incluso la participación personal en la curación, en el autocuidado, y se buscan soluciones externas a los propios errores que de forma insistente se siguen cometiendo.

La sociedad actual niega la enfermedad y huye del dolor y de la muerte. Quiere y aspira a la felicidad permanente (aquí y ahora; hoy mejor que mañana) y la persigue como una forma más de consumo, diversión, ausencia de sufrimiento, juventud eterna...

Este contexto es el que está provocando la “medicalización” de la vida cotidiana que es fuente de cambios vitales y factor estresante en sí misma; el abuso de los sistemas sanitarios, especialmente el de los servicios de urgencias buscando la inmediatez de la solución casi siempre externa y completa en cuanto a pruebas complementarias; y la búsqueda desesperada de la estética perfecta derivada de la intolerancia a las imperfecciones personales y alimentada por los poderosísimos medios de comunicación que abanderan el culto al cuerpo “10”.

TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Para el paciente los procesos naturales de cambio (vejez, muerte, etc.) y los intercurrentes cada vez más frecuentes (separaciones, enfermedades crónicas, etc.) provocan un desajuste casi continuo que, si no es capaz de compensar con sus recursos personales y sociales, le provocan una gran repercusión clínica y socio-laboral a veces de forma inconsciente.

Para el médico-sistema constituyen un aumento de consultas “densas” que consumen mucho tiempo y energías; provocan una excesiva medicalización en aras

de hacer un diagnóstico y tratamiento rápidos; y desencadenan ganancias secundarias como las bajas laborales difíciles de controlar.

Para la sociedad supone una “medicalización” de la vida cotidiana, manteniendo el error de considerar patológico y susceptible de tratamiento médico cualquier evento estresante.

DEMANDA INMEDIATA DE ATENCIÓN

Dada la presión asistencial y las listas de espera, el paciente ve mermada su libertad de ir al médico de cabecera y al especialista del segundo nivel en el momento que le surge la demanda “real”, y acude de forma inadecuada a los servicios de urgencias donde compensa en tiempo y pruebas complementarias su necesidad.

Se sobrecargan los servicios de urgencias generando retraso, medicina defensiva y a veces una mala práctica con mensajes inadecuados y con el consiguiente “burning” de los profesionales.

Como consecuencia final, los servicios de urgencia (sobre todo hospitalarios) se magnifican en detrimento de la Atención Primaria.

PROBLEMAS ESTÉTICOS

En la cultura predominante del “culto al cuerpo” para el paciente se convierte en una obsesión el reconocimiento de las “imperfecciones corporales” (alteración del peso, alteración de la piel, del cabello, etc.) y las considera patológicas con la angustia que eso genera.

Para el médico-sistema supone un gasto de tiempo y recursos en situaciones no patológicas en detrimento de otras más importantes.

En la sociedad se está potenciando desde todos los ámbitos (familiares, sanitarios, medios de comunicación) unos parámetros de belleza extremos que generan situaciones patológicas donde no las había: anorexia, cicatrices, efectos secundarios medicamentosos y, sobre todo, problemas psíquicos.

RESPUESTAS

- **Educar** desde todos los ámbitos implicados: familiar, escolar, sanitario y sobre todo desde los medios de comunicación, en el carácter patológico y no patológico de los procesos naturales que nos aquejan, así como de las imperfecciones propias de nuestro cuerpo, que no necesariamente tienen que convertirse en procesos susceptibles de diagnóstico y tratamiento médicos.

- Facilitar la **formación** adecuada (humanística, psicológica) para el profesional sanitario en el manejo de los cambios vitales y su variabilidad, así como su repercusión a todos los niveles.
- Favorecer la accesibilidad al médico de cabecera, a las pruebas complementarias y al especialista del segundo nivel, reorganizando agendas y sistemas burocráticos y unificando criterios tanto administrativos como médicos, para garantizar el **uso adecuado y racional de los recursos sanitarios**.
- Favorecer desde el ámbito sanitario y humanístico el desarrollo de una red adecuada de **apoyo social**, así como la utilización correcta de terapias complementarias de crecimiento personal y grupos de autoayuda.
- Utilizar todos los medios posibles (sobre todo los de comunicación) para informar con rigor, educar en la cultura de la “tolerancia” y del respeto por las diferencias, y sobre todo potenciar el **uso adecuado y solidario del sistema sanitario público**.

7. NUEVAS TECNOLOGÍAS

Uno de los grandes cambios que se está produciendo en los últimos años es la revolución tecnológica que abarca todas las esferas de la sociedad. La Medicina, como parte integrante de la misma, no es ajena a estos cambios, siendo uno de los campos donde con mayor velocidad se están produciendo. Las aportaciones de estas innovaciones tecnológicas no son discutidas, produciendo grandes avances no sólo en la esfera diagnóstica, sino también en las esferas terapéutica, pronóstica,...

La población es conocedora de esta evolución y solicita que sus cuidados sean prestados con los últimos adelantos disponibles, precediendo en muchos casos las demandas a las posibilidades reales de obtención de dichas innovaciones.

Así mismo, la población demanda el acceso y comunicación con el sistema sanitario a través de nuevas vías como puede ser el correo electrónico. Muy unido a estas demandas, y sin tratarse de una innovación tecnológica, se potencian otras formas de atención como es la consulta telefónica.

ACCESO A NUEVOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

La población solicita ser diagnosticada y/o tratada con los últimos avances existentes. El acceso a la información por distintas vías (televisión, prensa, Internet...) hace al paciente conocedor de todas las innovaciones que van apareciendo, en ocasiones incluso antes que los propios profesionales, creando expectativas que en multitud de ocasiones son muy superiores a la realidad ya que la información que han

obtenido puede ser sólo parcial e incluir errores o puede ser interpretada de forma incorrecta.

La demanda de derivación al segundo nivel asistencial en realidad traduce, en un elevado porcentaje de casos, la petición de estudios complementarios u opciones terapéuticas idealizados por la información recibida, lo que puede ocasionar decepción y/o alteración en la relación con los profesionales si no obtienen la petición deseada o cuando descubren que la realidad es muy inferior a sus expectativas.

Esta situación coloca a los profesionales de Atención Primaria en una posición que requiere varias adaptaciones: necesidad de conocimiento de los nuevos métodos y del uso racional de los mismos, necesidad de acceso directo o indirecto, necesidad de establecer marcos de relación con el paciente que permitan regular esta demanda.....

RESPUESTAS

- **Accesibilidad a nuevas tecnologías desde Atención Primaria.** Mejorar la accesibilidad de la población a las nuevas tecnologías diagnósticas, pronósticas o terapéuticas, en los casos en los que hayan demostrado resultados superiores a los medios disponibles previamente, sólo es posible si éstas pueden ser utilizadas desde el ámbito de la Atención Primaria.
- Para evitar el argumento de que este uso puede ocasionar pérdida de eficiencia, es suficiente con **establecer criterios claros de indicación y utilización**, que en todo caso serán los mismos que los que estén establecidos en el segundo nivel asistencial.

INFORMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

Sin tratarse de una demanda de la población en sí misma, sí se trata de una realidad actual que marca de forma directa la relación entre profesionales y población atendida. La informatización de la consulta genera nuevas posibilidades en la práctica clínica, pudiendo contribuir a la mejora de la eficacia y la eficiencia de las intervenciones, así como de la organización y gestión de las mismas.

Pero a pesar de estas aportaciones innegables, existen sectores de ambas partes, pacientes y profesionales, que consideran que la informatización de la consulta puede generar distorsiones en la relación dado que puede acaparar una parte importante del tiempo disponible para la atención, y que puede llegar a suponer una barrera que impida un adecuado marco de relación entre ambos.

RESPUESTAS

- Informatización de la actividad asistencial: parece una evolución imparable y prácticamente no discutida. El reto no está por tanto en su implantación, sino en la **creación de un sistema** que combine las necesidades del profesional (agilidad, sencillez de manejo, simplificador de la burocracia...) con las de los pacientes (confidencialidad, atención personalizada,...) y todo ello sin interferir el marco de relación entre pacientes y profesionales.

AVANCES EN INVESTIGACIÓN. MEDICINA PREDICTIVA

En un futuro próximo se esperan cambios en la forma de practicar la medicina, en los medios de diagnóstico y tratamiento y en la prevención. Los avances en investigación, las aplicaciones tecnológicas en medicina y la genómica están incidiendo ya en Atención Primaria.

Se necesita un nuevo profesional de Atención Primaria, alguien capaz de “seleccionar” información, conocer los últimos avances en diagnóstico y tratamiento, asesorar al paciente, ayudarle a tomar decisiones y realizar consejo genético, teniendo en cuenta los componentes médicos, éticos, personales y sociales del paciente y manteniendo la fortaleza del primer nivel asistencial que depende de cuatro atributos clave: la accesibilidad, la globalidad o integralidad de cuidados, la coordinación de la atención y la longitudinalidad (atención regular a lo largo de toda la biografía del sujeto)

Con los avances obtenidos en los últimos años, el **trasplante de órganos** constituye la alternativa necesaria en el tratamiento de algunas enfermedades irreversibles. El incremento progresivo de población transplantada y la mejoría en la supervivencia hacen necesaria la participación activa del médico de familia en el control evolutivo postrasplante, tradicionalmente labor exclusiva de nefrólogos, cardiólogos, digestólogos, etc. Será por tanto necesario un seguimiento a largo plazo, manteniendo una comunicación continua y fluida entre el paciente y el médico de Atención Primaria, esencial para las actividades preventivas, la detección precoz de complicaciones y por tanto asegurar el éxito del trasplante.

La obtención y diferenciación de células madre permitirán desarrollar nuevos tejidos y órganos, potenciando de forma espectacular la posibilidad de trasplantes. La capacidad de estimular para funciones vitales a las células madre, implicaría la capacidad de producir insulina, establecer conexiones sinápticas, metabolizar grasa etc.

Actualmente se realizan habitualmente **trasplantes de células madre** en enfermedades hematológicas malignas y no malignas, el médico de Atención Primaria

tiene un importante papel en la atención de estos pacientes, que están inmunodeprimidos durante largos periodos, pueden desarrollar problemas endocrinos y metabólicos o una segunda enfermedad maligna si sobreviven al trasplante.

Se están empezando a utilizar células madre para reconstrucción de tejidos, como hueso, ligamento periodontal, fístulas digestivas etc., que cada vez serán más frecuentes y por tanto implicarán a los médicos de familia que están comprometidos en el seguimiento longitudinal de sus pacientes.

También el médico de Atención Primaria debe saber cuál es la importancia y cómo se deben aplicar a la práctica clínica los principales **marcadores tumorales** de los distintos tumores malignos con la finalidad de predecir recurrencias o detectar neoplasias en estadios tempranos.

El desarrollo en el estudio del **genoma humano** va a permitir avances importantes en el diagnóstico genético, en la producción de vacunas y en la terapia genética. El conocimiento de los mecanismos moleculares de la enfermedad cambiará la práctica clínica.

La bioinformática es un campo que combina la informática, las matemáticas, la física y la biología con la finalidad de interpretar datos biológicos que en un futuro nos proporcionará gran información.

En los próximos 10 años vamos a ser capaces de analizar la susceptibilidad a sufrir una decena de enfermedades comunes y seguramente podremos intervenir para reducir el riesgo de padecerlas. Será posible realizar diagnósticos de forma amplia para varias patologías. Se conocerá la sensibilidad a determinados fármacos una vez desarrollada la enfermedad.

La medicina predictiva tendrá una enorme repercusión en la salud, pero su impacto dependerá de la capacidad que los profesionales sanitarios tengamos de modificar las actitudes de las personas con factores de riesgo para desarrollar enfermedades específicas (**medicina preventiva**). Ello supondrá cambios en la dieta, en los hábitos de vida, pero también implicará disponer de tratamientos que permitan modificar las consecuencias de la susceptibilidad genética.

En este tipo de medicina son de gran importancia los distintos aspectos éticos y sociales por las grandes repercusiones que puede suponer a escala individual, familiar, laboral y social.

RESPUESTAS:

- El médico de familia debe **conocer** los principales efectos secundarios de las drogas inmunosupresoras, las interacciones farmacológicas de estas drogas con los fármacos empleados frecuentemente en la práctica médica, el riesgo de

infecciones postrasplante, la mayor susceptibilidad a enfermedades malignas, la mayor frecuencia de hipertensión arterial, hiperlipemia, hiperuricemia, el aumento del riesgo cardiovascular, el programa de vacunaciones en este tipo de pacientes etc.

- El médico de familia tendrá que ser capaz de responder: la información genética ¿para qué?, ¿para quién?, ¿qué consecuencias puede tener? y **dar respuesta** a los usuarios.

De todos estos retos deben ser conscientes la Administración, las asociaciones profesionales y los profesionales de Atención Primaria. Sólo con un gran esfuerzo en formación y con el estímulo adecuado, será posible que la Atención Primaria se mantenga como referencia para el paciente y sea capaz de dar respuesta a las nuevas demandas que en un futuro próximo serán frecuentes en las consultas. En el caso de que no se realice el esfuerzo adecuado por parte de todos, la Medicina de Familia corre el peligro de convertirse de nuevo en la “distribuidora” del segundo nivel asistencial y por tanto perder todo el esfuerzo y los logros de estos últimos 25 años.

ATENCIÓN TELEFÓNICA

La comunicación mediante el teléfono amplía enormemente el espectro de relaciones entre el médico y el paciente. Permite ampliar el tiempo dedicado a la aclaración de dudas, previsión de incidencias, información de evolución, supuestos de intolerancia medicamentosa y cumplimiento de la prescripción.

Nos permite comprobar la evolución de una patología al cabo de un tiempo sin necesidad de concertar una nueva consulta en el centro de salud. Por otra parte, puede ayudarnos a corregir o completar recomendaciones o prescripciones.

Parece claro que una correcta utilización del teléfono permite un ahorro de tiempo, dinero y preocupaciones.

La consulta telefónica es una actividad complementaria de las demás. Su enfoque correcto permite disminuir el número de consultas en el centro y en el domicilio, producidas a demanda del paciente. Un inconveniente importante es la imposibilidad de explorar al paciente (provoca miedos en el médico y en el paciente).

En función de quien toma la iniciativa de llamar, podemos agrupar los usos de la comunicación telefónica: A) el paciente contacta con el médico, B) el médico contacta con el usuario.

Algunos motivos de llamada al centro de salud son: pedir cita previa para la consulta, solicitar una visita domiciliaria, demandar consejo sobre asistir a consulta o al hospital, consultar por un problema nuevo o ya existente, pedir un tratamiento nuevo o

resolver dudas sobre uno prescrito, consulta sobre un tratamiento no farmacológico, pedir informe de resultado de pruebas, o una combinación de lo anterior.

Podemos resumir una serie de **utilidades u objetivos** de la atención al usuario mediante la comunicación telefónica:

- Es un tipo de atención que *contribuye a la Mejora de la Calidad* de la atención sanitaria, tanto desde el punto de vista del médico como del usuario. Una llamada telefónica correctamente atendida logrará que al final de la misma, el usuario esté más satisfecho.
- Es un elemento eficaz y eficiente para evitar el uso excesivo (“hiperfrecuentación”) de los servicios médicos en los distintos niveles: consulta centro salud, domicilio, servicios de urgencias. Permite disminuir especialmente el número de consultas realizadas a demanda del paciente.
- Facilita la accesibilidad al sistema sanitario. Desde este punto de vista también contribuye a mejorar la imagen de calidad percibida por el usuario.
- Permite el seguimiento más continuo de enfermedades crónicas, agudas y de las reagudizaciones de las crónicas.
- Contribuye a favorecer el cumplimiento terapéutico. Si el médico realiza la llamada fomentará el cumplimiento correcto de los tratamientos prescritos. Si la realiza el usuario, permite resolver las dudas que dificultarían la adecuada realización del tratamiento.
- Permite facilitar resultados de determinadas pruebas realizadas y realizar funciones administrativas de forma más rápida y fácil (citas, farmacias, etc.).

El uso del teléfono también tiene limitaciones y puede encerrar riesgos. Es importante elaborar mensajes adecuados y presentar de forma reglada y sistematizada las distintas preguntas que pueden surgir.

En ocasiones, en nuestro trabajo, sentimos que el teléfono es un enemigo. Puede deberse a la falta de agilidad del acceso telefónico, nuestra escasa habilidad en la atención telefónica, la sensación de irrupción en medio de la consulta o el miedo a la utilización inapropiada por el paciente de esta forma de comunicación.

La organización de la consulta telefónica a demanda es personal para cada médico. La mayoría prefieren ofrecer un horario específico para recibir llamadas, fuera del horario de presencia física. Las recibidas fuera de ese momento se contestarán posteriormente.

Para realizar una consulta telefónica es necesario: una línea telefónica, disponer de intimidad en la consulta y de la historia clínica del paciente para anotar la comunicación.

Otras consideraciones sobre atención telefónica.

- *Responsabilidad civil:* se establece una relación entre médico y paciente, por tanto, la posible responsabilidad puede ser parecida a la de las visitas en consulta. Ante cualquier duda sobre la situación clínica, el diagnóstico o el tratamiento se recomendará visitar el centro de salud o el servicio de urgencias. Para evitar problemas se recomienda documentar las llamadas y evitar ambigüedades.
- *Confidencialidad del paciente:* debemos confirmar la identidad de nuestro interlocutor para evitar facilitar información a terceros.
- *Recepción de llamadas:* la persona o sistema que recibe la llamada, antes de pasarla al médico debería tener un entrenamiento específico para permitir que este tipo de atención funcione correctamente. Debe conocer la estructura de la consulta, horarios, urgencia de la llamada, etc.

RESPUESTAS:

- Aumentar nuestros conocimientos sobre las características y elementos de una correcta atención telefónica para contribuir a mejorar la calidad de la misma.
- Fomentar el **uso de la consulta telefónica**, tanto entre los profesionales sanitarios como entre los pacientes. La difusión de las ventajas y de las soluciones de los probables inconvenientes ayudará en este sentido.
- **Adaptar tiempos y espacios** en nuestra actividad diaria, de manera que facilitemos el acceso de los usuarios mediante este tipo de consulta.
- Colaborar en la organización de todo el sistema de recogida de llamadas, desde la primera persona que responde hasta el momento final de la resolución de la llamada.
- Utilizar todos los recursos necesarios para garantizar la **confidencialidad** de nuestros pacientes, consiguiendo de esta forma que aumente su confianza en este tipo de atención.

ATENCIÓN MEDIANTE OTROS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

La práctica de la medicina ha experimentado numerosos cambios a lo largo de la historia, pero sin ninguna duda han sido los avances tecnológicos los que mayor influencia han tenido en esos cambios. En este sentido, la irrupción de la informática y de Internet ha revolucionado totalmente el mundo de la atención médica a la población. Entre los distintos aspectos del uso de Internet cabe destacar la facilidad

con que podemos buscar y transmitir información. La principal característica de este sistema de comunicación e información es su accesibilidad. A pesar de los interrogantes que existen sobre algunos aspectos del desarrollo futuro de Internet, sobre todo por lo que a confidencialidad y ética se refiere, es evidente que su correcta aplicación en todos los campos de las ciencias es un reto que debemos afrontar.

Los diferentes organismos sanitarios han diseñado una serie de sistemas de información interrelacionados, apoyados en el desarrollo de tecnologías de la información y de la comunicación. Estos sistemas intentan satisfacer las necesidades de los profesionales sanitarios, de los distintos niveles organizativos y de la población atendida.

En este sentido las administraciones sanitarias han dotado de infraestructuras para nuevas formas de atención a los usuarios (telemedicina, acceso a Internet y otros servicios como correo electrónico). Como resultado de la relación entre salud e Internet ha aumentado la satisfacción de los usuarios, pero también han aparecido nuevos riesgos como la protección de la intimidad.

Telemedicina

La telemedicina es la parte de la telemática (telecomunicaciones más informática) que permite la realización de un acto médico a distancia, realizado sin contacto físico directo entre el profesional y el paciente.

Aplicaciones de la telemedicina. Existen múltiples situaciones que pueden beneficiarse de esta técnica: comunicación y seguimiento de pacientes con patologías crónicas (televigilancia, telemonitorización); solicitud de ayuda y consejos diagnósticos y terapéuticos (teleconsulta); comunicación entre profesionales (teleconferencia); comunicación con equipos investigadores (teleinvestigación); asistencia urgente; exploraciones complementarias a distancia; tutorización de actos medicoquirúrgicos por especialistas a distancia; formación médica continuada, pregrado, postgrado (teleformación).

La medicina en Atención Primaria puede beneficiarse de esta tecnología, en todas y cada una de las aplicaciones mencionadas.

Las **ventajas** que pueden obtenerse con la utilización de la telemedicina son numerosas: evita desplazamientos a usuarios y profesionales; ahorra tiempo y costes; puede reducir listas de espera; mejora la precisión diagnóstica y terapéutica; facilita la accesibilidad al sistema sanitario; facilita el contacto médico-paciente; acerca los recursos sanitarios a zonas despobladas, rurales o remotas, etc.

Los **inconvenientes** que encontramos para el empleo de esta forma de atención marcarán el futuro de su utilización como forma de atención al usuario. Entre

ellos destacamos los siguientes: la gran dependencia tecnológica, la necesidad de tener una educación en técnicas básicas, la confidencialidad y la interferencia del propio ordenador en la comunicación entre médico y paciente.

Correo electrónico

La comunicación por correo electrónico entre médico y usuario es otra de las posibilidades que nos ofrecen las nuevas tecnologías. Es un mecanismo de contacto rápido, cercano y eficaz. Este medio nos permite enviar y recibir información, pero existen otras potencialidades por explorar. Es evidente que una aplicación futura sería la consulta vía correo electrónico, que actualmente no ha logrado implantarse, pero que superadas las reticencias por parte de médicos y pacientes podría ser una forma de atención interesante.

RESPUESTAS:

- Mejorar la **formación** y educación de los profesionales sanitarios en este campo, de forma que podamos utilizar los recursos existentes con la mayor eficacia y eficiencia posible.
- Elaborar o colaborar en la **creación de un sistema** correctamente organizado para utilizar las tecnologías con el menor riesgo posible y con los mayores beneficios.
- Prestar especial atención a la **confidencialidad** para que el usuario y el médico aumenten su nivel de confianza en estas nuevas formas de atención.
- Promover y participar en **campañas de información** dirigidas a médicos y usuarios, sobre la existencia de estos medios para que sean utilizados.
- Fomentar, en definitiva, el uso de estas formas de atención al usuario en las situaciones concretas en las que los beneficios superen los riesgos, estimulando a otros facultativos para que ofrezcan este tipo de atención y a los pacientes, no sólo para que la acepten, sino para que la soliciten.

8. OTROS MÉTODOS DE ATENCIÓN AL USUARIO

ATENCIÓN DOMICILIARIA. CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS

Entre las actividades básicas a realizar por el médico de familia encontramos la atención domiciliaria. Es fundamental para “dar respuesta a las necesidades de asistencia creadas por personas que (...) se encuentran incapacitadas para desplazarse al centro de salud”.

Son numerosos los autores que piensan que este tipo de asistencia está poco potenciada y que, aunque en los últimos años uno de los objetivos fundamentales de la Atención Primaria ha sido el desarrollo de actividades y de programas para aplicar en el ámbito domiciliario, todavía falta mucho para mejorar esta modalidad asistencial.

Un aspecto especialmente importante es la atención a los pacientes que precisan cuidados paliativos siendo sus objetivos fundamentales el fomento de la autonomía del enfermo y su familia y el respeto a su dignidad, con el fin de lograr la atención integral del paciente, mejorar su calidad de vida y la de su familia, alcanzar una muerte digna y facilitar el proceso de duelo.

Las expectativas de los pacientes y de sus familias respecto a la atención domiciliaria son, entre otras, la accesibilidad y rápida respuesta por parte del médico; esperan así mismo una gran capacidad de resolución por nuestra parte, a pesar de la escasez de medios de los que disponemos en el domicilio, y una periodicidad frecuente en las visitas de asistencia domiciliaria programadas.

En el caso concreto de los cuidados paliativos, el día a día de este tipo de pacientes suele ser complejo, dada la frecuencia de plurisintomatología, en ocasiones con síntomas de complicado control, cambios bruscos del estado general, dificultades de adaptación a la nueva realidad, y pérdida de autonomía.

Las demandas que surgen desde este tipo de pacientes y de su entorno familiar suelen ser el buen control de los síntomas físicos, especialmente del dolor; el apoyo a las necesidades psicológicas y espirituales del paciente y su familia; la disponibilidad de su equipo de atención primaria, con tiempo suficiente; la coordinación entre los distintos niveles asistenciales y el control de situaciones especiales como la agonía y el apoyo al duelo.

RESPUESTAS:

- Fundamentalmente es necesario **tiempo**, y aunque la atención domiciliaria espontánea no se puede controlar a priori, puede ser muy útil un correcto uso del **teléfono**, que puede permitir “negociar” el momento de la asistencia; además puede ser útil confeccionar una agenda que permita tener tiempo para realizar atención domiciliaria programada (tampoco es fácil dada la carga asistencial que suele existir, aunque no es descabellado destinar algún tiempo de programada un día cada semana/quince días)
- También es importante coordinar las visitas domiciliarias con el personal de **enfermería** ya que puede permitir una mejor atención del paciente, a la par que cambiar la actitud ya que la atención domiciliaria puede ser un elemento muy favorecedor para lograr una atención sanitaria de calidad.

- En el ámbito de los cuidados paliativos, debemos lograr que el médico de familia esté formado para **controlar los síntomas** físicos y cómo orientar los aspectos psíquicos y sociales que puedan aparecer, favorecer los cuidados de enfermería para lograr educar sanitariamente a los familiares acerca de los cuidados que precise el paciente, sin olvidar la atención a la familia (cuidar al cuidador); es importante lograr una **continuidad en la asistencia** coordinándonos con la atención especializada, aprovechando las mejores cualidades de cada nivel.
- Además sería imprescindible **gestionar óptimamente el tiempo** ya que este tipo de pacientes necesita una atención especial (una alternativa sería utilizar las citas programadas de un día para hacer visitas domiciliarias, si es posible no más allá de cada quince días); también es fundamental lograr y facilitar la correcta formación para tratar el dolor y controlar los síntomas más frecuentes (se puede utilizar alguna sesión clínica del centro de salud) y también la formación en aspectos psicológicos, de comunicación eficaz con el paciente y la familia, y recordar que este aspecto no es secundario: es tan fundamental como manejar los síntomas físicos.
- Por último, sería importante recordar que el tratamiento se ofrece a la **unidad “enfermo-familia”**, teniendo en cuenta no dejar a un lado al paciente a la hora de tomar decisiones (respetar derecho ético a la autonomía).

ATENCIÓN POST- ALTA HOSPITALARIA.

Cada día aumenta el número de pacientes dados de alta tras una estancia en hospital muy corta en el tiempo. En ocasiones únicamente permanecen ingresados durante días u horas. Se ha convertido en una práctica habitual en la mayoría de los servicios y, dentro de ellos, se aplica en casi todas las enfermedades. Esta situación es muy evidente en el caso de la cirugía ambulatoria.

Este hecho supone que el médico de familia tenga que atender patologías que conoce, pero en fases de las mismas cada vez más precoces.

Actualmente se realiza un elevado número de intervenciones quirúrgicas para las que se considera necesario permanecer en el hospital únicamente unas pocas horas. Ese grupo de procedimientos quirúrgicos se conocen con el nombre de Cirugía Ambulatoria, Cirugía de alta precoz o Cirugía de corta estancia. Son procesos igual de seguros y efectivos que la cirugía convencional, pero no requieren la utilización de los recursos hospitalarios más allá de unas horas y, por tanto, aportan mejor rendimiento económico.

Su éxito, desde la espectacular aparición en los años ochenta en los países anglosajones, se apoya en la satisfacción que genera en los pacientes, en los médicos (sanitarios) y en los gestores. A principios de los años ochenta, este tipo de procesos representaban menos del 35% del total de las intervenciones quirúrgicas realizadas en nuestros hospitales, mientras que en año 2001 ya alcanzan el 65% de las intervenciones quirúrgicas.

Algunas razones que apoyan la utilización de la cirugía ambulatoria son: disminución de costes hospitalarios, reducción de listas de espera, recuperación más rápida que las intervenciones de mayor tiempo de hospitalización, menos afectación de la vida personal del usuario, disminución del número de infecciones hospitalarias, mejoría en la información y atención más personalizada.

Cada día aumenta el listado de intervenciones que pueden ser realizadas con este procedimiento, pues la experiencia y buenos resultados obtenidos, junto con los nuevos fármacos y los avances tecnológicos, colaboran a crear esa realidad.

También es preciso conocer la forma de actuar en este tipo de pacientes, que llegan del hospital tras someterse a una cirugía, porque precisan un seguimiento más estrecho.

Para prestar una atención de calidad a nuestros pacientes en este campo es fundamental conocer, detectar y evitar de forma precoz las posibles complicaciones que puedan aparecer.

RESPUESTAS:

- Promover la **formación** del profesional sanitario en el conocimiento de las enfermedades, el seguimiento y las posibles complicaciones de las mismas. De esta manera se realizará una atención de mayor calidad.
- Realizar la **detección precoz de complicaciones** de las patologías recibidas.
- Favorecer el acceso a nuestra consulta de los enfermos remitidos desde el hospital para realizar un **seguimiento precoz** y correcto.
- Establecer caminos de **comunicación** entre la atención hospitalaria y la Atención Primaria que faciliten el trabajo a los profesionales y aumenten la satisfacción de los usuarios e incrementen su grado de confianza.
- La atención a pacientes sometidos a cirugía ambulatoria se convertirá, cada día con mayor frecuencia, en una parte importante de nuestra actividad. Es aconsejable desarrollar estrategias, técnicas e incluso **guías de práctica clínica** para estar capacitados a la hora de realizar una atención de calidad.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad configuran una parte fundamental del perfil profesional del médico de familia, y como tales están contempladas en su programa de formación. En los últimos años estas actividades se han ido incorporando progresivamente al desempeño profesional de atención primaria (AP) en nuestro país, especialmente impulsadas por el nacimiento (1988) e implantación del programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS) y por la incorporación de estas actividades a la Cartera de Servicios de atención primaria (1991).

De forma paralela, nuestra sociedad está cada vez más concienciada sobre la importancia de los aspectos preventivos para la salud, y si bien no existe una demanda activa de estas actividades, según estudios recientes más de un 95% de la población considera importante la realización de actividades preventivas en las consultas de AP, siendo menor el porcentaje de los que piensa que su médico o enfermero se las aplican regularmente (72%).

En general, la población muestra más interés por aquellas actividades que podríamos considerar medicalizadas (hipertensión, hipercolesterolemia, vacunaciones...) y menos por las que están basadas en el consejo médico (ejercicio físico, deshabituación tabáquica, consumo de alcohol...). Es nuestra labor que los usuarios vayan tomando conciencia progresivamente de la importancia de estas otras formas de prevención que, generalmente, implican mayor grado de autorresponsabilidad.

En la actualidad, el nivel de implantación de las actividades preventivas entre los profesionales de AP es muy diferente y heterogéneo, y mientras algunos profesionales dedican espacios de su jornada laboral específicamente al desarrollo de estas actividades (consultas antitabaco, diagnóstico precoz de cáncer ginecológico, programas de ejercicio físico...), otros apenas las incorporan a su labor asistencial. Además, el esfuerzo que dedicamos a la prevención no es simétrico en cuanto al tipo de actividad, siendo las actividades de prevención de riesgo cardiovascular (salvo el consejo sobre ejercicio físico) las que más se realizan en nuestras consultas y en un porcentaje muy inferior las vacunaciones (referidas al adulto) y aquellas que inciden en el ámbito de prevención en la mujer (diagnóstico precoz de cáncer ginecológico, planificación familiar...)

Probablemente las actividades preventivas más olvidadas en nuestras consultas son aquellas relacionadas con la salud mental. La detección precoz de los trastornos psicopatológicos del puerperio, la prevención del fracaso escolar o del duelo

patológico, el apoyo a los cuidadores o familiares de pacientes terminales o la preparación para afrontar adecuadamente la jubilación, son algunas de las actividades que podríamos llevar a cabo en nuestras consultas y que contribuirían a mejorar la salud mental de nuestros pacientes.

También es necesario reconocer que cuando hablamos de actividades preventivas nos solemos centrar en si el proceso se ha realizado correctamente (¿Tiene la tensión tomada? ¿Se le ha realizado una citología? ¿Se le ha dado consejo para dejar de fumar?...) y con demasiada frecuencia nos olvidamos de medir si estas actuaciones están dando los resultados deseados.

RESPUESTAS:

De forma genérica, parece necesario un cambio en la forma de abordar la prevención en nuestras consultas dándole un mayor impulso y teniendo como meta la mejora de los resultados en salud. Algunas de las propuestas para conseguir este fin serían las siguientes:

- Mejorar la **formación** de los profesionales. Los esfuerzos en este sentido deben dirigirse tanto a la difusión de cuales son aquellas actividades con evidencia científica que avale su realización (aspecto más conocido), como a la formación de los profesionales en la manera de llevarlas a cabo en sus consultas (cómo dar adecuadamente un consejo médico, cuál es el mejor momento para la realización de cada actividad, cómo abordar al paciente...)
- Habilitar espacios de **tiempo** en las consultas dirigidos específicamente a intervenciones en relación con la prevención. Aunque muchas de las actividades que se realizan pueden incorporarse perfectamente a la consulta diaria normal (vacunaciones, prevención de riesgo cardiovascular...), otras precisan una dedicación más específica, la deshabituación tabáquica o la prevención del cáncer ginecológico son ejemplos de ello.
- Mejorar la **coordinación** entre médico y enfermero, compartiendo la responsabilidad, y definiendo las actividades a realizar y la organización de las mismas.
- Centrar los esfuerzos especialmente en aquellas actividades con menor implantación (actividades de prevención en la mujer, vacunaciones en el adulto, salud mental...).
- Dedicar más recursos a la **evaluación** de la efectividad de las intervenciones, aunque sin olvidar la importancia que tiene el proceso en la obtención de un buen resultado.

ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

Las actividades comunitarias forman parte intrínseca del perfil profesional del médico de familia y de las tareas de los equipos de Atención Primaria. Entendemos por actividades comunitarias todas aquellas actividades de intervención y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y van dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades.

Actualmente, tanto en nuestra Comunidad Autónoma como en nuestro entorno más inmediato, el envejecimiento progresivo de la población; las cada vez mayores interacciones culturales y sociales propias del fenómeno de la inmigración; el acceso cada vez más extendido a las nuevas tecnologías de la información por parte de una población que, en numerosas ocasiones, no dispone de los conocimientos necesarios para interpretarla; y el interés creciente de los medios de comunicación tradicionales por los temas relacionados con la salud dibujan una nueva realidad que conduce, finalmente, a la demanda por parte de la población de una mayor cantidad y calidad de cuidados sanitarios. Esta nueva realidad exige una mayor orientación comunitaria desde nuestros centros de salud y una mayor integración entre los servicios sanitarios y los sociales.

Sin embargo, estas necesidades reales no parecen encontrar respuesta en los centros de salud de nuestra Comunidad, que se sitúa entre aquellas que menos actividades comunitarias implementan. Explicar las razones por las que las actividades comunitarias no llegan a desarrollarse plenamente supone encontrar los obstáculos a los que se enfrentan los profesionales a la hora de implementarlas.

El primer obstáculo, quizá, sea puramente conceptual: el objetivo de los profesionales debe ser elevar el nivel de salud de la población y no sólo atender puntualmente las demandas individuales. Acercarse a la comunidad resulta difícil desde la concepción actual de los servicios de salud como empresas de provisión de servicios que trabajan con el único objetivo de satisfacer la demanda de la población con el menor coste posible.

Un segundo obstáculo probablemente está presente en la misma idiosincrasia de la actividad comunitaria, que se basa en estrategias participativas y se enfrenta a la estrategia médica tradicional, a la que los profesionales estamos habituados, en la que el equipo y el centro de salud se presentan como los únicos protagonistas de los cuidados sanitarios. Cuando lo que se persigue es la mejora del estado de salud tanto individual como colectivo de la población, no queda más remedio que conseguir una

implicación activa de personas, grupos y comunidades cediendo a los ciudadanos la capacidad de tomar decisiones en aspectos de salud.

Una tercera dificultad la podríamos centrar en la propia comunidad: el protagonismo que ceden los profesionales en materia de salud, debe ser recogido por los ciudadanos, quienes deben hacer valer su influencia en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Sin embargo, en nuestro medio el grado de implantación de grupos y asociaciones es bajo y sus iniciativas pocas veces llegan a los profesionales y a la Administración de una forma claramente definida.

Por último, superados estos obstáculos, el profesional que desee implementar una actividad comunitaria, deberá enfrentarse a una última dificultad relacionada con la organización y el sistema sanitario: el profesional se ve obligado a ocupar la práctica totalidad de su tiempo de trabajo en la atención de la demanda y se encuentra saturado. En estas circunstancias, pocas iniciativas provenientes de grupos o asociaciones son capaces de motivar al profesional y este apenas logra encontrar tiempo, dentro del horario laboral, para impulsar una actividad participativa transmitiendo el mensaje a la comunidad de una forma entusiasta, de modo que la actividad comunitaria acaba por no llevarse a cabo o el profesional la desarrolla de una forma voluntarista con el consiguiente desgaste que ello supone.

RESPUESTAS:

- Desarrollar actividades de promoción de la salud, teniendo en cuenta siempre que el equipo de Atención Primaria no es el centro de la comunidad, que ésta dispone de otros recursos, que el punto de vista de los ciudadanos no tiene por qué coincidir con el de los profesionales sanitarios y que, por tanto, nuestro objetivo debe ser **fomentar la autonomía de la comunidad** a través de la participación activa de unos ciudadanos convenientemente informados y capacitados para la toma de decisiones que se sitúan como centro y protagonistas del proceso. Estas actividades deberían ir dirigidas, inicialmente, a prevenir los trastornos del comportamiento alimentario, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados en adolescentes mediante charlas o talleres en centros de enseñanza; difundir consejos de autocuidados mediante talleres de educación grupales y formación y potenciación de grupos de autoayuda en Asma, EPOC, Diabetes y Cuidado de personas dependientes o inmovilizadas; participar en la constitución y educación de grupos de intérpretes voluntarios en

aquellas zonas en las que los inmigrantes constituyan un núcleo de población importante y elaborar material de información para pacientes sobre los procesos agudos y crónicos más prevalentes o sobre los que la sociedad reclame una mayor información.

- Encontrar y proponer a la Administración sanitaria cambios organizativos en los equipos para que los propios profesionales no se vean obligados a abandonar las actividades comunitarias porque deben emplear la mayor parte de su **tiempo** de trabajo habitual atendiendo las demandas individuales.
- **Distribuir los recursos** humanos y materiales necesarios para facilitar la implementación de actividades comunitarias y de promoción de la salud como parte integrante y necesaria en la tarea de los profesionales.

9. NUEVOS ESTILOS DE ATENCIÓN

Sin duda el objetivo principal de todo sistema sanitario debe ser preservar y restaurar la salud de la población atendida y, por lo tanto, las principales demandas de esta población van encaminadas a la actualización y mejora de esta atención. No obstante, estas no son las únicas demandas realizadas; los cambios sociales y culturales que de forma progresiva experimenta la Sociedad hacen que también sean solicitadas modificaciones en la forma de llevar a cabo la atención.

La Sociedad espera que el sistema sanitario se adapte a estos cambios y se introduzcan una serie de modificaciones que se pueden agrupar bajo el epígrafe de nuevos estilos de atención y que agruparían cambios directos en la relación profesional-paciente y cambios organizativos.

Información. Los pacientes han ido modificando de forma gradual su relación con los profesionales respecto a sus enfermedades. Hasta hace poco tiempo era mayoritaria la postura de no desear recibir ningún tipo de información respecto a su enfermedad que no fuera respecto a qué pruebas realizarse y/o qué fármacos tomar, asumiendo que dicha información era suficiente ya que el resto de información era técnica y sólo necesitaba conocerla el profesional. Dicha actitud era fomentada, además, por un gran número de profesionales que así eran liberados de tener que aportar mayor atención. Pero actualmente, cada vez con mayor frecuencia, el paciente desea conocer todos los datos referentes a su salud o enfermedad; su origen, su pronóstico, posibilidades terapéuticas... y buscan esta información.

Conocer esta realidad es importante porque cuando el paciente desee información y no la obtenga de los profesionales, la buscará por cualquiera de las múltiples vías de información existentes en la actualidad (Internet, enciclopedias de

salud, televisión...) con los posibles errores o confusiones que ello puede ocasionar dado que mucha de esta información no está sometida a ningún tipo de control que garantice su calidad.

Participación en la toma de decisiones. Otro cambio significativo que se está produciendo en la relación profesional-paciente es la petición de desempeñar un papel más activo en la toma de decisiones respecto a su salud; el paciente está pasando de ser un actor pasivo que se limita a realizar las actuaciones indicadas por el profesional, que actúa como garante de los conocimientos, a querer tener un papel activo y participar de forma activa en las decisiones.

Desde la óptica actual se presenta como una demanda lógica, pero no siempre es bien aceptada por parte de los profesionales. Algunos entienden que el portador de los conocimientos, que además es el responsable a nivel legal, debe ser el responsable de la toma de decisiones. Ambas ideas no deberían ser incompatibles: el profesional puede y debe compartir la toma de decisiones con los pacientes a través de la transmisión de la información necesaria referente a su proceso y las diferentes opciones existentes respecto a su abordaje.

Dignificación de la atención. Bajo este epígrafe pueden englobarse una serie de características de la atención que, sin ser realmente nuevas, son cada vez más demandadas por la población: trato personalizado, confidencialidad de la información, continuidad en los cuidados...

Aunque se trata de características propias de la Atención Primaria, no es menos cierto que se ha venido produciendo una pérdida progresiva del trato personalizado y de la continuidad de los cuidados; el paciente desea que sea reconocido de forma individual con sus características propias y que siempre sea-n el/los mismo-os profesional-es quienes se encarguen de su atención ya que esto favorece que sean mejor conocidas sus necesidades. El trabajo en equipo, el reparto de tareas, en ocasiones no en función de los pacientes sino de las propias tareas (p. ej. que para su hipertensión sean atendidos por un profesional distinto que para su diabetes), los cambios de profesionales por el tipo de contratación, la figura de los médicos residentes... son factores que han contribuido a esta pérdida.

La confidencialidad de la información sobre los pacientes que los profesionales tienen depositada es un derecho innegable y situaciones que desde el punto de vista profesional pueden parecer totalmente inocuas y normales (p. ej. manejo de documentación sanitaria por personal no sanitario de los Centros de Salud, diagnósticos en documentación no cerrada en solicitudes de pruebas complementarias...) pueden ser no aceptadas por la población. En la misma línea se

puede situar la petición de información por parte de personas más o menos allegadas al paciente sin la previa autorización de los mismos.

Aunque nadie discute la masificación de las consultas, cada paciente a nivel individual solicita sean atendidas sus demandas y que para ello se les dedique el tiempo suficiente para su conocimiento y abordaje. Esta necesidad es compartida también por los profesionales que se enfrentan con el obstáculo de falta de tiempo dado el elevado número de pacientes atendidos por un alto porcentaje de los mismos.

Accesibilidad. Dados los cambios sufridos por la sociedad en los últimos años, la población solicita cada vez con mayor intensidad una mayor accesibilidad a los servicios sanitarios; prueba de ello, aunque probablemente no sea la única causa, es el uso cada vez mayor de los servicios de urgencias tanto de Atención Primaria como hospitalarios o la petición expresada a través de las encuestas de implantar consultas en horarios distintos a su horario laboral o la ampliación del horario de consulta o citación.

También en términos de accesibilidad figuran las quejas por las listas de espera existentes. Aunque podría pensarse que no se trata de demandas dirigidas hacia la Atención Primaria, no se puede olvidar que también existen “listas de espera” en el primer nivel asistencial; listas para la extracción de analíticas o realización de otras pruebas complementarias, no obtención de cita para el mismo día... y que las listas de espera del segundo nivel repercuten directamente sobre el primer nivel asistencial. La no obtención de cita para el mismo día en la consulta del médico de familia es una situación que cada vez acontece con mayor frecuencia en algunas zonas como respuesta a tratar de compaginar el derecho a una atención adecuada con la masificación existente.

Estructuras arquitectónicas adecuadas. Sin tratarse de un estilo de atención en términos estrictos, no es menos cierto que existen quejas relativas a los edificios en los que se prestan los servicios sanitarios, cuyas carencias en ocasiones sí pueden ocasionar algunas de las deficiencias detectadas en referencia a dichos estilos de atención: consultas compartidas que limitan el tiempo de consulta y por ello el tiempo dedicado a los pacientes, salas multiuso que en ocasiones impiden la privacidad de la atención, problemas de accesibilidad, salas de espera pequeñas que ocasionan una espera incomoda...

RESPUESTAS

- Modificación de estilos de práctica clínica: aportar la información relevante y necesaria para el conocimiento de su situación de salud y las opciones existentes y que así el paciente asuma su responsabilidad en la toma de decisiones parece

una necesidad clara. Nuestro papel en este aspecto debe ser activo, fomentando esta petición de información y **participación en la toma de decisiones**.

Pero ello no es sencillo ya que requiere que los profesionales tengan aptitud y actitud adecuadas. La aptitud puede obtenerse a través de una formación y adiestramiento adecuado en técnicas de educación sanitaria, entrevista clínica... Más complicado parece la consecución de modificación de la práctica clínica en términos de actitud en aquellos casos en los que existan reticencias en aportar información y/o compartir responsabilidad en la toma de decisiones, que no podrán llevarse a cabo sin estrategias previas dirigidas hacia los profesionales que favorezcan un cambio de planteamientos.

- Cambios favorecedores de la **confidencialidad**: no parece complicado un aumento de la confidencialidad por parte de los profesionales y probablemente sea suficiente con el establecimiento de criterios claros y con la autorización previa de los pacientes (puede obtenerse consentimiento previo que quede plasmado en la historia clínica), aunque en ocasiones puedan situar al profesional en una posición complicada al situar la confidencialidad del paciente frente a la responsabilidad del profesional (p. ej. paciente con enfermedad contagiosa que se niega a informar o que se informe a su entorno para tomar las medidas preventivas adecuadas). Otros aspectos de la confidencialidad (historias clínicas, documentación,...) requieren la puesta de marcha de cambios en la gestión, organización y custodia de los mismos. En ocasiones esta confidencialidad puede enfrentar los lógicos intereses del paciente con las necesidades del sistema. Pero no tiene que ser complicado por definición (p. ej. si se piensa que en los volantes de petición de pruebas complementarias es precisa la aparición de los diagnósticos y estos documentos, dados los distintos pasos que lleva su proceso, pueden ser vistos por distintas personas, habría que tomar decisiones que garanticen la confidencialidad como podría ser sustituir el nombre del paciente por un código como puede ser el número de historia clínica, el número de identificación personal...). También debe destacarse que dada la informatización progresiva de la información sanitaria, el sistema informático debe reunir las suficientes garantías para evitar el acceso indebido y no autorizado.
- Aumento del **tiempo** de dedicación al paciente: se trata de un aspecto sobre el que ambos actores directamente implicados, pacientes y profesionales, están de acuerdo; disponer de un tiempo mínimo para cada paciente es indispensable para poder realizar una atención adecuada y poder llevar a cabo algunos de los cambios en el estilo de práctica clínica antes comentados.

Dada la masificación de las consultas es preciso implementar medidas que permitan obtener este objetivo. Por un lado los gestores deberían adecuar los recursos humanos existentes a las necesidades reales, evitando la existencia de cupos con asignación de población por encima de parámetros conocidos y aceptados (en torno a 1500 personas máximo). Pero probablemente esta medida de forma aislada no obtenga los objetivos deseados y precise de una concienciación de la población sobre el uso adecuado de los recursos sanitarios y cambios en la organización y estilos de práctica clínica de los profesionales en aquellos casos en los que se detecten actuaciones favorecedoras del uso excesivo.

- **Accesibilidad horaria:** compatibilizar interés de la población con utilización adecuada de los servicios, recursos existentes y reivindicaciones laborales no resulta sencillo; diversificar la **oferta horaria** aumentaría sin duda la accesibilidad de la población (principalmente aquella con actividad laboral), pero requiere de aumento de recursos, no es bien aceptada por la mayoría de los profesionales y no garantiza el uso adecuado de los servicios. Habría que buscar fórmulas imaginativas que den respuesta a esta demanda.

El uso excesivo de los servicios de urgencias no es discutido, pero pensar que se solucionaría con la mayor accesibilidad horaria de los Centros de Salud parece que es simplificar en exceso el tema ya que siempre continuarían teniendo mayor accesibilidad los servicios de urgencias (elección total de hora, ausencia de cita previa, pruebas complementarias...).

- **Corrección de listas de espera:** sin tratar de profundizar en este tema (tiene múltiples connotaciones que sobrepasan este documento), sí se trata de una demanda de la población. Adecuar los recursos, tanto humanos como materiales, a las necesidades existentes parece la principal actuación necesaria, pero sin olvidar otros cambios necesarios para solucionar los demás factores implicados (medicina defensiva, presiones de la población, escasa resolución definitiva de problemas...).

10. CONSIDERACIONES FINALES

Aunque en cada apartado se han expuesto sus posibles soluciones de forma específica, creemos oportuno a modo de resumen, exponer de forma global unas conclusiones, derivadas de la necesaria implicación de los protagonistas: sociedad-pacientes, profesionales sanitarios y administración:

- Parece obligado potenciar desde todos los ámbitos la educación en valores, en el sentido común, y en el respeto y la tolerancia por las diferencias. Hay que implicar de forma específica a padres, educadores, y sobre todo medios de comunicación, para informar de forma acorde y rigurosa, y **favorecer el uso racional y solidario del sistema sanitario público**. Debe imperar el **sentido común** en pacientes, profesionales y administradores.
- Aceptando las propias limitaciones personales, es preciso **completar la formación** en muchos aspectos que por novedosos o complicados resultan insuficientes tanto en el aspecto de contenidos puramente técnicos como en el de habilidades y destrezas: adolescentes, adicciones, violencia doméstica, inmigrantes, nuevas tecnologías, sistemas de información, etc...
- De igual forma hay que complementar la actividad asistencial con el desarrollo de **planes de prevención integrales**, así como de **actividades comunitarias y de promoción y educación para la salud**, siempre con la implicación de otros profesionales y sobre todo de los colectivos afectados.
- Por todo ello se hace necesario desde la Administración Sanitaria establecer los medios necesarios que hagan posible todo lo hasta aquí recogido priorizando las actuaciones más eficientes: **adecuar los recursos humanos y materiales**; reorganizar agendas, listados y sistemas burocráticos para disponer del tiempo y del espacio necesarios; favorecer y facilitar las relaciones entre los protagonistas y aquellas instituciones implicadas evitando los malentendidos, las duplicidades y sobre todo la yatrogenia, para así evitar el uso inadecuado de los recursos sanitarios limitados.

Creemos que la solución a todos los retos planteados en este documento, pasa por dar un **nuevo impulso a la Atención Primaria**. Dada la naturaleza de estos desafíos, la respuesta debe ser multifactorial y multidisciplinar, y debe comprender medidas de carácter económico y organizativo que permitan recuperar y desarrollar completamente el carácter integrador e integral de la Medicina de Familia.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodrigo M, Moreno JM, Hernández R, Solano M. Trastornos de la conducta alimentaria. Medicine. 2003; 8 (116): 6217-6224.

2. Ruiz Lázaro PJ. Prevención de los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria: un reto para la atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 32 (7): 403-9
3. Aguilar ME, Sagrado J, Heras G, Estévez JC, Linares ML, Peña E. Atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario en un Equipo de Atención Primaria: identificando oportunidades de mejora. *Aten Primaria* 2004, 34 (1): 26-31
4. Jiménez R. La medicina de familia y la adolescencia. *Aten Primaria* 2003; 32 (10):555-556
5. Pla Corrons C. Relación padres-hijos en la adolescencia. *FMC*.1999;6 (3): 143-148
6. Jarabo Y. Val FJ. La entrevista clínica con adolescentes. *FMC*.1995.2 (8): 455-465.
7. Zwart Salmerón, Fradera Villalta M, Solanas Saura M, González Pastor P, Adalid Vilar C. Abordaje de la osteoporosis en un centro de Atención Primaria. *Aten Primaria* 2004; 33: 183-187
8. Espallargues M, Estrada MD, Sampietro-Colom L, Granados A. Cribado de la osteoporosis en las personas mayores. *Med Clin (Barc)* 2002; 116 (Supl 1): 77-82.
9. Grupos terapéuticos y Principios activos de mayor consumo en 2002 en el S.N.S durante 2002. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2004; 28 (2): 50-53
10. Cabasés Hita JM, Carmona López G, Hernández Vecino R. Incidencia, riesgo y evolución de las fracturas osteoporóticas de cuello de fémur en las mujeres en España, a partir de un modelo de Markov. *Med Clin (Barc)* 2000; 114 (Supl 2): 63-7
11. López García-Franco A, Alonso Coello P, Bailón Muñoz E, Landa Goñi J, Fuentes Pujol M, Ojuel Solsona J. Actividades preventivas en el climaterio. *Aten Primaria* 2003; 32(Supl 2): 121-42
12. Grupo MBE Galicia, integrado en la Red Temática de Investigación sobre Medicina Basada en la Evidencia. Osteoporosis. *Guías Clínicas, Fistera.com* [en línea] 2003 [3-Nov-2004]; 3 (44). URL disponible en :www.fisterra.com/guias2/osteoporosis.htm
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of osteoporosis. A national clinical guideline. *SIGN* [en línea] 2003 [3-Nov-2004]; URL disponible en: www.show.scot.nhs.uk/sign/guidelines/fulltext/71/index.html
14. Martínez MV, Fernández O. *Malos tratos: detección precoz y asistencia en Atención Primaria*. Barcelona: Ars Médica; 2004
15. Ortiz MD, Muñoz F, Martín ML, Río J. Detección de violencia doméstica en Atención Primaria: ¿qué sabemos de las víctimas?. *Medicina de Familia (And)* 2004; 2: 12-19.
16. Fernández MC, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, García J, et al. Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la

- Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Violencia Doméstica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003
17. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 1): 182-188
 18. Ruiz-Pérez, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 2): 4-12
 19. Raya L, Ruiz I, Plazaola J, Brun S, Rueda D, García de Vinuesa L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria* 2004; 34 (3): 117-127.
 20. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2000.
 21. La Atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Documento SemFYC (nº 17). Barcelona 2002.
 22. Atención a inmigrantes. Curso Actualización en Atención Primaria de Salud (CAAPS) 2004-5. Cuaderno nº 3.
 23. Gargantilla Madera, P. Manual de atención a inmigrantes. Ed. Ergon. Madrid, 2003.
 24. Berra S et al. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios de la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, mayo 2004.
 25. Irigoyen Sánchez-Robles J. "La sociedad ansiosa". *FMC* 2004; 7 (11):371-372.
 26. Ruiz Moral R, Prados Torres D, Cabrera Rodríguez JM. "La voz de los pacientes: mejorando el entendimiento entre médicos y pacientes". *Aten Primaria* 2004; 3 (6): 277-278.
 27. González Blasco P. "De los principios científicos para la acción: el idealismo práctico de la medicina de familia". *Aten Primaria* 2004; 3 (6):313-322.
 28. Grupo de Trabajo de Salud Mental de la SEMG. Manual de Habilidades en Salud Mental para Médicos Generales, pag :9-33; pag 301-306. Madrid 2003
 29. Casajuana Brunet J, Bellón Saameño JA. Gestión de la consulta en Atención Primaria. En. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Aten Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (5ª edición), Barcelona: Doyma; p 2003.102-104.
 30. Camarera Soler F, Mira Sanz E et al. El uso del teléfono en los centros de salud. *Semergen* 2003;29(3):157-63.
 31. Gamboa Antiñolo F et al. Un nuevo modelo para la asistencia a los pacientes multiingresados. *Rev Clin Esp* 2002; 202 (4):187-96.
 32. Jeffrey L. Brown. *Pediatría por teléfono. Principios, selección y consejos* (Segunda edición). JR Prous (1995).

33. Ribera Pibernat M, Peñas PF, Barco nebreda L. La teledermatología hoy. *Piel* 2001;16: 225-237.
34. Mayoral Benito R. Salud e internet: condenados a entenderse. *Revista Farmacia profesional* 2001; 25-27.
35. Segura de la Morena J, Campo Sien C, Roldán Suárez C y Ruilope Urioste LM. Control de la presión arterial domiciliaria a través de la telemedicina. *Hipertensión* 2004; 21 (2): 71-7.
36. Marimón S. El progreso de los sistemas de información asistenciales. *Revista de Calidad Asistencial* 2004; 17 (3): 133-135.
37. Rodríguez de Castro C, Ordóñez AJ, Navarrete P, Gómez Jiménez FJ, Castillo MJ. Aplicación de la telemedicina al control de enfermedades crónicas: telecontrol de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Med Clin* 2002; 119: 301-303.
38. Fernández E. Internet y Salud Pública. *Gac Sanit* 1998;12:176-181.
39. Amengual Pliego M. Información científica, internet y nuevas tecnologías. *Semergen* 2004; 30 (1): 1-3.
40. Soler-González J, Riba Torrecillas D, Rodríguez-Rosich A, Santafé Soler P, Buti Solé M. Aplicaciones de la tecnología digital en la medicina rural. *Semergen* 2004; 30(4): 175-9.
41. Ramos Martínez A, Asensio Vegas A, de la Serna Fernández de Córdoba JL. Consultorios médicos por internet: principales motivos de consulta y diferencias con la Atención primaria. *Rev Clin Esp* 2004; 204: 198-201.
42. Martínez Sánchez A, Pérez Pérez M. La gestión interorganizativa de la tecnología: el caso de la telemedicina en España. *Gac Sanit* 2000; (supl 1): 5-31.
43. García Barbero M. telemedicina en Europa. Ponencia presentada en las «Jornadas de Tecnologías de la Información aplicadas a la Gestión Sanitaria». Albacete, 11 y 12 de noviembre de 1999. Head of the WHO European Centre for Integrated Health Care Services. *Gestión Hospitalaria*. 2000; 11 (1): 43 - 45
44. Fernando A. Alonso López FA, Cristos CJ, Burgos Larumbe A, et al. Informatización en Atención Primaria. Documento Semfyc 1998.
45. Espinosa Almendro JM, Benítez del Rosario MA, Pascual López L, Duque Valencia A. Modelos de organización de la Atención Domiciliaria en AP. Documento Semfyc.
46. Alonso Roca A, Bertral López C, García Burriel L, Fajardo Alcántara A, Martín-Carrillo Domínguez P, Ornia Rodríguez S, Reguant Fosas M, Vela Cordón P. El médico rural: una visión mirando al futuro. Documento Semfyc.
47. Internet revolucionará la práctica médica cotidiana en el siglo XXI. Huerta A. *Diario Médico*. Martes, 25 noviembre de 1997.

48. López Meneses E, Ballesteros Regaña C. Los recursos telemáticos: nuevas posibilidades de formación e investigación para los profesionales de la intervención educativa.. Documento de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.
49. Ávila de Tomás JF, Salas Dueñas R, García González M. Internet y medicina de familia buscadores: un buen recurso para iniciar la búsqueda en Internet. Documento de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.
50. Maestre JM. Control de calidad en cirugía mayor ambulatoria. Rev Esp Anesthesiol. Reanima. 2000; 47: 99-100.
51. Caballero Martínez F, Gómez Martín O. Cirugía en Atención Primaria. En. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (5ª edición), Barcelona Doyma 2003.(1551-1579).
52. De la Torre A, Rubial M. anestesia en cirugía ambulatoria. Criterios de alta hospitalaria. Anales del Sistema Sanitario de Navarra vol 22 (supl 2). En www.cfnavarra.es
53. Suárez R, De Eusebio E, López E. Complicaciones agudas en cirugía dermatológica. Piel 1995; 10: 383-386.
54. Ramos Ballesteros P, Blanco Prieto RM, González Muñoz. Revisión y actualización de los protocolos de enfermería en una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Cir. May. Amb. 2003; 8 (2): 108-109.
55. Ruíz de Aldana JC, Fuerte Ruiz S, López herrero J, Lucas Martín J, Moreno Azcoitia M. Cirugía de corta estancia: análisis prospectivo de 2560 procedimientos consecutivos. Cir Esp 1997; 61:171-174.
56. Atención Sanitaria al alta hospitalaria. En Cartera de servicios de Atención Primaria 2003 del servicio andaluz de Salud.
57. Instrucciones para después de la cirugía menor ambulatoria. En guías Fisterra en www.fisterra.com
58. “Vías clínicas en Cirugía Mayor Ambulatoria”. Documento de la Asociación Española de Cirugía mayor ambulatoria (ASECMA).
59. “Resultados de un programa de cirugía Mayor Ambulatoria”. Documento de la Asociación Española de Cirugía mayor ambulatoria (ASECMA).
60. “La ASECMA desde sus orígenes”. Documento de la Asociación Española de Cirugía mayor ambulatoria (ASECMA)
61. Subías PJ, Perula L, Moreno J, Martín-Rabadán M, Llergo A, Iglesias M, et al. Encuesta a la población para valoración y conocimiento de su percepción sobre actividades preventivas. Aten Primaria 2003; 32 (Supl 2): 5-14.

62. Robledo T, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M, Córdoba R. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria* 2003; 32 (Supl 2): 30-44.
63. Subías PJ, Perula L, Moreno J, Martín-Rabadán M, Llergo A, Iglesias M, et al. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud. Evaluación 2001. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria; 2002.
64. Cutiño JC. ¿Prevenir mejor que curar? *Medicina de familia (And)* 2001; 2: 205-207.
65. Martín-Zurro A. Prevención y promoción de la salud en las consultas de atención primaria: apuntes sobre su pasado presente y futuro. *Aten Primaria* 2004; 33: 295-296.
66. Astray Coloma L. La intervención comunitaria en la encrucijada. *Aten Primaria* 2003; 32 (8): 447-50
67. Aguiló Pastrana E, López Martín M, Siles Román D y López Fernández LA. Las actividades comunitarias en atención primaria en España. Un análisis a partir de la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP). *Aten Primaria* 2002; 29 (1): 26-32.