

MESAS

Médico de urgencias: médico de familia, área de capacitación o una nueva especialidad

Moderador:

P. Arnillas Gómez

Médico de familia. Título propio de especialista universitario en medicina de urgencias. Universidad de Valladolid. Coordinador del Grupo de Urgencias de la Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria (socalemFyC). Miembro del Grupo de Trabajo de Urgencias y de Atención Continuada (GUAC) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFyC).

Ponentes:

M.A. Castro Villamor

Médico de familia. Doctor en Medicina. Tutor hospitalario de Medicina de Familia y Comunitaria. Especialista Universitario en Urgencias y Emergencias por la Universidad de Valladolid. Certificado en Medicina de Urgencias y Emergencias por la SEMES. Miembro del Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la semFyC y de socalemFyC. Médico del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

V. Casado Vicente

Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria.

J. Montero Pérez

Médico de familia. Doctor en Medicina. Certificado en Medicina de Urgencias y Emergencias por la SEMES. Subdirector médico de Hospitalización, Urgencias y Críticos del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y secretario de Formación de la SEMES.

A. Caballero Oliver

Médico de familia. Coordinador del grupo de trabajo de urgencias y atención continuada (GUAC) de semFyC. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital General Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Medicina de urgencias y emergencias y medicina de familia. ¿De dónde partimos y hacia dónde vamos?

M.A. Castro Villamor

¿De dónde partimos?

En la sociedad actual se demanda una solución rápida, eficaz y eficiente a los problemas de salud, y tanto por su trascendencia social como por la cantidad y gravedad de los procesos, la atención a las urgencias y emergencias sanitarias constituyen uno de los pilares centrales de todo sistema sanitario.

Se entiende como patología urgente toda aquella que en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia inmediata, y como patología emergente aquella condición urgente que pone en peligro la vida del paciente o la función de algún órgano. Así entendida, la demanda asistencial se produce en todos los niveles de atención del sistema sanitario, tanto a nivel de atención primaria (en la consulta habitual o en el domicilio y en los puntos de atención continuada), como a nivel hospitalario y en “la calle” donde los dispositivos de emergencia extrahospitalarios prestan la asistencia con unidades móviles medicalizadas.

En la última década en España, y en todas las comunidades autónomas, se ha producido un incremento constante en la demanda de asistencia urgente tanto en los servicios de urgencias hospitalarios como en los de atención primaria. Las urgencias hospitalarias han aumentado en más del 50% en la última década y las urgencias en atención primaria cerca del 70%, sin que se haya incrementado el porcentaje de derivaciones desde las urgencias de atención primaria a las urgencias hospitalarias que se sitúa en torno al 4,1%. El aumento progresivo de la demanda asistencial urgente es un hecho global que se da en todos los países del mundo. En los países desarrollados la progresiva expansión de las grandes urbes y la despoblación de los pequeños núcleos rurales podrían ser un factor clave, previéndose que en el año 2007 la población mundial en áreas urbanas sobrepase a la población mundial en áreas rurales por primera vez en la historia. Otro factor determinante es el rápido envejecimiento poblacional, así en el año 2050 se prevé que el número de individuos mayores de 60 años sobrepase al de menores de 60 años. Estos cambios los condicionarán la epidemiología de la enfermedad y los accidentes (tabla 1). Además el crecimiento poblacional, la degradación ambiental, los riesgos tóxicos e infecciosos y la pobreza contribuirán a aumentar el número de catástrofes producidas por el hombre a las que se han de sumar las catástrofes naturales.

Todos los problemas del modelo sanitario repercuten en un aumento de la demanda asistencial urgente: listas de espera, excesiva consulta a demanda en atención primaria, disminución de estancias hospitalarias por falta de camas, demora en pruebas diagnósticas, etc. La accesibilidad de los servicios de urgencias tanto hospitalarios como extrahospitalarios y la cultura de la inmediatez influyen también en el aumento de la demanda. Así el 80% de los casos el paciente acude por iniciativa propia y el 70% de los procesos por los que acuden son considerados leves. Por último reseñar que programas de televisión como Chicago Hope, Emergency Room (Urgencias) u Hospital Central han favorecido una imagen parcial y sesgada de la atención a las urgencias y emergencias y han transmitido a la sociedad una imagen que no se ajusta a la realidad y que en algunos casos puede crear falsas expectativas en los pacientes a la hora de solicitar asistencia urgente.

TABLA 1 Patologías más frecuentes a nivel mundial en 1990 y su proyección estimada para el año 2020

Patología	1990	2020 (Proyección)
Infecciones tracto respiratorio inferior	1	6
Procesos diarreicos	2	9
Problemas perinatales	3	11
Depresión	4	2
Cardiopatía isquémica	5	1
Enfermedad cerebrovascular	6	4
Tuberculosis	7	7
Sarampión	8	25
Accidentes de tráfico	9	3
Malaria	11	24
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	12	5
Heridos por guerras	16	8
Violencia	19	12
Sida/VIH	28	10

Todo ello ha contribuido a que en nuestro país se realicen más de 40 millones de consultas urgentes al año y que cerca del 50% de la población acuda a un servicio de urgencias hospitalario anualmente. En Estados Unidos en el año 2003 se produjeron más de 113,9 millones de visitas a servicios de urgencias hospitalarios, ingresando el 14% de los pacientes, el 1,3% en unidades de cuidados intensivos (datos del National Center for Health Statistics del Centers for Disease Control and Prevention).

En el mundo hay dos grandes modelos organizativos de la atención a las urgencias y emergencias, el modelo anglo-americano y el franco-germano. En el modelo anglo-americano desarrollado en Estados Unidos, Reino Unido, Australia y Canadá se establece y reconoce la especialidad de medicina de urgencias como una especialidad médica independiente. En este modelo el manejo inicial de los pacientes urgentes y emergentes a nivel extrahospitalario lo realizan técnicos (o paramédicos) que trasladan al paciente a los servicios de urgencias hospitalarios. Algunos países que siguen este modelo son: Costa Rica, Estonia, Hong-Kong, Hungría, Israel, Jordania, Nicaragua, Filipinas, Singapur, Corea del Sur, Taiwán y Turquía. El modelo franco-germano no reconoce la medicina de urgencias como una especialidad médica independiente. En este modelo el médico y la tecnología se llevan al lugar donde se produce la emergencia para proporcionar al paciente el mayor nivel de cuidados posible. Los médicos que acuden a las emergencias son especialistas que se desplazan desde el hospital, en muchos casos anestesiistas. Diversos países siguen este modelo como Alemania, Austria, Eslovenia, Finlandia, Francia, Noruega, Portugal, Rusia, Suecia y Suiza.

En nuestro país está desarrollado el modelo franco-germano pero con grandes peculiaridades en la asistencia extrahospitalaria que le hacen único. Además, existen diferencias organizativas significativas en la atención a las urgencias y emergencias en relación con cada una de las comunidades autónomas. Las urgencias hospitalarias son bastante homogéneas en todo el país y un dato revelador de su importancia en el sistema sanitario es que en el año 2001 el 70% de los pacientes ingresados en los hospitales del Insalud habían tenido acceso a través de los servicios de urgencias hospitalarios. Suelen ser servicios independientes con un coordinador específico. En Andalucía las urgencias hospitalarias son secciones del servicio de cuidados intensivos y el jefe de servicio de éste es el de urgencias. Para las emergencias extrahospitalarias se han establecido UMEs (son UVIs móviles) para la atención "in situ" en todas las comunidades y un centro coordinador de urgencias y emergencias por cada comunidad autónoma que regula los recursos asistenciales basándose en la adecuación de la respuesta a la demanda mediante una valoración médica telefónica. Estas UMEs suelen tener una gerencia propia y depender de atención primaria, aunque en algunas zonas depende de servicios de urgencias hospitalarios o incluso de fundaciones creadas a tal efecto. Sin embargo, en algunas comunidades autónomas, es cada vez más frecuente que a los centros de salud se les dote con una ambulancia equipada con material para atender urgencias y emergencias y un técnico conductor, y que en caso de tener que asistir a un paciente sea el médico del centro de salud el que medicale la ambulancia.

La atención continuada de los centros de salud es la que responde en el primer nivel asistencial a la demanda urgente. Lo más habitual es que el médico de familia atienda las urgencias en su centro de salud en horario laboral. El resto del tiempo se cubre con guardias de presencia física, en el centro de salud o en lugares diseñados para ello como los puntos de atención continuada (PAC). Esta labor la realiza el médico de familia o médicos contratados a tal efecto. Además existe el servicio normal de urgencias que también atiende urgencias en atención primaria.

Actualmente los profesionales sanitarios que trabajan en la atención urgente y emergente están inmersos en un proceso de consolidación de empleo (Orden de 4 de Diciembre de 2001) donde se prevén dos categorías profesionales bien diferenciadas. La categoría de médico de urgencias hospitalarias y la categoría de médico de urgencias en atención primaria. Los médicos de urgencias hospitalarias tienen unas funciones bien definidas que están previstas en el artículo 2 del Real Decreto 866/2001 de 20 de Julio, por la que se crea la categoría y modalidad de médico de urgencias hospitalarias en el ámbito de las instituciones sanitarias del antiguo INSALUD. Actualmente sólo algunas pocas comunidades autónomas han desarrollado este Real Decreto. El caso de los médicos de urgencias en atención primaria es más complejo y los puestos a los que se puede acceder en esta categoría profesional serían los de los centros coordinadores de urgencias, los de las unidades móviles de emergencias (UME) y las de los servicios de urgencias de atención primaria (SUAP).

¿Hacia dónde vamos?

La medicina de urgencias y emergencias se puede definir como el área de la medicina que comprende el conocimiento, diagnóstico y el tratamiento de la patología urgente y emergente. Así entendida, la medicina de urgencias ha experimentado un desarrollo espectacular en la última década, propiciada por el incremento continuo de la demanda, la mayor capacitación científico-técnica de los médicos que se dedican a este campo asistencial y el impulso de las instituciones sanitarias que ha logrado desarrollar en pocos años una gran estructura asistencial (centros coordinador, unidades móviles de emergencias, etc.) para cubrir las emergencias extrahospitalarias.

Parece claro que hay que disponer de médicos a tiempo completo preparados para atender inicialmente a las urgencias y emergencias tanto en el hospital como a nivel extrahospitalario, y que la demanda asistencial va a ser cada vez mayor y probablemente más compleja. Estos profesionales deben tener una sólida formación científico-técnica y disponer de un trabajo estable y adecuado a la normativa vigente.

En este marco el médico de familia tiene bajo su responsabilidad un buen número de las atenciones urgentes y emergentes que se desarrollan a diario en nuestro país. La asistencia urgente ordinaria que se desarrolla durante el horario laboral en las consultas (o domicilio), las guardias en el centro de salud (urbano o rural) tras la jornada laboral ordinaria, la asistencia en los puntos de atención continuada del sistema sanitario o el servicio normal de urgencias son realizadas por médicos de familia. Por otra parte, en los últimos años un importante número de médicos de familia se han incorporado a las plantillas asistenciales de los servicios de urgencias hospitalarios, destacando que de las últimas promociones de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria más de un 70% están trabajando en distintos ámbitos de las urgencias y emergencias tanto hospitalarias como extrahospitalarias. Recientes estudios confirman que la incorporación de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria a los servicios de urgencias hospitalarios se acompaña de un aumento de la efectividad y la calidad de la asistencia siendo esta intervención coste-efectiva. A la vista de esta realidad el nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria prevé el aprendizaje del manejo diagnóstico y terapéutico inicial de las urgencias, tanto médicas, quirúrgicas como traumatológicas, que se atienden en un centro de salud para considerar al residente de Medicina Familiar y Comunitaria como apto. Además prevé otros dos niveles: destacado, para el abordaje de las urgencias en un primer nivel en el hospital, y un nivel de experto, para el manejo de las urgencias en la zona de críticos del hospital.

En este contexto hay una serie de circunstancias que hacen que se plantee la necesidad de desarrollar la medicina de urgencias y emergencias de una forma más reglada. La existencia de una demanda asistencial y social, la ausencia de una especialidad reconocida, que trate de manera integral y específica al paciente que demande una primera asistencia urgente o emergente, la existencia de miles de profesionales que en la actualidad se dedican en España, de forma específica, a este tipo de asistencia, la existencia de competencias asistenciales delimitadas, de técnicas y procedimientos propios, de campos de investigación específicos y literatura científica propia hacen, entre otros, que actualmente se debata el futuro de las urgencias y emergencias y se esté decidiendo en estos momentos el camino a tomar.

Las posibles vías de desarrollo de la medicina de urgencias y emergencias son: la creación de una nueva especialidad (asociada o no al desarrollo de la troncalidad) o la creación de un área de capacitación específica.

Lo primero que debe consensarse son los puestos de trabajo a los que optarían los profesionales de la nueva especialidad o área de las urgencias y emergencias. Si tomamos como referente lo que ocurre a nivel internacional, en los países donde existe la especialidad de medicina de urgencias (emergency medicine) ésta se desarrolla en un ámbito exclusivamente hospitalario (Tabla 2), lo que en nuestro país conocemos como médico de urgencias hospitalarias. Por el propio desarrollo del modelo anglo-americano no existen médicos dedicados a las urgencias extrahospitalarias en unidades de soporte vital avanzado y las urgencias ambulatorias las tratan los médicos de familia. Lo que si se ha desarrollado en algunos de estos países como Estados Unidos son subespecialidades de la especialidad de medicina de urgencias como las llamadas: disaster medicine, toxicology o pediatric emergency medicine.

No cabe duda que la categoría de médico de urgencias hospitalarias (ya desarrollada) sería el perfil ideal, pero no está tan claro si debería afectar o no a las urgencias extrahospitalarias. Es evidente que dentro de la labor asistencial habitual del médico de familia está el atender las urgencias y

TABLA 1 Países que tienen reconocida la especialidad de medicina de urgencias.

País	Año reconocimiento especialidad
Australia	1981
Bélgica	1990
Bosnia	1996
Bulgaria	1999
Canadá	1980
China	1995
Corea del Sur	1993
Costa Rica	1994
Estados Unidos	1973
Estonia	1999
Filipinas	1991
Gran Bretaña	1986
Hong Kong	1983
Hungría	1992
Israel	2001
Jordania	1996
Nicaragua	1998
Singapur	1984
Taiwán	1994
Turquía	1994

emergencias que ocurren en su ejercicio profesional, y para ello se prepara a los nuevos residentes de esta especialidad como queda claramente reflejado en el nuevo programa de la especialidad ya vigente. Los profesionales que realizan su labor asistencial en los SUAP y puntos de atención continuada son médicos de familia y la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria capacitará para desempeñar con una elevada cualificación científico-técnica esta labor. Por otra parte, los médicos que trabajan en las UMEs y los centros coordinadores son, en buena parte, médicos de familia. Así se reconoce en el actual proceso de consolidación de empleo donde en la categoría profesional de médico de urgencias de atención primaria se valora substancialmente el poseer la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Por lo tanto deben de ser las sociedades científicas y la administración sanitaria las que tienen que consensuar los puestos de trabajo a los que afectaría el desarrollo de una nueva área o especialidad antes de seguir adelante, teniendo en cuenta que el modelo asistencial a las urgencias y emergencias de nuestro país no es extrapolable a ningún otro y que existen significativas diferencias organizativas entre las distintas comunidades autónomas.

La Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) prevé el desarrollo de áreas de capacitación específica. Así se prevé la posibilidad de desarrollar un área de capacitación específica de Urgencias y Emergencias constituida en el ámbito de las especialidades médicas de Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Medicina Intensiva, Anestesiología y Reanimación y Cirugía General y de Aparato Digestivo. Para acceder a esta área de capacitación sería preciso ser especialista en alguna de las especialidades citadas y acreditar al menos cinco años de ejercicio profesional en la especialidad. La duración del periodo formativo no podrá ser superior a 2 años en los que se desarrollaría una formación programada específica con actividades asistenciales y docentes/disciplinarias, así como una evaluación de la competencia profesional al final del periodo formativo.

La otra posibilidad es la creación de una nueva especialidad en Medicina de Urgencias y Emergencias independiente. Para ello la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES) ha desarrollado una propuesta de programa docente de la especialidad basado en un cuerpo doc-

trinal fundamentado en 7 módulos donde se recogen la actividad asistencial, docente e investigadora, así como las funciones de gestión. La especialidad se desarrollaría durante un periodo de 4 años.

Existe también la visión de que en el caso de que se decida desarrollar la especialidad de Urgencias y Emergencias éste debería correr en paralelo con el desarrollo de la troncalidad. Esta opinión se sustenta en la transversalidad de esta nueva especialidad al nutrirse su cuerpo doctrinal de muchas especialidades médico-quirúrgicas y de Medicina Familiar y Comunitaria. Así podría ser parte integrante de un tronco común a varias especialidades los dos primeros años para los dos o tres años siguientes centrarse en las competencias específicas de la especialidad.

Las distintas posibilidades son viables presentando cada una sus ventajas e inconvenientes que serán tratadas en las siguientes ponencias, pero se precisa de un amplio debate y de consenso entre las sociedades científicas y la administración sanitaria para que la decisión que se tome sea la mejor para nuestro sistema sanitario, nuestros profesionales y por ende para nuestros pacientes.

Bibliografía

- Alagappan K, Holliman CJ. History of the development of international emergency medicine. *Emerg Med Clin N Am.* 2005;23:1-10.
- Arnold JL, Della Corte F. International emergency medicine: recent trends and future challenges. *Eur J Emerg Med.* 2003;10:180-8.
- Arnold LK, Fernández WG, Altman RS. Hot topics in international emergency medicine. *Emerg Med Clin N Am.* 2005;23:57-83.
- Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de Formación de Especialistas: Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid 2005. <http://www.mcs.es/profesional/formacionSanitariaEspecializada/guiasFormacion/pdf/medifamiliar.pdf>
- Doney MK, Macias DJ. Regional highlights in global emergency medicine development. *Emerg Med Clin N Am.* 2005;23:31-44.
- Jiménez S, de la Red G, Miró O, Bragulat E, Coll-Vinent B, Senar E, Asenjo MA, Salmerón JM, Sánchez M. Efectividad de la incorporación de un médico especialista en medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin (Barc).* 2005;125:132-37.
- Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE nº 280.
- Rainer TH. Emergency medicine – the specialty. *HKJM.* 2000;6:269-75.
- Real Decreto por el que se establecen las áreas de capacitación específica de las especialidades médicas. Madrid. Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación, Cultura y Deporte, 2002.
- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Urgencias sanitarias en España: Situación actual y propuestas de mejora. Granada 2003.

Médico de urgencias y emergencias: ¿área de capacitación desde la especialidad de medicina familiar y comunitaria?

V. Casado Vicente

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria contempla como área de conocimientos propios la Atención a las Urgencias y ha sido especialmente cuidadosa en su diseño en el nuevo programa de la especialidad, recientemente aprobado en BOE (3 de mayo 2005).

El nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria define la atención a personas en situación de Urgencia y Emergencia como un área competencial específica del médico de familia, sea cual sea su ámbito de trabajo, tanto en Atención Primaria como en otros entornos laborales: Servicios de Emergencias extrahospitalarios y Urgencias de los Hospitales.

La formación pluripotencial del médico de familia debe capacitar a este profesional para atender a la persona como un todo, en su entorno y en cualquier situación, al menos en un primer momento, con garantías de calidad científico-técnicas.

El programa de la especialidad, para considerar al residente de medicina de familia apto, prevé el aprendizaje del manejo diagnóstico y terapéutico inicial de las urgencias médicas, quirúrgicas y traumatológicas que se atienden en un Centro de Salud. Como nivel destacado prevé el abordaje diagnóstico y terapéutico en un primer nivel de las urgencias médicas, quirúrgicas y traumatológicas atendidas en un hospital y como nivel de experto el manejo diagnóstico y terapéutico en zona de críticos de las urgencias médicas, quirúrgicas y traumatológicas atendidas en un hospital. En los últimos años la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria ha hecho un especial esfuerzo formativo de residentes para solucionar y

abordar la demanda que de estos profesionales se hacía desde otros ámbitos diferentes a los de la Atención Primaria. Así muchos de nuestros profesionales se han incorporado a los servicios de emergencias de todo el país y a las puertas de Urgencias de los Hospitales con excelentes resultados. Su incorporación ha supuesto una mejora de la atención clínica de los pacientes por la formación pluripotencial de estos profesionales y ha sido un perfil altamente demandado por los diferentes servicios de Urgencias y Emergencias de nuestro país.

Las especialidades médicas se definen tradicionalmente por cuatro conceptos:

- a) Campo de actuación diferenciado.
- b) Cuerpo de conocimientos propio.
- c) Paradigma de actuación.
- d) Orientación específica.

En el análisis de la Medicina de Urgencias bajo estas cuatro premisas nos encontramos que la Atención a las Urgencias está presente en todos los campos de actuación o niveles del sistema sanitario. Es decir está claramente presente en Atención Primaria (lugar donde pueden atenderse en primera instancia múltiples situaciones clínicas de urgencia), en las Emergencias, en las Urgencias de las “puertas de los hospitales” y en las diferentes especialidades de un Hospital.

Su cuerpo de conocimientos no es exclusivo, sino básicamente transversal y sí consta de un paradigma de actuación y una orientación específica, compartida asimismo por muchas especialidades.

Aún teniendo un campo de actuación propio esto no conlleva una creación de una especialidad. La pediatría de Atención Primaria es desempeñada por pediatras y no por esta razón se ha creado la “pediatría familiar y comunitaria”.

Pero además, el hecho de no tener un campo propio de actuación tiene claras connotaciones para la organización del sistema sanitario.

La incorporación de una especialidad que tiene un ámbito tan amplio de campos de actuación puede llegar a distorsionar el funcionamiento de los servicios sanitarios, a no ser que se defina que esta especialidad es “Urgencias Hospitalarias de puerta de Hospital” o ¿Se van a crear especialistas que asuman todas las Urgencias tanto de puerta como de planta? Y además en el ámbito de la Atención Primaria ¿Se van a crear especialistas que atiendan las Urgencias de Atención Primaria y se va a disgregar y fragmentar la atención? ¿En las ambulancias no medicalizadas ya no van a acompañar a los pacientes los médicos de familia, si hay que hacer un traslado? El sistema que no está ampliando el número de médicos de familia hasta los niveles que se precisan, ¿Va a dotar especialistas en Urgencias en todos los niveles?

Es una evidencia además que a partir de cierta edad muchos compañeros médicos optan por la exención de guardias. Evidentemente a los médicos de Urgencias este derecho se les va a prohibir, porque sino ¿qué destino se les da? ¿se duplican las plantillas? o ¿se les desplaza a trabajar a Atención Primaria?, creando otro “doloroso” proceso de homologación para el sistema sanitario y sus profesionales y compitiendo con profesionales que sí están formados para trabajar en Atención Primaria.

No existe esta especialidad en Directiva Europea 93/16/CE y eso dificulta el objetivo de libre circulación en Europa y hace pensar en su pertinencia, la existencia de ésta, limitada a muy pocos países de los 25.

Por último, parece muy contradictoria la creación de nuevas especialidades, teniendo aprobada y pendiente de desarrollo la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias que prevé la creación de troncos y la creación de áreas de capacitación específicas. Es decir su filosofía no es seguir compartimentalizando sino “sumar” especialidades que puedan beneficiarse las unas de las otras. En este tema, como en otros muchos, incrementar las sinergias de las especialidades médicas (medicina interna, medicina intensiva, pediatría...) y médico-quirúrgicas (traumatología, cirugía...) tiene un claro beneficio formativo y puede además hacer mucho más coligado y permeable el sistema sanitario y permitir, mediante puentes de capacitación, los flujos de los profesionales dentro del sistema, con claros impactos para el desarrollo profesional y por supuesto para la motivación de los profesionales sanitarios.

Por lo tanto la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y más con su nuevo programa debe capacitar a los Médicos de Familia en el abordaje del paciente en situación de Urgencia e indefectiblemente en todas aquellas circunstancias que se producen en Atención Primaria y en muchas que se producen fuera de la Atención Primaria.

En el supuesto caso que se decida considerar dar mayor especificidad a la Medicina de Urgencias, se debe, por una parte, definir claramente su ámbito de actuación y, por otra parte, su desarrollo debe correr, indefectible-

mente, en paralelo con el desarrollo de la troncalidad y de las áreas de capacitación. En un desarrollo planificado y no a demanda, podrá establecerse como Área de Capacitación Específica dentro de una o varias especialidades en ciencias de la salud, si se considera que el estado actual de las especialidades no da respuesta a esta demanda y que para su desarrollo se precisa una competencia específica añadida. Por el momento consideramos que, al igual que otras especialidades, la Medicina de Familia ha dado respuesta a la necesidad y más aún ahora con la reciente puesta en marcha de su nuevo programa, que amplía el tiempo de formación y define un área competencial específica en su diseño.

Bibliografía

Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de Formación de Especialistas: Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid 2005.

<http://www.mcs.es/profesional/formacionSanitariaEspecializada/guiasFormacion/pdf/medifamiliar.pdf>

Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE nº 280.

Especialidad en medicina de urgencias y emergencias: una necesidad inaplazable de nuestro sistema público de salud

J. Montero Pérez

La Medicina de Urgencias y Emergencias (MUYE) es el área de la medicina constituida por conocimientos, habilidades y actitudes derivadas de buena parte de las disciplinas médico-quirúrgicas, concretamente aquellos/as que deben ser aplicados/as para resolver situaciones clínicas que no admitan demora.

En España hasta la década de los 80 la asistencia urgente y emergente se realizaba básicamente en la denominada “puerta” de los hospitales que era como se conocía a las áreas de urgencias de los centros hospitalarios y en menor medida por los médicos de Atención Primaria (avisos domiciliarios) y en los puntos de urgencia de este ámbito de asistencia (casas de socorro, dispensarios, etc.) donde básicamente se atendía patología banal siendo la derivación hospitalaria una norma habitual para aquellos casos de mayor complejidad. Hasta entonces los Equipos de emergencias aunque existentes en puntos concretos, no estaban extendidos universalmente en nuestro país.

Posteriormente, la asistencia urgente y emergente se ha ido desarrollando progresivamente de manera que se crearon las Unidades Funcionales de Urgencias y Servicios de Urgencias de Hospitales, una red universal de Equipos de Emergencias y los denominados Dispositivos de Urgencias prehospitalarios (con diversas denominaciones según el área geográfica considerada) además de que paralelamente, la denominada Atención Continuada se ha estructurado en los Centros de Salud de Atención primaria ofreciendo de esta manera una mayor cobertura asistencial a la población.

Este desarrollo de la MUYE ha ido paralela a la creciente actividad de la asistencia médica de urgencias tanto en nuestro país como en el entorno de los países de la Unión Europea. Solamente en nuestro país se estiman que se realizan 37 millones de actuaciones urgentes al año. El incremento del número de urgencias se acompaña de un incremento en su complejidad tanto por el envejecimiento de la población atendida como por la pluripatología de los pacientes y por la progresiva ambulatorización de la asistencia médica.

Tradicionalmente, la Medicina de urgencias y Emergencias ha sido realizada por profesionales que en unos casos, optaron vocacionalmente por este campo de la Medicina y en otros (y más recientemente) por diversos especialistas que no pudiendo optar a trabajar en el ámbito de su especialidad se vieron obligados a recalar en la MUYE como medio de subsistencia en tanto no consiguieran encontrar ofertas laborales en el campo de la medicina que eligieron y para el que específicamente fueron formados: su propia especialidad. De esta manera, los profesionales que actualmente realizan la asistencia urgente y emergente de nuestro país se han formado a base de sus propias experiencias con los pacientes (autoformación), complementadas con cursos de formación que en un principio eran escasos e impartidos por profesionales que en muchos casos eran ajenos a la MUYE, dando paso posteriormente, y con el impulso y amparo de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEME) a cursos más estructurados, con contenidos enfocados a la

MUYE e impartidos por los profesionales que día a día realizan la asistencia urgente y emergente. Estos cursos eran realizados por los profesionales con su propia financiación y las más de las veces en su tiempo libre ya que la penosidad laboral que clásicamente ha caracterizado a la asistencia urgente y emergente les impedía realizarlos en su horario laboral. Porque, a pesar de la complejidad que caracteriza a la Medicina de urgencias y Emergencias el único requisito que se exigía para trabajar en urgencias era estar en posesión del título de Licenciado en Medicina y Cirugía, licenciatura en cuyo contenido curricular la MUYE ha brillado por su ausencia. En este sentido, la creación por parte de SEMES de una certificación en Medicina de Urgencias y Emergencias ha impulsado la formación de estos profesionales motivándolos para que cubrieran sus déficit formativos en determinadas áreas de conocimientos. Su experiencia y autoformación constituye la base sobre la que asienta la calidad de nuestra asistencia urgente y emergente, como bien se puso de manifiesto en el terrible acontecimiento que supuso el atentado terrorista del 11-M en Madrid y que ha sido ensalzado por las Autoridades políticas y difundido por todos los medios de comunicación nacionales e internacionales. Sin embargo, las minicatatástrofes diarias que se producen en los SUH y que, a veces milagrosamente, se sacan adelante con el improbo trabajo de esos mismos profesionales no tienen eco en ninguna parte. Profesionales de urgencias que, por otra parte en el ámbito hospitalario, han sido los responsables de la formación en urgencias de la mayor parte de los médicos-residentes (MIR) que durante las dos últimas décadas se han formado en nuestro país.

Así pues, en los últimos años hemos asistido a un creciente desarrollo estructural, funcional, organizativo y de recursos materiales y humanos en la asistencia urgente y emergente de nuestro país, que fue espoleado por el Informe del Defensor del Pueblo de 1988 en el que se denunciaba las carencias de todo tipo de la Asistencia Urgente en España, fundamentalmente en los Servicios de urgencias de hospitales, y que ha ocasionado un importante salto cualitativo de la MUYE de nuestro país, si bien con un desarrollo desigual en las distintas comunidades autonómicas que lo constituyen. Así, hoy día existen Servicios de urgencias jerarquizados, una red Universal de Equipos de Emergencias y unos Dispositivos de urgencias prehospitalarios que en la actualidad están siendo dotados.

Por tanto, el médico de urgencias debe poseer una serie de conocimientos y habilidades técnicas básicas para el desempeño de su profesión, con dedicación a tiempo completo para garantizar de forma permanente el máximo grado de entrenamiento en las diferentes técnicas a emplear y de actualización de sus conocimientos. Ninguna especialidad de las actualmente reconocidas en España abarca el amplio abanico formativo que precisa un médico de urgencias para realizar en la actualidad una medicina de urgencias de calidad. El alto nivel de cualificación exigido, demanda una formación reglada e institucionalmente garantizada, durante un tiempo de formación que se estima en 4-5 años. En nuestro país, esta formación se denomina *especialidad* y la forma de acceder a ella es mediante el sistema MIR.

La creación de la especialidad en Medicina de Urgencias y Emergencias en España se debe a la necesidad de mejorar la calidad de la atención urgente prestada a los ciudadanos sea cual sea el punto donde éstos la demanden.

La pertinencia de la creación de la Especialidad en Medicina de Urgencias y Emergencias obedece a razones asistenciales, docentes y científicas:

Razones puramente asistenciales:

- La ausencia hasta la actualidad de una especialidad reconocida, que trate de manera integral y específica al paciente que demande una primera asistencia urgente o emergente en cualquier punto de la cadena asistencial. ¿Qué preferiríamos nosotros como pacientes? ¿Qué nos atendiera un especialista en Urgencias o un médico con cualquier otra especialidad que trabaja en Urgencias?
- La existencia de demanda social: más de 32 millones de pacientes demandaron asistencia sanitaria urgente en el año 1999 en España, que aumenta anualmente un 3,5-5%.
- El ciudadano a su vez demanda: calidad, eficacia y rapidez, todo lo cual pasa a su vez por una Formación, reglada y garantizada por las Instituciones pertinentes.
- La existencia de miles de profesionales que en la actualidad se dedican en España, de forma específica a este tipo de asistencia.
- La propia dinámica social implica soluciones a problemas puntuales, a cualquier hora, de cualquier día, que solo es capaz de absorber la medicina de urgencias.

Razones docentes y científico-técnicas:

- Existencia de un cuerpo doctrinal específico que constituye un campo separado de conocimiento, con aportaciones multidisciplinares (que fue entregado al Ministerio con fecha 23 de Enero de 2002, y que incluye los contenidos del programa de formación MIR en esta nueva especialidad).
- Es una Especialidad oficialmente reconocida en varios países occidentales, tanto europeos (Bélgica, Irlanda, Reino Unido) como no europeos (Estados Unidos, Canadá, Australia).
- Competencia asistencial delimitada que corresponde a la atención inicial de las situaciones urgentes y emergentes, en todos los eslabones de la cadena asistencial urgente, por profesionales dedicados a tiempo completo a la MUYE.
- Existencia de técnicas y procedimientos específicos de la MUYE (sistemas de clasificación de pacientes en urgencias (SET), asistencia y transporte sanitario de pacientes críticos en Unidades de Terapia Intensiva móviles terrestres y aérea, planificación, organización e implantación de dispositivos de riesgos previsibles, teleasistencia y telemedicina en urgencias, asistencia en catástrofes, coordinación y regulación médica, triaje (asistencia) a múltiples víctimas, etc.) y otras que, si bien no son exclusivos de la Medicina de Urgencias y Emergencias, su aplicación inmediata por parte del médico de urgencias en el propio lugar donde se requiera contribuye a una importante disminución de secuelas y de la mortalidad.
- Campo específico de investigación. Con multitud de trabajos de investigación financiados y tesis doctorales realizadas en este campo.
- Existencia de literatura científica propia y de foros nacionales e internacionales de debate científico. Revista Emergencias, Libros de autores que ejercen la Medicina de Urgencias que se utilizan en España y otros países de nuestro entorno, como por ejemplo el único libro básico de urgencias citado como recomendaciones bibliográficas en el nuevo Programa Docente de la Especialidad de MFYC.
- Existencia de Organizaciones nacionales (de Sociedades Científicas como la SEMES) e internacionales (como la Sociedad Europea de Medicina de Urgencias) que aglutinan a los profesionales dedicados a esta área del conocimiento.
- Evidencia de resultados de estudios de investigación que demuestran la eficacia y eficiencia de los profesionales de dedicados específicamente a la atención urgente frente a la atención urgente prestada por otros especialistas y por los médicos en formación, y por supuesto frente a la atención urgente prestada exclusivamente por médicos en formación.

Se ha esgrimido que la MUYE podría ser un Área de capacitación específica (ACE) que parta de otras especialidades. Esto tiene unos claros inconvenientes:

1. Para la organización, estructuración y funcionamiento de los servicios de urgencias:

- Existencia de plantillas inestables, con intereses profesionales diferentes y dispersos. Esto redundaría en una mayor ineficiencia de los servicios de urgencias.
- Se dedicarían a la MUYE aquellos especialistas que no encuentren salida laboral en el ámbito de su especialidad y que, sin duda, abandonarían la Medicina de Urgencias cuando esa salida sea posible, con una escasa implicación en la mejora continua de la calidad de la MUYE debido a su carácter de "transitoriedad" en ésta.
- La diversidad de "perfiles profesionales" obligaría a los responsables de los servicios a seleccionar qué parte de la labor asistencial puede desempeñar cada médico en función de sus capacidades (cuando lo ideal sería justo al contrario, que el perfil del médico se adecuara a la labor asistencial). Además cada especialista se decantaría por aquellos pacientes que más se asemejen al ámbito de su especialidad o de sus preferencias.
- La especialización permite una correcta planificación de los recursos, ya que establece cuantos profesionales se van a formar en esa especialidad. La ACE, al ser totalmente voluntaria, no garantiza los profesionales que necesita el sistema.

2. Para la formación de los profesionales:

- Sería un proceso de formación complejo y carente de uniformidad. Al poder acceder médicos de diferentes especialidades la formación no puede ser igual para todos ellos, lo que obligaría a diseñar distintos procesos formativos "a la carta" según cada especialidad.

- ¿Cuál va a ser el proceso formativo de los futuros médicos de urgencias por esta vía? Muy probablemente, la dificultad que tal vía entraña acabaría imponiendo en la práctica una estructura de formación dirigida más a “superar un trámite” o a “cubrir un expediente” que a capacitar realmente a los médicos para la función que deben desempeñar (como de hecho ha sucedido recientemente con otras “vías de acceso extraordinarias” de especialistas al margen del MIR). Además, ¿es razonable que los actuales médicos de urgencias, que demandan la creación de la especialidad vía MIR y que son conscientes de las desventajas que para la MUYE supondría la creación de un ACE, sean los docentes de los candidatos a ésta?
- “Dilapidación de recursos docentes”:
 - ¿Para qué formar a un médico especialista que después no va a poner en práctica la mayor parte de su formación? Por ejemplo, los conocimientos adquiridos por un cirujano durante su etapa de residencia apenas le servirían para atender a un pequeño porcentaje de las urgencias, mientras que la parte más compleja de su formación, las técnicas quirúrgicas, le sería inútil.
 - Muy posiblemente, muchos de los especialistas así formados “usarían” el servicio de urgencias para paliar una situación de paro en espera de otro puesto de trabajo más acorde con sus conocimientos y vocación. Según esta hipótesis, sería previsible una mayor rotación de médicos, con lo que se multiplicaría el esfuerzo formativo.
 - Derroche de recursos económicos. Como consecuencia de los derivados tanto de la formación de médicos en especialidades que al final no van a ejercer como de la formación de profesionales que sólo van a ejercer en urgencias de forma transitoria.
- ¿Cuándo realizarían su capacitación?:
 - ¿Durante el período MIR?: no es realista pretender que un médico que se va a formar en una determinada especialidad adquiera, al mismo tiempo, conocimientos ajenos a la misma “por si acaso” acaba trabajando en urgencias. Además, sería imposible que cumpliera en su totalidad el programa formativo de la especialidad que voluntariamente ha elegido y simultáneamente el amplio programa de formación en urgencias.
 - ¿Una vez terminado el período MIR y como paso previo a trabajar en los servicios de urgencias?: supondría prolongar excesiva e innecesariamente el período de formación. Así, suponiendo que la formación se prolongara durante unos dos años, un especialista necesitaría entre 6 y 7 años de formación antes de poder trabajar en urgencias.
 - ¿Al mismo tiempo que se desempeña una labor profesional en los servicios de urgencias, una vez formados como especialistas de otras disciplinas?: se asume que los profesionales van a ser “incompetentes” para determinadas funciones hasta que se formen adecuadamente.

3. Para la investigación en MUYE:

- Evidentemente, unos profesionales formados inicialmente en otra especialidad y acreditados para trabajar en Urgencias, teniendo como objetivo la salida laboral hacia su especialidad, poca motivación tendrían hacia la investigación en el campo de la MUYE.
- Sus esfuerzos investigadores irían muy probablemente encaminados hacia el ámbito de su propia especialidad, que es la que se exigiría en su currículum para acceder a una plaza de dicha especialidad.

Finalmente, se aborda la siguiente cuestión ¿es suficiente la formación en Urgencias contenida en el Programa docente de la especialidad de medicina Familiar y Comunitaria (MFYC) para que en el futuro sea el médico de familia sea el profesional sobre el que recaiga la atención urgente y emergente en nuestro país?. La respuesta es rotundamente NO. Si comparamos los programas docentes de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias, no solo de España (actualmente en fase de revisión por el Ministerio de Sanidad) sino el de otros países, con el contenido formativo en Urgencias del Programa de MFYC las deficiencias de éste son obvias. Además, la asistencia urgente y emergente constituye por sí misma un nivel asistencial diferente que no solo incluye el ámbito prehospitalario (excluida la atención continuada que es propia de la MFYC), sino los equipos de Emergencias y los Servicios de Urgencias de hospitales. ¿Es acaso la MFYC una especialidad de ámbito hospitalario? Desde luego, no consta así en la Declaración de Almahata, desde donde se inició la creación de la Atención Primaria de Salud y consecuentemente la especialidad de MFYC, y desde luego, todas las iniciativas encaminadas a desvirtuar la esencia y filosofía de esta Especialidad y sacarla de su natural ámbito de actuación y desarrollo es condenarla irremisiblemente a su desestructuración.

En definitiva, la creación de la especialidad de MUYE es, como refiere el título de la presente ponencia, una necesidad inaplazable de nuestro Sistema Público de Salud; un sistema sanitario que aboga por la continua mejora de la calidad de la atención prestada a los ciudadanos, que en el ámbito de la MUYE supone la existencia de:

- Unos profesionales que vocacionalmente opten por la MUYE y formados mediante el sistema MIR con una plena dedicación y motivación desde su inicio formativo, con una formación objetiva, reglada y tutelada, de manera que todos los futuros médicos de urgencias tengan similar grado de competencia profesional y el exigible por su programa docente.
- Unos Dispositivos de Urgencias preshospitalarios, unos equipos de Emergencias y unos Servicios de Urgencias de hospitales homogéneos en su estructura y práctica profesional, lo que redundará en una mayor eficiencia de la atención urgente y emergente.
- Y un impulso decisivo a la investigación específica en urgencias y emergencias.

Urgencias: ¿es atención primaria?

A. Caballero Oliver

Hace tiempo que se repite que “en los últimos años, las urgencias vienen cobrando un papel protagonista dentro de las actividades desarrolladas en el marco del Sistema Nacional de Salud”¹. A las razones habitualmente consideradas para hacer esta afirmación (la constante creciente demanda de atención sanitaria urgente; la moderna reorganización de los equipos de urgencias y emergencias; el aún vigente debate sobre la necesidad de una especialidad de Medicina de Urgencias; etc.), se suman diversas razones, algunas de ellas trágicas, que vuelven a poner de moda las Urgencias: es el caso de recientes emergencias colectivas (catástrofes), de origen natural o terrorista, o el caso de los clásicos períodos de alta frecuencia (por epidemias de gripe o por olas de calor), que centran en Urgencias una atención máxima.

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) presta atención a las Urgencias desde hace muchos años y buenas pruebas de ello son – entre otras muchas – las ponencias o mesas de sus congresos nacionales de 1992, 1997 y 1998¹ y, más recientemente, la creación de su Grupo de Urgencias y Atención Continuada, en el año 2001².

El XXV Congreso de la semFYC invita a reflexionar sobre la consideración de las Urgencias como Atención Primaria... Esta reflexión, considerada la Atención Primaria como íntimamente relacionada con la Medicina de Familia, puede y debe abordar la relación entre Medicina de Urgencias y Medicina de Familia.

La Conferencia de la OMS-Unicef de Alma Ata, en 1978, definió la Atención Primaria como: “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”³. La Atención Primaria se caracteriza, principalmente, por ser: “integral, integrada, continuada y permanente, activa, accesible, basada en el trabajo en equipo, comunitaria y participativa, programada y evaluable, docente e investigadora”³.

No cabe duda de que la Medicina de Urgencias, como la Atención Primaria, ofrece asistencia esencial, basada en la evidencia, puesta al alcance de todos, de forma eficiente, representando un primer nivel de contacto con el Sistema Nacional de Salud que acerca al máximo la atención a los ciudadanos. Los elementos de atención continuada y permanente, accesible, basada en el trabajo en equipo, evaluable, docente e investigadora, son, obviamente, también elementos conceptuales de la Medicina de Urgencias Sin embargo, algunas características de la Atención Primaria no son tan “aplicables” o cercanas a la Medicina de Urgencias: ésta dista – al menos, aún – de ser integral (esto es, centrada en el abordaje biopsicosocial de los pacientes), integrada (donde promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y reinserción social se consideran conjuntamente), activa (con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad urgente como tareas esenciales) y programable.

Además, determinados elementos de la Medicina de Urgencias “se alejan” mucho de la Atención Primaria: piénsese, por ejemplo, en la misma atención urgente a múltiples víctimas o en la atención inicial de pacientes críticos

Tales argumentos permitirían ya afirmar que mucho de la Medicina de Urgencias es Atención Primaria, a la vez que admitir que algunos elementos de la Medicina de Urgencias “escapan” a la Atención Primaria; de manera que una y otra no se identifican al cien por cien.

Por otro lado, es obvio que, aun siendo la definición teórica de Atención Primaria la que es, la opinión más generalizada circunscribe la Atención Primaria a la asistencia que los médicos de familia prestan fuera del marco hospitalario; no sólo en los centros de salud, sino también en los propios domicilios o allí donde son requeridos para ello. En relación con esto, la atención urgente que prestan los médicos de familia en ese marco, se considera, indefectiblemente, como Atención Primaria.

Es en el marco de la atención urgente hospitalaria donde puede discutirse si Medicina de Urgencias y Atención Primaria son “equivalentes”. Conviene, a este fin, recordar que el decreto de creación de la Especialidad de Medicina de Familia afirma, en su artículo 3º, que, entre otras, “tendrá la consideración de ‘asistencia primaria’ la que se presta en los... Servicios de Urgencia de la Seguridad Social”⁴. Y que la presencia de especialistas en Medicina de Familia (es decir, de “especialistas en Atención Primaria”) en estos servicios hospitalarios de urgencias es un hecho⁵ cuantitativamente considerable, propiciado por distintos organismos – públicos y privados –, defendido por algunas voces^{7,8} y avalado por el perfil profesional de dichos especialistas⁹.

El XXV Congreso de la semFYC, de Santiago, viene a ser una prueba más de la estrecha relación entre la Medicina de Urgencias y la Atención Primaria. La mesa en que se inscribe este texto es el primero de los ejemplos. Otro ejemplo más lo constituye la ponencia sobre “Nuevos ámbitos de desarrollo de la Medicina de Familia”, que contempla varios escenarios posibles, uno de los cuales es “El médico de familia: médico de urgencias de un hospital”. Y más ejemplos se nos brindan en el espacio de los talleres: “Soporte Vital Avanzado”, “Recursos alternativos en situaciones de urgencias”, “Manejo inicial del paciente con trauma grave en Atención Primaria” y “Descompensaciones en el enfermo respiratorio”.

Medicina de Familia no es lo mismo que Atención Primaria, pero son los médicos de familia quienes hacen atención primaria... Urgencias no es lo mismo que Atención Primaria, pero todos los anteriores constituyen argumentos que, si no explican por completo, al menos apoyan con fuerza, que los médicos de familia sean los especialistas más aptos para urgencias. Quizá pueda insistirse en que, de cualquier modo, no hay identidad entre Urgencias y Atención Primaria. ¡Y es obvio que así es! Tampoco hay identidad entre Urgencias y Cuidados Intensivos, ni entre Urgencias y Cardiología, ni entre Urgencias y Neurología... y así sucesivamente. Sin embargo, los especialistas en Cuidados Intensivos, en Cardiología, en Neurología... y así sucesivamente, tienen programas de formación y perfiles profesionales más alejados de las Urgencias que los de los especialistas en Medicina de Familia. Es por ello sensato afirmar que, si bien Urgencias y Atención Primaria no son exactamente lo mismo, Urgencias es más Atención Primaria que cualquier otro apartado de la Medicina.

Bibliografía

1. Caballero Oliver A. Medicina de familia y medicina de urgencias. Aten Primaria. 2001;27:58-61.
2. Nuevo Grupo de Trabajo de Urgencias y Atención Continuada de la semFYC (GUAC-semFYC). Gaceta semFYC 2001; 56:5.
3. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria de Salud. En: Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 3ª Edición. Martín Zurro A, Cano Pérez JF ed. Mosby/Doyma Libros. Barcelona 1994; 3-13.
4. Real Decreto 3303/78 de 29 de Diciembre. Regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad profesional. BOE 1979; 326.
5. Caballero A, Trillo C, Muñoz L, García JJ, Montero E. El médico de familia en los distintos niveles de la atención urgente. Libro de Ponencias y Comunicaciones. IX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Sevilla 1998; 1-24.
6. Orden de 9 de Febrero de 2000 por la que se regulan las plazas de Médicos de Familia y de Enfermeros/as en las Unidades de Cuidados Críticos y de Urgencias. BOJA. 2000;21:2290-1.
7. Soler JM, Martín JC. Medicina de Familia y práctica hospitalaria en España. Aten Primaria. 1994;14:799.
8. Goldmann RW. The role of the family physician in critical care. J Fam Pract. 1985;21:231-2.
9. Gallo FJ et al. Perfil Profesional del médico de familia. Aten Primaria. 1999; 23:236-48.

Accidentes de tráfico: el papel de la atención primaria

Moderadora:

C. Moliner Prada

Médica de familia. CS Los Rosales, Área 11, SERMAS. Vicepresidenta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

Ponentes:

A. Plasencia Taradach

Dirección Salud Pública. Departament de Salut. Generalitat Catalunya.

M. Seguí Gómez

Profesora Agregada, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Facultad de Medicina, Universidad de Navarra. Adjunct Associate Professor. Department of Health Policy and Management and Center for Injury Research and Policy. Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health.

T. Robledo de Dios

Consejera Técnica de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

C. Martín Cantera

Médico de Familia. Profesor Asociado de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona.

Revisión epidemiológica del impacto sanitario

A. Plasencia Taradach

La Organización Mundial de la Salud ha incluido las lesiones por el tráfico entre los problemas sanitarios de mayor prioridad, señalando que en diferentes formas, afecta tanto a las sociedades en desarrollo como a las sociedades desarrolladas. Bajo el lema *La seguridad vial no es accidental*, la Organización Mundial de la Salud, dedico el Día Mundial de la Salud del año 2004 a la seguridad vial. Básicamente pretendía insistir en la necesidad de dar una nueva visión desde los sistemas de salud, con una mayor implicación de todos los profesionales de la salud pública en este asunto.

Anualmente se producen en la Unión Europea 1.300.000 accidentes que causan más de 40.000 muertes y 1.700.000 heridos, con un coste que se ha valorado en 160.000 millones de euros (el 2 por ciento del PIB de la Unión Europea).

En España, durante el año 2003 se produjeron casi 5.000 muertos, más de 26.000 heridos graves y 124.000 heridos leves. Algunos estudios señalan que nuestro país dedica unos 14.000 millones de euros (el 2% del PIB) a un conjunto de gastos (hospitalarios, rehabilitación no médica, humanos, materiales y administrativos). Para los ciudadanos menores de 40 años es la primera causa de muerte. Según una reciente publicación [Estudio de la Mortalidad a 30 días por Accidentes de Tráfico (EMAT-30)] se producen anualmente más de 40.000 ingresos en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud, con una media de edad de 36,2 años y con fracturas y lesiones internas como diagnósticos principales en un 57 y 21 por ciento de los casos respectivamente. En un 25 por ciento de los casos ingresados las lesiones se calificaron como graves, en un 3 por ciento como muy graves y murieron en el hospital a causa del accidente 1.198 personas.

Cerca del 4,4 por ciento de los españoles entre 6 y 64 años, que en el año 1999 sufría de alguna discapacidad severa, la padecía como consecuencia de accidentes de tráfico. Cada año en España se producen aproximadamente 500 casos de lesiones medulares por accidentes de tráfico.

El consumo de alcohol es uno de los principales factores humanos implicados. El abuso de bebidas alcohólicas está relacionado con el 30-50% de los accidentes mortales, del 15-35% de los accidentes con heridos graves y en el 10% de los accidentes sin víctimas. Según la última encuesta sobre grupos de riesgo, de una muestra española de 1.694 conductores —es una encuesta que se hizo en el ámbito de la Unión Europea— el 36 por ciento contestó que no tomaba alcohol nunca; del 64 por ciento restante el 42 por ciento contesta que conduce alguna vez después de consumir al-

cohol y solo el 20 por ciento separa alcohol y conducción; y entre los primeros, entre aquellos que manifiestan que conducen alguna vez después de consumir alcohol, los varones de 25 a 39 años constituyen el grupo de más alto riesgo.

Revisión de las intervenciones sobre el consejo en seguridad vial

M. Seguí Gómez

El impacto sobre la salud de nuestra población de las lesiones por accidente de tráfico ha quedado sobradamente demostrado con la presentación del Dr. Plasencia. Paradójicamente, el estudio de este problema desde el ámbito sanitario ha sido más bien escaso hasta la fecha. Tal vez, porque la creencia más extendida en nuestro entorno era la de que estas lesiones eran fruto de "accidentes" y que como tales, hay un componente de imprevisión y "suerte" que excede nuestra capacidad de investigación. O tal vez, porque al ser las lesiones fruto de los "accidentes" entendíamos que la solución pasaría por eliminar éstos y esto, históricamente, correspondía a otros grupos profesionales bastante alejados del ámbito sanitario, principalmente los sectores policiales y judiciales.

Pero las lesiones no son "azarosas". Su estudio científico riguroso ha demostrado que son generalmente fruto de múltiples circunstancias que se pueden caracterizar. Lo cual hace que las lesiones sean predecibles. Y ese mimos estudio y caracterización ha permitido (y permite) identificar circunstancias "mitigadoras" que las convierte en prevenibles.

Al igual que con el estudio de cualquier otra patología, para abordar adecuadamente este problema deberemos coordinar esfuerzos con profesionales de diferentes áreas. La investigación debe estar anclada en el problema sanitario, es decir las lesiones, y el uso de la epidemiología y bioestadística serán indispensables para poder cuantificar adecuadamente tanto la magnitud y distribución del problema, como para definir, con mayor precisión que lesiones son más graves (en cuanto a que suponen mayor riesgo de muerte) y/o más discapacitantes (en cuanto a que suponen mayor riesgo de minusvalía de media o larga duración). Pero para poder entender mejor la frecuencia y gravedad de estas lesiones, debemos contar además con un trabajo de investigación de "laboratorio" donde el agente patológico de las mismas pueda ser adecuadamente caracterizado. Y no nos debe caber ninguna duda de que el agente responsable de las lesiones es la exposición a cantidades inadecuadas de energía. Por tanto, necesitaremos de un laboratorio de biomecánica donde la resistencia de diferentes regiones corporales en diferentes tipos de población a fuerzas de diferente intensidad y dirección de aplicación sean adecuadamente estudiadas.

Ahora bien, todas las circunstancias que facilitan la liberación de esa energía y la resistencia del organismo a la misma serán factores modificadores del riesgo de lesión. En el estudio de las circunstancias favorecedoras de la liberación de energía podremos incluir todos los aspectos relacionados con la ocurrencia del "accidente" de tráfico: las características de la vía (y de ahí la necesidad de contar con expertos en esa materia en nuestro equipo de investigación), las características del vehículo (principalmente mecanismos de seguridad activa y pasiva del mismo), y ciertos aspectos relacionados con el comportamiento del sujeto y/o su capacidad para maniobrar con un vehículo. También deberemos investigar los factores que favorecen la resistencia del organismo, por ejemplo, estudiando las patologías de las víctimas que los hacen más vulnerables. Como en cualquier otro problema sanitario, existen además factores culturales y económicos que determinan la posibilidad de estar expuesto a estos "incidentes" de tráfico y el estudio de los mismos puede aportar ideas innovadoras y efectivas que contribuyan a solucionar el problema.

El estudio de este problema debe además completarse con la investigación de los factores que hacen que, una vez ocurrido el "incidente" de tráfico y las correspondientes lesiones, éstas se resuelvan de manera rápida y completa. De ahí que habrá que investigar tanto la efectividad de los tratamientos sanitarios extrahospitalarios y hospitalarios de urgencia, como los tratamientos rehabilitadores tanto médicos como psicológicos.

Así pues, un equipo auténticamente multidisciplinar debería contar con profesionales sanitarios especializados en epidemiología y bioestadística y también en asistencia sanitaria al paciente politraumatizado y asistencia rehabilitadora. Pero también debería contar con ingenieros con experien-

cia en biomecánica de impacto, ingenieros con experiencia en materiales, diseño de vehículos y diseño de vías, economistas, psicólogos. Sin olvidarnos en profesionales, de cualquier formación, pero especialistas en evaluación de programas y servicios y de juristas que contribuyan investigando el rol que el marco legal en que el transporte ocurre tiene sobre las lesiones ocurridas.

Aunque es difícil encontrar un centro de investigación que realmente incluya todos estos profesionales, lo cierto es que en el último cuarto de siglo han aparecido suficientes instituciones en diferentes países que podrían constituir un ejemplo de esta propuesta. Durante mi presentación oral describiré brevemente la historia y experiencia de 4 de estos centros y la compararé con la situación en el ámbito español.

Principales intervenciones preventivas desde el Ministerio de Sanidad y Consumo

T. Robledo de Dios

Los accidentes de tráfico representan hoy día uno de los principales problemas de salud pública no sólo en los países desarrollados, sino también en los países en vías de desarrollo, tanto por sus crecientes tasas de mortalidad y morbilidad, como por los elevados costes socioeconómicos y de sufrimiento asociados.

Su origen multicausal, la diversidad de fuentes de información, a la vez de la escasez de estudios analíticos específicos, apuntan la complejidad de su abordaje y de las posibles estrategias de prevención.

La OMS estima que en 2002 los accidentes de tráfico se cobraron 1,18 millones de vidas y causaron lesiones a unos 20 a 50 millones de personas más. Millones de personas estuvieron hospitalizadas durante días, semanas o meses, y posiblemente 5 millones quedaron discapacitados de por vida. En el año 1990 las lesiones por AT constituían la novena causa de muerte a nivel mundial. Si la tendencia actual se mantiene, en el 2020 el número anual de muertes y discapacidades por accidentes de tráfico habrá aumentado en más del 60%, pasando a situarse en la tercera causa de muerte a nivel mundial. Se estima que, en conjunto, las lesiones por accidentes de tráfico cuestan, como promedio, a los países de ingresos altos un 2% de su producto interior bruto (PIB), y a los países de ingresos bajos y medianos entre un 1% y un 2% de su PIB.

En España, junto con las enfermedades cardiovasculares, las del sistema respiratorio y digestivo y los tumores, las lesiones por causas externas (entre las que se encuadran los accidentes de tráfico) representan, desde hace ya muchos años, una de las cinco causas más frecuente de muerte para la población española.

Nos encontramos, por tanto, frente a un grave problema de salud pública, que cómo tal debe abordarse. La realidad, es que la ciencia médica debe aportar sus conocimientos a la prevención de los accidentes de circulación a distintos niveles, más allá de la insustituible labor en la asistencia al lesionado. Ha de involucrarse en el análisis y control del problema, en el estudio del comportamiento vial del individuo, en la rehabilitación de los sujetos afectados por el accidente y, en fin, en la prevención de la accidentalidad a todos los niveles.

Por ello, cuando hablamos de los accidentes de tráfico como problema de salud, se hace patente la necesidad de las estrategias que vienen caracterizando las acciones efectivas en el campo de la Salud Pública, y la necesidad, en definitiva, de contar con un mayor liderazgo del sector Sanitario.

Entendemos que la lucha contra este importante problema de salud ha de ganarse fundamentalmente en el campo de la prevención. Y esta prevención debe basarse en dos elementos fundamentales para asegurar su efectividad: la continuidad en sus planteamientos y el apoyo y colaboración de la sociedad en su conjunto. La prevención no puede limitarse a acciones esporádicas, sino que requiere de una planificación, donde se marquen las líneas a desarrollar de una manera constante y programada.

En este sentido, se analizan las principales iniciativas que están siendo desarrolladas por la OMS, Naciones Unidas y por la Comisión Europea en materia de seguridad vial. Y se presenta las principales líneas estratégicas del Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de información y sistemas de vigilancia, promoción de la salud, prevención, asistencia a las víctimas y formación. Actuaciones, todas ellas, que contemplan la necesidad de trabajar de forma intersectorial, multidisciplinaria y coordinada con las distintas administraciones y organismos implicados.

Papel del médico de familia en la prevención de accidentes de tráfico

C. Martín Cantera

La prevención de las lesiones por accidentes de tráfico (AT) necesitan un abordaje multisectorial y multiprofesional. Los profesionales de los Centros de Salud deben actuar en los factores humanos: patologías asociadas a un mayor riesgo de padecer lesiones por AT, consumo de alcohol y drogas, uso adecuado de fármacos y fomento del uso de dispositivos de seguridad en los vehículos.

El consejo educativo dirigido a prevenir los AT ha demostrado ser efectivo en la promoción de *uso de sistemas de retención infantiles*, especialmente en el contexto de un amplio conjunto de recomendaciones sistemáticas para prevenir accidentes infantiles (grado A de US Preventive Task Force-USPTF).

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) recomienda aconsejar a todos los pacientes sobre el *peligro de conducir bajo la influencia del alcohol y otras drogas* y también indica hacer extensivo el consejo a los acompañantes. Esta recomendación se basa en la demostrada efectividad para reducir riesgos (grado A) y la efectividad del consejo para reducir el consumo de alcohol (grado B). La efectividad del consejo sanitario para evitar beber y conducir vehículos todavía no ha sido suficientemente evaluada (grado C).

En relación a la *utilización adecuada de los dispositivos de seguridad* existe suficiente evidencia para afirmar que el uso del cinturón de seguridad lumbo-pectoral puede disminuir el riesgo de lesiones moderadas y severas en los ocupantes de los asientos delanteros hasta un 55% y puede reducir la mortalidad en un 40-50% (grado A) y la efectividad del consejo en este campo (grado B).

En mujeres embarazadas el correcto uso del cinturón de seguridad ha demostrado que disminuye la mortalidad y severidad de lesiones en la madre y el feto. Las que conducen o viajan en motocicletas han de ser aconsejadas sobre la importancia de utilizar cascos homologados. (grado A en relación a la eficacia de la reducción de riesgo debida al su uso, aunque la efectividad del consejo sanitario para incrementar su uso no ha sido bien evaluado grado C).

Algunas enfermedades se asocian con mas riesgo de AT (Los trastornos neurológicos y las enfermedades mentales son las que mayor riesgo, seguidas del uso drogas/medicamentos y la diabetes). Los teléfonos móviles han generado problemas en la seguridad vial (tiempo de reacción al volante aumenta de 0,5 seg. a 1,5 seg.). Otros factores que pueden alterar la alerta en la conducción son el tabaco, el calor, etc.

Los profesionales de Atención Primaria (Médicos de familia, pediatras y enfermería) se encuentran en una posición privilegiada para actuar en la prevención de las lesiones por AT haciendo intervenciones en: 1) *Conductores profesionales y conductores habituales* (valoración de problemas de salud y conductas de riesgo (Alcohol y drogas), medicaciones y uso de sistemas de seguridad pasiva. 2) *Padres*: uso dispositivos de seguridad infantil (según peso y edad). 3) *Jóvenes y adultos*: prevención de conductas de riesgo (alcohol y otras drogas), utilización de dispositivos de seguridad (casco, cinturones de seguridad), conducción lo mas segura posible (velocidad adecuada) y en eliminar factores de distracción (teléfono, fumar...). 4) *Personas mayores*: como peatones, para seguir las normas de seguridad vial, sobre todo al cruzar vías públicas. Enfermedades y/o medicación que pueden alterar las capacidades de la conducción. 5) Hacer promoción del papel de la *familia* en la seguridad vial. 6) Recomendando también a las *embarazadas* en la correcta utilización del cinturón de seguridad

La importancia de los AT sobre la salud de nuestra población es incuestionable, ya ha pasado el tiempo en que el termino "accidente de tráfico" se asociaba a un fenómeno impredecible e imprevisible. Los profesionales sanitarios de Atención Primaria tenemos una obligación ética pero sobre todo "profesional" de ayudar a solucionar este grave problema.

La actuación de los profesionales de la salud depende de diferentes parámetros: a) Percepción por la población a riesgo: demanda en asistencia habitual y la identificación de los profesionales como ayuda este terreno. b) Visibilidad por parte de los profesionales: Impacto en la consulta habitual tanto de población vulnerable como de población que ha sufrido un AT. c) Capacidad de realizar intervenciones efectivas: dependen de un conjunto de elementos que incluye nivel de conocimientos sobre el problema y su prevención, actitudes hacia la prevención en general y específicamente en los AT y finalmente un conjunto de elementos barrera o facilitadores en la actividad diaria.

Medicina rebasada por la afluencia. Estrategias para épocas difíciles

Moderador:

R. Veras Castro

Médico de familia. Centro de Salud de Narón. A Coruña.

Ponentes:

V. Pedrera Carbonell

Médico de Familia. Profesor Colaborador del Departamento de Medicina da Universidad Miguel Hernández. Dirección de Atención Primaria. Elda, Alicante. Conselleria de Sanitat. Valencia

N. Barragán Brun

Médica de Familia. CAP Vallcarca. Barcelona. Grupo Comunicación y Salud de semFYC. Médica asistencial y Responsable de formación.

J. Casajuana Brunet

Médico de Familia. EAP Gòtic. Institut Català de la Salut. Barcelona.

Introducción: causas de que nos sintamos saturados

R. Veras Castro

El título sintetiza la motivación de esta Mesa. Es la realidad diaria de muchas de las consultas médicas. El exceso de demanda, la visión de la hoja llena de citas un día más, el estrés por no llevar retraso, la sensación de abordar de modo incompleto los problemas de los pacientes. Sin duda, el eslogan de los diez minutos fue, y es, muy bien recibido porque conecta directísimamente con esta situación y representa una preocupación central de muchos profesionales de atención primaria.

El objetivo de esta Mesa no es describir una situación ya conocida por todos, ni expresar quejas o lamentos, poco útiles hasta el momento, sino presentar propuestas para mejorarla o resolverla, sin necesidad de aplicar cambios estructurales (normativos o de modelo). Por lo tanto, se trata de propuestas aplicables en nuestros centros al poco tiempo de acabar este Congreso.

Las primeras soluciones que se escuchan en los centros ante el exceso de demanda son la petición de contratación de más personal (en general médico) y educación sanitaria sobre utilización de los recursos por parte de los pacientes. Sin embargo, éste es un problema multicausal y precisa un abordaje en varias direcciones. La insuficiencia de recursos, el cambio en las expectativas de salud de la población, el aumento de la intolerancia ante el malestar físico o psíquico, los reiterativos errores organizacionales (la misma agenda de citas para todos, tratar en citaciones igual una emergencia que una visita por recetas,...), la deficiente estrategia de comunicación en la consulta o la repetición de visitas por un mismo episodio no resuelto son variables que explican la mayor parte del exceso de demanda.

La educación sanitaria no demostró hasta el momento que sirva para mejorar la utilización de recursos. No nos va resolver la presión asistencial. Hoy en día se consulta con el médico cualquier problema. Será, por lo tanto, necesario dirigir nuestros esfuerzos hacia mejoras organizativas, de comunicación y de recursos.

Realidad de la gestión clínica en las consultas de atención primaria (Estudio SYN-PC: situación y necesidades en la práctica clínica)

V. Pedrera Carbonell

El principal problema al que se enfrenta actualmente el médico de familia es la saturación de las consultas. Consultas que casi independientemente a variables a priori tan importantes, como el tamaño de los cupos, el acceso a pruebas complementarias o la dotación de los equipos de atención primaria tanto en recursos humanos como materiales, rebasan el número de pacientes óptimo para realizar una labor de calidad. Nos planteamos con razón la necesidad de un mínimo de 10 minutos por paciente

para realizar una labor adecuada pero; *¿nos hemos planteado para que vienen nuestros pacientes a consulta?* Para lograr esos ratios de demanda que permitan atender a nuestros pacientes con calidad *¿debemos reducir los cupos o debemos gestionar las consultas de forma que accedan a nuestras consultas solo aquellos pacientes que presenten problemas que competan realmente al médico de familia?*

Para poder contestar de forma objetiva a estas cuestiones debemos conocer la realidad de nuestras consultas; cual es el motivo principal y en que actividades empleamos nuestro tiempo. Se encuentra poca bibliografía al respecto resultando ser un tema muy opinado pero poco investigado y por otro lado los problemas organizativos son muy específicos de cada sistema sanitario. Del análisis bibliográfico se puede concluir que de la poca investigación realizada, esta se hace fundamentalmente con datos secundarios a través de consultar documentos proporcionados por los sistemas de registro (historia clínica) y nunca con datos primarios. En algunos estudios, se pone de manifiesto la necesidad de contar con fuentes de información más sólidas y fiables en las que se valide mejor la información existente, siendo la obtenida con estas fuentes habituales muy insuficiente.

La gestión clínica se define como una iniciativa dirigida a optimizar al máximo la práctica clínica diaria para conseguir el mayor beneficio para el paciente en las mejores condiciones para el profesional y a un coste que la administración pueda asumir. Su objetivo final es mejorar la calidad del servicio sanitario e implicar a todos los profesionales que participan en él. La gestión de la consulta debe comenzar con el análisis de cada realidad concreta. Cuando conocemos el cuanto, el qué y el cómo de lo que estamos haciendo en la consulta, estamos en disposición de escoger las soluciones más pertinentes. Ello nos permitirá mejorar la utilización de las dos herramientas fundamentales que la condicionan: los circuitos organizativos (gestión de la demanda) y la agenda (gestión del tiempo).

Para gestionar la demanda es necesario conocer previamente de forma cuantitativa y cualitativa la realidad de la misma. El análisis cuantitativo permite conocer el número de pacientes atendido por cada profesional y relacionarlo con la población asignada. El análisis cualitativo permite clasificar las visitas según su motivo de consulta y su previsibilidad. Como la mayoría de estudios utilizan fuentes secundarias puede comportar un importante sesgo de medición que limite su validez interna.

En el Departamento de Salud 18 de la Comunidad Valenciana hemos pretendido conocer, con fuentes primarias (es decir, mediante observador externo), la situación real en la que se encuentran las consultas médicas de Atención Primaria de nuestro Departamento de Salud, para plantearnos soluciones que nos hagan mejorar y avanzar en la planificación y gestión de las consultas, optimizando los recursos y mejorar en definitiva la calidad asistencial. El objetivo fundamental de nuestro trabajo ha sido describir la actividad asistencial en función de la naturaleza de la consulta (previsibilidad) y las necesidades de los pacientes (contenido clínico) y analizar la relación que con dicha actividad tienen las características de la consulta, del paciente y del centro.

De forma genérica al analizar nuestros datos, obtenemos cuatro grandes conclusiones:

- La población acude a consulta fundamentalmente por necesidades burocráticas y/o médicas y dentro de este grupo, la patología crónica es la más prevalente. El 65% incluía consulta burocrática. El 36% realizaron consulta exclusivamente burocrática. Solo 3.4% hubo actividad preventiva. La actividad burocrática consume más tiempo que la clínica y preventiva juntas.
- El 15% de la población (ancianos) genera el 36% de la demanda. Las mujeres el 57% de la demanda. La mayor edad, y las mujeres, constituyen factores que condicionan una mayor demanda.
- El tiempo medio de consulta es de 5,38 minutos/paciente. El 24% de los pacientes acuden sin cita previa. Un 15% de las consultas fueron realizadas por un familiar sin presencia del paciente. Solo el 0,7% fueron consultas telefónicas. Se utiliza poco el teléfono como medio de consulta y existen muchos pacientes sin cita lo que indica una gestión deficiente.
- El 7% fueron consultas urgentes y el aumento de la urgencia médica se realiza más en la población joven, y se justifica fundamentalmente por el hecho de no conseguir con prontitud la cita para ser visto por su médico.

La conclusión quizá fundamental, es que las variables del médico y su estilo de práctica clínica condicionan poderosamente la frecuentación de sus pacientes. Ello nos indica la necesidad de una mayor formación en gestión clínica. Una las principales lagunas en la formación de los médicos de atención primaria es la gestión de las consultas.

La primera medida es por tanto, profundizar en la realidad de nuestras consultas conociendo tanto cualitativa como cuantitativamente las características de nuestra demanda con el fin de poner en marcha un plan anti-burocrático que permita sacar de las consultas este tipo de demanda lo que permitiría casi doblar el tiempo asistencial por paciente.

Bibliografía

- Casajuana Brunet J, Bellon Saameño JA. Gestión de la consulta en Atención Primaria. En Atención Primaria: Conceptos organización y práctica clínica. 5ª edición. Vol 1. 2003; 84-109.
- Orozco D, Pedrera V, Gil VF, Prieto I, Rivera MC, Martínez P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico. Aten Primaria. 2004;33:69-77.
- Urbina O, Marcuello C, Serrano GD, García FJ. ¿Son adecuados los indicadores que se utilizan en Atención Primaria para medir la eficiencia? Aten Primaria. 1997;20:191-4.
- Mendoza C, Martínez MJ, González MJ, De Maya MC, Gomez D. El conocimiento de la actividad asistencial: ¿otro factor profesional relacionado con la utilización? Aten Primaria. 2000;25:107-17.
- Bellon JA. Como reducir la utilización de las consultas de atención primaria y no morir en el intento. Estrategias relacionadas con el usuario (I). C&P- Sesiones clínicas, 1998.
- Grupo de Trabajo semFYC-SEMERGEN. Actividad burocrática en la consulta del médico de Atención Primaria. Propuestas para la desburocratización. Aten Primaria. 1997;21:489-98.
- Guarga A, Gil M, Pasarin M, Manzanera R, Armengol R, Sintet J. Comparación de equipos de Atención Primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. Aten Primaria. 2000;26:600-6.
- Pedrera V, Orozco D, Gil VF, Prieto I, Moya MI, Sanchis C. Características e la demanda sanitaria médica en Atención Primaria de un Área de Salud de la Comunidad. Valenciana. Estudio SyN-PC. Aten Primaria. 2004;33:31-7.

Gestionando nuestro escaso tiempo. Alargando los minutos

N. Barragán Brun

Introducción:

¿Tiempo? ¿Más tiempo? ¿Para qué, más tiempo?

Los médicos de familia pedimos más tiempo para nuestras consultas porque queremos más calidad en nuestro trabajo. La pregunta que debemos hacernos a continuación es si *el tiempo y la calidad* son 2 factores que se relacionan en sí mismos, es decir, directamente proporcionales: a más tiempo más calidad. ¿Cómo cambia el *contenido y la organización de los minutos*, cuando tengo más tiempo? Podríamos decir, que el tiempo es un facilitador de la calidad, entendiendo que la calidad la pone cada persona y no el reloj. Al revés sí podemos afirmar, que sin tiempo no podemos dar el grado de calidad y excelencia que nos gustaría.

Si estoy más tiempo con cada paciente, ¿el paciente tendrá mejor resultados sus problemas de salud? Este ha de ser *el objetivo principal* cuando hablamos del "tiempo de consulta". La dignidad del paciente está en juego y el profesionalismo del médico también. ¿Estará el paciente más satisfecho estando más rato en la consulta? Parece que las encuestas dan un claro sí a esta cuestión. Tal vez lo único que quieren los pacientes es "hablar un ratito" y que le escuchen. Necesitamos una nueva figura en primaria "los escuchadores de primera" Os imagináis poder citar a un paciente con "el escuchador", además de con la enfermera. *"Sr. Pérez, apúntese para el escuchador y dentro de 2 semanas "me vuelve" a mí para ver la evolución"*. Tenemos un problema... los pacientes quieren ser escuchados, pero además quieren que les escuche su médico.

¿Cuánto rato estoy dispuesto a escuchar a un paciente y de cuánto tiempo dispongo para escucharle? ¿Quiero escuchar todo el tiempo del que dispongo? Escuchar 4 ó 5 horas al día es muy cansado: Escuchar – decidir – escuchar – decidir – escuchar – decidir... nadie nos avisó de cómo era nuestro trabajo.

Volvemos al principio. ¿Más tiempo para qué? Elija una opción:

- Será para hacer tareas administrativas.
- Será para desarrollar mi profesión con más competencia, para ser más resolutivo.
- No necesito más tiempo, sino aprovechar mejor el que tengo.

Modelos de médico en función de la distribución del poco tiempo en la consulta

Dime con quién vas y te diré quién eres.... dime cómo gastas tus minutos en la consulta y te diré qué estilo de médico eres.

Encuesta para pensar de forma personal (sin bolígrafo).

Tareas de la consulta	Tiempo dedicado	Observaciones
Acoger-saludar		
Preguntar		
Escuchar		
Clarificar		
Comentar - aclarar		
Momentos finales: Proponer / acordar - mandar (*)		
Ofrecer seguimiento - acabar (*)		

(*) Escoger una de las dos acciones

Las expectativas del paciente y lo que yo puedo ofrecerle

Habitualmente uno de los problemas de la gestión del tiempo es la multiplicidad de cosas que nos quieren consultar y la manera sorpresiva con que van saliendo. En ese caso, el tiempo no lo controlo yo, sino el paciente.

Aquí tenemos uno de los puntos principales de control: Si sabemos el trabajo que nos espera podemos organizarlo, si no sabemos, no. Si aparece más trabajo del que pensaba, caben 2 posibilidades, o me retraso o lo dejamos para otro día. Es decir, si cuando me estoy despidiendo de mi "Sr. Pérez" después de atenderlo durante 7 minutos, me comenta que se le ha hinchado un tobillo y que tiene unas décimas...

Si decido posponer algún tema, en base a qué criterio. Veamos algunas estrategias:

- **Criterio del paciente:** ¿Qué es lo que más le preocupa de esto que me ha comentado? Hoy trataremos este tema.
- **Criterio explícito del médico priorizado por salud:** Yo creo que es importante abordar este aspecto que pudiera tener una repercusión importante en su salud.
- **Criterio implícito del médico (pensamiento no verbalizado)** Esto es más un deseo que una necesidad, lo dejaremos para otro día.
- **Criterio explícito del médico priorizado por tiempo:** Esto es demasiado complejo y vale la pena dedicar otra consulta sólo para hablar de este tema.

Errores:

- Dejar algún tema sin tratar, obviar.
- No aclarar cuál es el plan.

Criterios clave para el manejo del tiempo: priorizar**La priorización es difícil y en ocasiones no coincide con la del paciente**

1. ¿Necesidad o deseo? Es el primer aspecto que en el fondo, tal vez sin haberlo pensado en estos términos, me condiciona en la gestión del tiempo. Lo que el paciente pide, "me pide" es un deseo o realmente es un problema de salud. Un ejemplo fácil: "Tengo tos y me abogo, también quería quitarme esta verruga de la espalda y que me "mande" a la revisión del ginecólogo, que ya me debe tocar".
2. Covey en sus libros sobre hábitos para ser efectivos, nos habla de clasificar mentalmente nuestras tareas pendientes.

	Importante	No importante
Urgente		
No urgente		

¿Está cansado, doctor?

Energía para el paciente número 1 del día, pilas bajas en el número 40. Las condiciones físico-psíquicas del médico son un factor clave de la gestión del tiempo. Organizar los motivos de consulta, informar, registrar... cuando uno ya no puede más, es tarea difícil y caldo de cultivo de errores.

No hay enfermedades sino enfermos, no hay médicos, sino profesionales de la medicina. La solución no es la misma para todos. Cada uno de nosotros tiene unas necesidades y unas dificultades. La receta ha de ser personalizada, centrada en el profesional que la tiene que aplicar. Es por eso que debemos conocernos cada uno y saber dosificarnos la energía. Debería quedarnos humor y fuerza al final de la jornada.

¿Qué me desgasta más?

- El paciente que entra con la lista de la compra.
- No me entiendo con la enfermera.
- Me falta el material básico en la consulta.
- No puedo hacer cirugía menor, con lo que me gusta.
- Mi agenda no tiene descansos.
- Siempre tengo lista de espera.
- Mi coordinador no me entiende.
- No veo pacientes apenas, hago papeles a diestro y siniestro.
- Los especialistas no son resolutivos y entretienen a los pacientes.
- Etc.

Delante de tanta generalización y tanta culpabilización externa... seguro que algún "factorcillo" mío personal también puedo mejorar.

En esta mesa intentaremos analizar algunos factores o hábitos de trabajo que intervienen en la gestión de la consulta.

Bibliografía

- Arbonies J, Barragán N, Sobrino A. La gestión del tiempo en la consulta (en prensa Revista El médico).
- Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. semFYC Ed. Barcelona, 2004.
- Borrell F, Barragán N. Atención centrada en el paciente. Gestión del tiempo en la consulta. Curso Postgrado Esteve 2004.
- Borrell F. Exploración Física orientada a los problemas. Aten Primaria. 2002;30:32-45.
- Borrell F. CD-ROM: Exploración física orientada a los problemas. Volumen 1 Revista FMC, ed DOYMA, Barcelona 2002.
- Casajuana J, Bellón JA. Gestión del tiempo de la consulta en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano JF Eds. Manual de Atención Primaria (5ª Edición). Doyma, Barcelona, 2003.
- Covey S. (1995). Primero lo primero. Barcelona. Paidós.
- Covey S. (1990). Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva. Barcelona: Paidós.
- Goedhuys J, Rethans JJ. On the relationship between the efficiency and quality of the consultation. A validity study. Family Practice. 2001;18:592-6.
- Guijarro A. Estrategias de organización de la consulta: un abordaje conceptual. Cuadernos de gestión. 2002;8:71-84.
- Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. BMJ. 2004;328:444-6.
- Mediavilla I, Cortes JA. Gestión de la demanda: agendas medicas de calidad en Atención Primaria. El médico. 2005;20 Mayo 05:11,17.
- Neighbour R. La Consulta Interior. semFYC Ed Barcelona 1998.
- OMC. Situación actual de la atención primaria. Documento elaborado por la organización médica colegial (OMC) en 2002.
- Ridsdale L, Carruthers M, Morris R, Ridsdale J. Study of the effect of time availability on the consultation. J Royal Coll Gen Pract. 1989;39:488-91.
- Rodríguez JJ, Arbonies JC. Elemental, querido Watson (o el arte de captar y seguir las pistas que nos proporcionan los pacientes) FMC. 2004;11 (suplemento 3):51-7.
- Ruiz R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. semFYC Ed. Barcelona 2004.
- Ruiz Téllez A. La demanda y la agenda de calidad. Instituto @pCOM; 2001.
- Ruiz Téllez A. La organización de un equipo de Atención Primaria. Centro de salud. 1999;7:592-606.

Gestionar la actividad. Una práctica efectiva y eficiente

J. Casajuana Brunet

La gran afluencia de que gozamos en nuestras consultas (¿éxito o fracaso?) responde, sin duda, a una etiología multicausal: la insuficiencia de recursos, el cambio de expectativas de la sociedad junto con la creciente intolerancia al disconfort (la paradoja de la salud que definió Barsky¹), el cambio del contrato social de los médicos², y algunos errores organizacionales que tienden a perpetuar ineficiencias.

Estos, y seguramente otros, factores han llevado a dibujar unos equipos de atención primaria que en no pocos casos se encuentran infradotados de personal de apoyo, con médicos y enfermeras haciendo tareas administrativas, los médicos desarrollando actividades que pueden ser resueltas por las enfermeras, y los especialistas haciendo de médicos de familia, controlando patologías de alta prevalencia que deberían estar en manos del médico de cabecera. Toda una desviación del conjunto de profesionales hacia situaciones de ineficiencia, cuando no de yatrogenia.

Es cierto que muchos de los aspectos que intervienen en esta ineficiente desubicación de actividades escapan a nuestras propias posibilidades de gestión pero para ser prácticos y posibilistas en cuanto a actuar sobre la “rebasadora” afluencia debemos preguntarnos qué podemos hacer nosotros por nosotros mismos. ¿Cuales son los cambios organizativos útiles que están en nuestra mano?

Dos son los elementos clave que definen el funcionamiento de nuestras consultas: los circuitos y las agendas³. Y en relación a ellos nuestra realidad actual suele ser la siguiente:

- Circuitos: el modelo más habitual es el del “circuito único”, es decir, todo entra por la consulta médica y desde ahí se distribuye, o no, por el resto de circuitos del equipo.

- Agenda: el modelo más habitual es el de “agenda deseable”, en la que el número de citas es el que querríamos que fuese, que siempre es sensiblemente inferior al número real, con lo que inventamos una de las presuntas epidemias del sistema “los sin cita”.

Es necesario, y está en nuestras manos, el rediseño de los circuitos basado en 2 conceptos fundamentales: trabajo en equipo (al menos, que todos los del equipo trabajen) y ser eficientes (que cada cosa se haga en el lugar y por el personal que resulta más eficiente).

Es también necesario, y está también en nuestra manos, rediseñar las agendas en base a otros 2 conceptos fundamentales: uso adecuado (la agenda no controla la demanda, sólo distribuye el tiempo y sirve de orientación horaria) y realismo (la agenda debe adaptarse a mi realidad, y no al revés).

Cambiar circuitos

Actualmente todo “entra” por la consulta del médico. Los cambios de circuitos deben encaminarse a evitar la entrada de todo aquello que puede y debe ser resuelto en otro sitio (sea en el mostrador o en la consulta de enfermería) y adaptar nuestra oferta de servicios a los cambios de demanda:

- Eliminar de la consulta toda la actividad administrativa. Esto implica básicamente a la repetición de recetas y partes de confirmación. Se trata de documentos no diseñados para la actividad del médico sino para otros fines. Mientras la administración no asume su responsabilidad (reclamada desde hace ya demasiados años⁴) de cambiar su diseño, debemos resolverlo fuera de la consulta, en el área administrativa.
- Dejar de hacer controles “inútiles” que no sirven para tomar decisiones (hemos cronificado al paciente en nuestras consultas generando dependencia en lugar de salud y autonomía) y dejar de dar “consejos inútiles” (sin evidencias y/o sin efectividad).
- Implicar a enfermería en la actividad asistencial (entrega de resultados, patologías agudas de baja complejidad, urgencias^{5,6}) de modo que llegue a un mayor porcentaje de población.
- Disponer de agendas de enfermería para consulta a demanda.
- Olvidarse del modelo “único” de relación médico-enfermera tipo UBA u otro y adaptar el modelo a la propia realidad.
- plantearse el ofrecer el doble servicio: 1) máxima longitudinalidad para los que quieren y/o necesitan ese servicio, que son el 20% de la población, generalmente con problemas de salud crónicos, que utilizan con frecuencia los servicios sanitarios; 2) máxima accesibilidad para los que quieren y/o necesitan ese servicio, que son el 80% de la población, generalmente sanos, y por ello poco utilizadores de los servicios, con problemas de salud agudos, que no requieren un seguimiento concreto.

Cambiar agendas

- Adaptar el número de vistas de la agenda a la propia realidad no al “*desideratum*”, entendiendo que la gestión de la demanda no consiste en el “*numerus clausus*” sino en la racionalización de los contenidos de la consulta.
- Eliminar las distintas categorías de visitas (programada, cita previa, espontánea...) que no aportan un valor añadido al paciente sino más bien dificultan la accesibilidad.
- Conseguir llegar al “modelo avanzado de acceso” que consiste en “visitar en el día lo que es del día”⁷.

Estos cambios, la mayoría de ellos sencillos de formular, chocan contra las resistencias no solo de aquellos que entienden que se les quiere cargar un trabajo que “no les toca”, sino también de los profesionales a los que ya les está bien tener la consulta llena de papeles y controles, para evitar asumir tareas más complejas o de mayor responsabilidad. Sin embargo, si logramos vencer esas resistencias la gran mayoría de las personas de los

EAP van a ver incrementada su satisfacción laboral si se sienten partícipes del trabajo en equipo y alcanzar un mayor nivel de responsabilidad profesional.

Bibliografía

1. Barsky AJ. The paradox of health. N Engl J Med. 1988;318:414-8.
2. Smith R. Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. BMJ. 2001;322:1073-4.
3. Casajuana J, Bellón J. Gestión de la consulta en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Madrid: Elsevier España S.A., 2003.
4. Grupo de trabajo semFYC-SEMERGEN. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. Barcelona: semFYC-SEMERGEN, 1996.
5. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ. 2002;324:819-23.
6. Martín FJ, Morilla JC, Morales JM, Gonzalo E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en atención primaria. Enferm Comun. 2005;1:35-42.
7. Murray M, Berwick D. Advanced access. Reducing waiting and delays in primary care. JAMA. 2003;289:1035-40.

2021 Odisea en la consulta. Estrategias para épocas imposibles

Moderador:

R. de Pablo González

Coordinador nacional de la plataforma "10 minutos"

Ponentes:

C. Blay Pueyo

Unitat Avaluació Competència Clínica (Institut d'Estudis de la Salut). Fundació Educació Mèdica.

A. Berlin

Senior Lecturer. Department of Primary Care and Population Sciences. Royal Free & University College Medical School.

A. Ruiz Téllez

Presidente del Instituto @Pcom. Director de CYMAP SL (Concepto y Metodología en Atención Primaria).

Nuevos entornos en un futuro cercano

C. Blay Pueyo

En el futuro nos encontraremos programas universalmente compatibles, programas eficientes (pantallas táctiles, accionamiento a través de la voz), programas con árboles de toma de decisión clínica preprogramados, agendas de mano con las prestaciones de los ordenadores de la consulta. Habrá una generalización social del debate sobre la confidencialidad de los datos y mayor decisión del paciente en la gestión de sus datos personales (tarjetas inteligentes), una historia clínica individual, integrando niveles y servicios, accionada desde el paciente, no desde el servicio de salud, historia clínica con capacidad de gestión de gráficos (diagnóstico por la imagen). Existirá una generalización de la ecografía en los centros de primaria, Tecnología asociada diagnóstico "maquinal" en ECG, PFR. Sala de espera definitivamente multirraciales, equipos formados por personas definitivamente multirraciales. Trabajo complementario con otras medicinas alternativas, de base cultural.

No habrá el debate de la integración desde una cultura dominante, sino de la colaboración desde una posición mestiza. Mayor presencia del uso del español en los ámbitos con lenguas autóctonas de uso habitual.

El español como lengua alternativa al inglés en medicina. El inglés (esl) como lengua franca en las relaciones internacionales (cada vez más habituales). Consultas y programas específicos de recepción, atención, orientación al inmigrante.

Nuevas formas de atención a la población frágil y anciana en la comunidad. Geriátras y enfermeras comunitarias inseridos en los equipos de atención primaria. Programas de atención domiciliaria potentes y específicos (UBA especializadas en la atención domiciliaria y geriátrica en la comunidad). Guerras entre geriátras y familias para "dominar" este sector. La medicina de familia seguirá siendo el *gatekeeper* del sistema. Será la especialidad más poderosa e influyente en los ámbitos asistenciales. Tendrá presencia en la universidad, pero la universidad seguirá siendo feudo (quizá el último feudo) de las especialidades. La medicina será una profesión absolutamente troncal, con grandes posibilidades de movilidad entre especialidades. Ello propiciará que los sistemas de certificación y recertificación estarán definitivamente establecidos y en manos de los propios profesionales. Se separarán titulación y licencia para la práctica mediante sistemas de garantía de calidad estrictos.

Habrán muchos médicos procedentes de otros países, pero su calidad estará garantizada y monitorizada. Por delegación gubernamental, las sociedades científicas colaborarán con los colegios profesionales para garantizar los estándares profesionales.

Se habrán realizado múltiples, de hecho una infinidad, de reposicionamientos de la profesión sanitaria ante la sociedad. Renovación del contrato social. La sociedad civil tendrá grandes oportunidades (y sistemas) de vigilancia de la práctica médica. La industria farmacéutica estará muy limitada en su potencial de negocio, por la presión política, social y profesio-

sional (especialmente de los cabeceras). Las relaciones industria-medicina estarán más controladas, permanentemente bajo sospecha, y los médicos se verán abocados a clarificar su posición al respecto. Todo el sistema se resentirá del divorcio con la industria.

Habrà crisis en el sector de la formación, de los congresos y de los grupos de trabajo. Se vivirá un renacimiento de las bases científicas de la medicina. Pero habrá sectores disconformes que plantearán un cierto estado de guerra (con gran componente mediático).

La medicina será una profesión de base femenina y extranjera. Se basará en la vocación y la voluntad de buena atención al ciudadano. Será una profesión de gran prestigio social. Los sistemas sanitarios variarán muchísimo y se adaptarán a las características de cada comunidad.

Se mantendrá la garantía, universalidad y equidad por parte del gobierno. Pero las formas de provisión serán muy diferenciadas. Los ingresos de los médicos dependerán de la asunción de riesgo en la gestión que adopten. Los ingresos también dependerán fundamentalmente de la dedicación y la calidad de la prestación. Se acabará con el rol funcional. La mayoría de profesionales serán contratados o gestores de sus propios sistemas.

Los sistemas de información serán compatibles, hegemónicos y eficientes, de modo que los profesionales sentirán y aceptarán su presencia y su potencial de control en el día a día. La estandarización de los procedimientos prácticos permitirá a los profesionales acercarse a la dimensión humana de las consultas.

La medicina se basará en una primaria potente y niveles de superespecialización avanzados. La función *gatekeeper* será imprescindible para contener el maximalismo de las superespecialidades. La especialización de menor concentración y mayor transversalidad será absorbida por los equipos de atención primaria (ecografía, endoscopia, cirugía menor, traumatología, dermatología, etc.). Dentro de los equipos se crearán áreas de especialización.

A pesar del gran potencial de movilidad entre especialidades, los médicos (las médicas) tenderán a focalizar su práctica.

Las situaciones contractuales serán muchísimo más abiertas y flexibles que las actuales. Jamás haciéndote rico. Se podrá vivir de ser médico pero con un potencial de ingresos muy variable y adaptado. Persistirán la feminización y la endogamia como tendencias colectivas.

Los médicos varones ocuparán las áreas más relacionadas con la gestión y el potencial de negocio. Las mujeres las relacionadas con la investigación, la docencia y las que permitan una mayor compatibilidad horaria con las responsabilidades familiares.

El núcleo duro de la actividad de primaria será similar al que actualmente existe: patología aguda, patología crónica, patología social. No habrán grandes cambios en la atención a la patología aguda respecto a la situación actual. En este sentido, la sociedad exigirá servicios de atención inmediata, sin lista de espera, con horarios adaptados a las actividades sociales y de alta resolución. Los servicios de urgencia no pararán y se verán desbordados. La tendencia actual de "consultar cualquier dolencia al instante" se mantendrá. La patología crónica, especialmente la del área cardiovascular, se verá profundamente afectada por la nueva conceptualización del concepto riesgo. Otras situaciones crónicas, pero no necesariamente patológicas (osteoporosis, artrosis, discapacidad) deberán ser debatidas a nivel social, luchando contra los intereses económicos de las grandes corporaciones farmacéuticas. Los otros programas preventivos tendrán base gubernamental y en los centros de primaria los realizará enfermería.

De mantenerse el estado de "espejismo de bienestar" las consultas como reflejo de estrés social podrán incrementarse (especialmente a expensas de la población inmigrante). Una posibilidad, ciertamente lejana, es que nuevas esotéricas (nuevas espiritualidades) absorban todo este malestar y, con sus terapias alternativas, descarguen las consultas por este motivo.

De no ser así, la demanda psicosocial obligará a redefinir qué es estar enfermo, hasta qué hay que tratar determinadas situaciones y cuál es el papel del sanador en la sociedad del bienestar. Habrán grandes posicionamientos al respecto. La industria farmacéutica tendrá gran interés en medicalizar esta situación y el conflicto quedará servido.

Fundamentalmente la sociedad tendrá que afrontar la realidad de la enfermedad y la muerte. No se podrá seguir viviendo de espaldas a esta realidad. La gente seguirá enfermando y muriendo, igual o más (factor inmigración). El debate social sobre los límites de la medicina y de la vida se extenderá y la sociedad impondrá su visión en relación a la eutanasia y la investigación de base genética. La medicina genética mostrará sus limitaciones, incoherencias y limitaciones y resultará frustrante para la so-

ciudad. Sólo una pequeña porción de problemas podrán ser resueltos mediante enfoques genéticos. La visión genética de la salud supondrá serios problemas en determinados ámbitos (seguros de vida, contrataciones laborales) y no evitará las primeras causas de enfermedad y muerte. Igualmente pasará con los avances en supertecnología médica. Demasiado caros y útiles sólo para demasiado pocas situaciones.

Habrán severos problemas de financiación de los sistemas sanitarios. Habrá que racionalizar al máximo la factura farmacéutica y la factura tecnológica ineficiente. El copago finalmente se extenderá y la cartera de servicios se verá en parte limitada.

La presión se desplazará a los políticos y los gestores, que deberán limitar su tendencia a la ocultación, a la mentira y la tergiversación. Los médicos, si han sido listos, se erigirán como el garante ético y profesional de la atención de la salud de las personas.

La factura social se disparará y habrá que replantear (y clarificar) la separación entre lo social y lo sanitario.

Pero la gente no se sentirá más feliz y, por tanto, tampoco se sentirán más sanos. Habrá que re-reflexionar sobre el concepto salud.

La sanidad tendrá que definir sus límites. Los médicos tendrán que redefinir su rol: ¿somos un único colectivo o somos una constelación profesional? El rol del colegio médicos, después de crisis profundas, será replanteado y, probablemente, se verá reforzado con la modernización precisa. La profesión se democratizará y sus representantes expresarán el sentir de los nuevos tiempos médicos: recontrato social. Las exigencias profesionales, la persecución de la incompetencia y de las manzanas podridas será implacables (por parte de los propios médicos).

La medicina de familia tiene el futuro en sus manos. Los años la han consolidado como colectivo profesional. Solo será depredada si se lo deja hacer. Todo el mundo tiene lo que se merece. Los débiles acaban pereciendo en tiempos de crisis. La medicina de familia tiene debilidades y fortalezas. Se trata de saber aprovechar las primeras. Sin complejos. Las principales fortalezas son: la independencia (en términos relativos de intereses cautivos), la desesperación (peor no vamos a estar, poco podemos perder), la magnitud (el colectivo más numeroso), la sociedad (el colectivo más cercano al ciudadano), la coherencia (un rol suficientemente definido y con pocas matizaciones), la organización (sociedades científicas bien organizadas, pero que sólo han de ponerse de acuerdo), la posición estratégica (la propia función de *gatekeeper*).

Bibliografía

- American Board of Internal Medicine, American College of Physicians, European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *Lancet*. 2002;359:520-2.
- Congrés Professió. Primer Congrés de la professió mèdica de Catalunya. Núm 2. Febrer 2005.
- Freidson E. Professionalism reborn: theory, prophecy and policy. Chicago. The Chicago University Press. 1994.
- General Medical Council. Good Medical Practice. <http://www.gmc-uk.org/standards/good.htm>
- General Medical Council. Tomorrow's doctors. Recommendations on undergraduate medical education. February 2003. http://www.gmc-uk.org/med_ed/tomdoc.htm
- Jovell A. El futuro de la profesión médica. Barcelona. Fundación Josep Laporte. 2001.
- National Board of Medical Examiners. The behaviours of professionalism. <http://ci.nbme.org/professionalism/>
- OMC. La profesión médica en España. Fundación para la formación de la OMC. 2005.
- Simó Miñana J, Gervas Camacho J, Seguí Díaz M, de Pablo González R, Domínguez Velásquez J. El gasto sanitario en España en comparación con la Europa desarrollada. La atención primaria española, Cenicienta europea. *Aten Primaria*. 2004;34:472-81.

Los roles de los profesionales sanitarios ¿podemos no cambiar?

A. Berlín

Con este título surge otra pregunta: ¿podemos continuar de la misma manera? Los aspectos interesantes a tener en cuenta son los siguientes: ¿por qué tenemos que cambiar? (cuales son los factores que promueven o limitan cambios) ¿en qué debemos cambiar? (nuestras tareas, nuestras relaciones, nuestra educación) y ¿cómo cambiaremos? ¿Se podrá reconocer en 15 años la Atención Primaria (AP) y el médico de familia (MF)? Fun-

TABLA 1 Retos actuales en la atención primaria

El aumento de expectativas de los pacientes, escándalos profesionales y la crisis en la "auto-regulación" y control de calidad de la profesión.

Más control estatal con un nuevo contrato y el "marco de calidad y resultados" en AP.

Enormes cambios sociodemográficos, científicos y epidemiológicos.

Más complejidad en la composición de equipos y relaciones inter-profesionales.

Expansión en la formación comunitaria pre y posgrado.

damentalmente este análisis está pensado desde una perspectiva inglesa, pero tiene implicaciones a un nivel más global si se tienen en cuenta las políticas de salud y las conexiones entre ambos.

Esta parte de la odisea empieza con un viaje al pasado. Como resultado de unos hechos históricos que fueron significativos en el Reino Unido (RU) (el sistema "*gatekeeper*", el monopolio del National Health Service así como el extenso desarrollo de los equipos de AP) se demuestra que muchas veces hemos sido vanguardistas o hemos ido por delante de otros países, a veces cometiendo errores y teniendo que enfrentarnos a retos de los cuales otros pueden aprender.

Es importante tener en cuenta que estas peculiaridades asistenciales han permitido realizar comparaciones internacionales que demuestran que el sistema Británico, basado en la AP, es una forma de proporcionar un servicio sanitario altamente "*cost effective*" y justo. En realidad estos datos ocultaban una gran variabilidad en la práctica médica y, nada permanece igual para siempre... los roles de los profesionales sanitarios están cambiando. Nuestra experiencia reciente en el RU forma un capítulo en la odisea interesante y pertinente. Este capítulo cubrirá la elasticidad de nuestro equipo de AP y su capacidad de adaptarse frente a unos retos sin precedentes (tabla 1).

Altas expectativas de los pacientes, elevado control de los profesionales

Sin duda alguna la relación entre el paciente y el médico ha cambiado considerablemente en la última década. Los médicos tienden a hablar de una manera negativa a los pacientes que son más exigentes pero por otro lado se tiende a ver una población cada vez más informada (un factor a considerar que no es necesariamente negativo). El incremento de la ética médica como dimensión fundamental en la práctica (con el mismo estatus que el conocimiento y las habilidades) hace más incapié en la autonomía del paciente (por lo menos en las sociedades occidentales). Esto representa un reto considerable sobre todo para la generación de médicos que tuvo una formación dentro de un marco paternalista. Sin embargo estas tendencias van a la par, mientras que los pacientes piden que tienen más derecho a un mejor cuidado aumentan sus responsabilidades en la participación de su propia salud. Necesitamos ahora volver a evaluar el balance entre derechos y responsabilidades y equiparnos para poder manejar mejor este proceso prestando más atención en las explicaciones que damos a nuestros pacientes, tanto en la manera de presentar diferentes opciones como en la manera de compartir decisiones, lo que se ha llamado "*the neglected second half of the consultation*"¹.

Es reconfortante mencionar dos factores, primero que ha habido una reducción en la confianza que se tenía con el MF (un hecho inevitable y hasta cierto punto sano) como consecuencia de los escándalos que han ocurrido recientemente. A pesar de todo sigue habiendo un nivel de satisfacción del 70-90%². Segundo, el cambio en la relación entre la sociedad y los profesionales es un dato que no es exclusivo del RU ni de la medicina, es un fenómeno universal que afecta a los abogados, profesores, arquitectos y contables. Hay una mayor expectativa entre una población consumidora que está más informada en general. Es importante evitar una sensación "paranoide", todos formamos parte de esta tendencia cuando pensamos en la educación de nuestros hijos o cuando recibimos un asesoramiento legal o económico.

Desde otro punto de vista este cambio en el "contrato social" entre el público y los profesionales se puede llegar a explotar fácilmente con la intención de obtener un beneficio político. En el RU tendrá que haber un cambio en la tradición de autoevaluar y autocontrolar la profesión (ya que queda poco tiempo para que la profesión pueda llegar a un acuerdo sobre

una nueva metodología). El Estado está a punto de intervenir. La cuestión es ¿será una buena alternativa que sea dirigida por los políticos? El slogan de este gobierno inglés es la libre elección. Varias iniciativas han sido propuestas pero sospecho que la mayoría de serán ilusorias. El sistema "Choose and Book" pretende ofrecer al paciente que ha sido derivado a un especialista la libre elección de hospital y de especialista por internet durante la misma entrevista clínica con su MF. Esto es una idea teóricamente buenísima pero adivino que la lista de opciones será muy limitada, los médicos lo resistirán por razones de tiempo y hasta que no resuelvan el problema de la lista de espera no afectará a la satisfacción del usuario. La libre elección de MF no es algo nuevo pero las propuestas más recientes permitirán a los pacientes que se registren con varios MF a la vez, una idea que se podría conseguir si existiera una historia clínica accesible electrónicamente. Da mayor importancia a que el paciente pueda elegir, pero sacrifica algunas de las ventajas de tener un cupo registrado, por ejemplo el concepto de la atención continuada y la atención a la población. En el RU ha habido un cambio en los servicios de AP (por lo menos en los documentos oficiales) empezando con "Primary Care Led Service" (1990) y acabando con un "Patient Led service" (2005)³ pasando por un "patient-centred service"⁴.

Un nuevo contrato 2004 y el "marco de calidad y resultados" en AP

El Servicio Nacional de Salud (NHS) del RU desde una perspectiva externa se percibe como uno de los más coste-eficientes y justos en el mundo desarrollado⁵. Con un presupuesto de solamente el 6,8% del producto bruto nacional en 1995 se estaba enfrentando a una crisis asistencial con baja moral del personal, listas de espera larguísimas y escasez de recursos humanos. No era difícil demostrar que había una insuficiencia presupuestaria, pero el incremento de fondos bastante amplio en el 2001 estaba vinculado con nuevos contratos para todos y más controles de calidad y eficiencia.

El sistema de pago de los de médicos de AP es un tema polémico a nivel internacional con opciones que incluyen: salarios, pago por el usuario, capítativo, pago por acto médico y pago por objetivo ¿Qué sistema motiva más a los médicos? ¿Qué es lo más coste efectivo? ¿Qué es lo que contribuye a la atención del paciente?. En un experimento sin control y de magnitud considerable el Ministerio de Salud Británico introdujo un nuevo contrato basado en gran parte en pago por procesos y resultados clínicos, el "Marco de Calidad y Resultados (QOF)". La intención explícita fue ajustar los controles de calidad por indicadores medibles enfocado en el manejo y prevención de las enfermedades crónicas (tabla 2)⁶.

Hubo un periodo largo de negociación. Los profesionales se preocuparon bastante por el enfoque reduccionista hacia la atención "holística" que se pretende que preste como MF.

En su análisis del QOF Roland⁷ intento predecir sus efectos (resumido en la caja 2). Al final del primer año puedo dar una impresión anecdotal y personal sobre la precisión de sus predicciones (indicados por ✓ o en la tabla 3)

Estaría justificado decir que, por ahora, lo positivo compensa (ligera-mente) los aspectos negativos. La mayoría de los centros pudieron pagar a su equipo un gran plus financiero en mayo 2005. Podemos decir que el gobierno no esperaba el elevado nivel de calidad de la AP. Lo preocupante es que van a añadir más puntos para el próximo año, invadiendo la entrevista clínica cada vez más. Para ser sostenible tendrán también que reducir las compensaciones financieras de alguna manera. ¿cual será el coste-efectividad de esta política?

Cambios sociodemográficos, más complejidad en la composición de los equipos

Siempre he tenido la impresión que la diferencia más notable entre los servicios de Primaria del RU y de España es el papel de la enfermería comunitaria. Aunque tenemos una mezcla de profesionales un poco extraña, el nivel de profesionalidad e independencia de las enfermeras del RU sobre todo en el apoyo del enfermo en su casa, crea unas opciones asistenciales que no existen en España. Estos opciones son imprescindibles con una población cada vez más vieja, con menos hijos dispuestos a cuidarles (España tiene una expectativa de vida muy alta), un índice de natalidad muy bajo y un incremento en el nivel de empleo de las mujeres. Dentro de nuestro centro hemos empezado a pensar lo impensable: formar a las recepcionistas y a la secretaria como asistentes sanitarias cumpliendo tareas básicas como extracción de sangre, toma de tensión etc. La enfermera (ATS/practicante) ahora lleva el protocolo de citología, planificación familiar, inmunizaciones del adulto y gran parte de la diabetes.

TABLA 2 Marco de Calidad y Resultados (Quality and Outcomes Framework).

Total 1.050 puntos, podría aumentar los ingresos hasta 45.000 € por doctor
550 puntos para el manejo de 10 enfermedades crónicas (hipertensión, enfermedades cardio y cerebrovasculares, asma, salud mental, etc.)
500 puntos para aspectos organizativos: gestión clínica y satisfacción del usuario
Usando protocolos nacionales basados en la evidencia
Enfocado en indicadores de factores de riesgo

TABLA 3 Sumando los ingresos del MF con Calidad de Atención: un gran experimento en el RU. (Roland con adiciones)⁷

Positivas

Extensión rápida de la informática clínica	✓✓✓
Extensión del papel de las enfermeras	✓✓✓
Aumento del conocimiento especializado de personas de AP	✓✓ (algunos)
Mejora en resultados clínicos	?

Negativas

Poca coordinación asistencial especialmente en los pacientes con varios diagnósticos	✓
Pérdida del enfoque holístico	✓
Los pacientes se sintieron bajo presión por tener que participar en actos de "screening" y promoción de la salud	✓
Disminución en la calidad de la atención de enfermedades no incluidas en los incentivos	?
Aumento de procesos administrativos	✓

Resultados no previstos

La mayoría de los centros lograron más de 750 puntos (estimación 70% lograran >900 puntos)
Extensión de equipos para incluir "asistentes sanitarias"
Elevado porcentaje del presupuesto adicional gastado en pago de médicos
Efecto positivo en la moral de los equipos.

Aparte del Marco de Calidad (QOF) el nuevo contrato permitió la creación de especialistas en la AP con cargo en su propio centro y en los del sector para desarrollar servicios en, por ejemplo: diabetes, salud mental, drogodependencia, cuidados paliativos y otros. Se llaman "GPs with a special interest" (o GPwSI – pronunciado Gypsy). Mi colega Encarna es nuestra Gypsy diabético. Aunque rompe el imagen del generalista holístico yo reconozco que el manejo del diabético es cada vez más complejo y agradezco el apoyo y el alivio de no trabajar al límite de mi conocimiento. Si tengo dudas. Algunos MF tomaron la decisión de trasladar todo el tratamiento de unos pacientes (sobre todo los drogodependientes) a su Gypsy. ¿Que pasará si vemos más y más interconsultas en primaria? ¿Vamos a crear MF con capacidad de resolver cada vez menos? ¿Estamos creando unos "especialoides" (seudo-especialistas tipo ambulatorio identificado por Tudor Hart y de la Revilla⁸)? Lo importante para mi es que Encarna y los otros Gypsies son en primer lugar (y lo seguirán siendo) generalistas con alto nivel de formación y una orientación comunitaria integrativa

Relaciones interprofesionales – ¿"Gatekeeper"/navegante/bolsista?

La característica mas clave del MF inglés es el fuerte papel de gatekeeper que se lleva en el acceso del paciente a los servicios especializados. Probablemente la reciente propuesta⁸ que permita el acceso directo a algunos servicios en el sector secundario represente el cambio más dramático que hemos visto en el NHS en 50 años. La experiencia en el Kupat Holim (mayor proveedor de servicios sanitarios Israelita)⁹ que abandonó el papel "gatekeeper" para sus usuarios en los años 90 nos hace reflexionar en la alta satisfacción concentrada en la gente joven con problemas no com-

plejos. Sin embargo el paciente mayor que padece de enfermedades crónicas prefiere discutir el papel de la atención especializada en su caso personal con el médico que le conoce mejor, su MF, ayudándole a navegar por el sistema y las opciones. Datos no publicados también indica que hubo un grupo de pacientes que solicitaron opiniones múltiples y luego llegaron a sus médicos de toda la vida con un montón de informes, placas y pastillas completamente confundidos, pidiendo su ayuda para interpretar la sobrecarga de información (como si fuera un bolsista asesorándole en la compra de acciones). En un mundo llevado por el usuario individual tendremos que aceptar que el bien de la mayoría no siempre estará encima de los derechos del individuo.

Tomando en cuenta la extensión del papel de la enfermería y el desarrollo de los Gypsies (MF especializados) vamos a asistir a unas alteraciones en las relaciones interprofesionales sumamente radicales que exigirán muchas adaptaciones, sobre todos en los diversos campos de las actitudes profesionales y los sistemas de informática.

Expansion en la formación comunitaria pre y pos grado

La mayor contribución de la AP en la formación de los médicos ha sido un gran éxito de los MFs británicos. Los planes de estudio en todas las facultades de medicina incluyen por lo menos un 10% de las horas totales en la comunidad, la mayoría de los estudiantes pasan por los centros de salud en todos los años de la carrera. La iniciativa de reforma en la formación posgrado "Modernising Medical Careers"¹⁰ propone que los residentes de casi todas las especialidades deben rotar por un centro de salud durante 6 meses. Un paso imprevisible en muchos países e importante para la AP en el RU pero ¿donde pondremos tantos aprendices?. En otro artículo y ponencia del Congreso elaboraré este tema.

Bibliografía

1. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract.* 1999;49:477-82.
2. National Statistics. Satisfaction with NHS GPs and dentists: Social Trends 34. 2002. [<http://www.statistics.gov.uk/STATBASE/ssdataset.asp> accessed 4/7/05]
3. Creating a Patient-led NHS - Delivering the NHS Improvement Plan. DH/NHS 17 March 2005. [<http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle>] accessed 1/7/05
4. Hogg C Patient-centred care - tomorrow's doctors. 2004 General Medical Council <http://www.gmc-uk.org/qabme/library/docs/Discussion> (accessed n4/7/05).
5. Starfield B Primary care: concept, evaluation and policy. Londres: Oxford University Press, 1992.
6. NHS Confederation Investing in General Practice - The New General Medical Services Contract 2003 [<http://www.nhsconfed.org/docs/contract.pdf>] accessed 4/7/05]
7. Roland M Linking family doctors' pay to quality of care- major experiment in the UK. *N Engl J Med.* 2004.
8. de la Revilla L. Primary health care in the British and Andalusian national services: similarities and discrepancies. *Aten Primaria.* 1989.
9. Tabenkin H, Gross R, Brammli & Shvartzman P. Patients' views of Direct access to specialist An Israeli experience *JAMA.* 199;279:1943-8.
10. National Health Service Modernising Medical Careers. 2004 [<http://www.mmc.nhs.uk/pages/home>] accessed 4/7/05.

Las nuevas tecnologías y la práctica médica ¿medicina ficción?

A. Ruiz Téllez

Vuelta a las historias en papel habida cuenta los escándalos en confidencialidad, secundarios a la "venta de información" sobre homosexualidad para empresas simpatizantes de grupos religiosos de alta ortodoxia. Fracaso rotundo de los programas de redes neuronales de árboles de decisión por la negación de los profesionales a grabar la ingente información que proporciona un paciente en los primeros 20 segundos.

Revalorización de los profesionales que han apostado por el trato personal.

Vuelta a las bases descentralizadas por el escándalo de la venta y filtración de datos de salud, que se destapó como consecuencia de las leyes antitabaco y que permitió evitar la contratación de fumadores para empresas. Conflicto permanente de la ATP con el Hospital, dado el incremento de hospitales a lo largo de esta década, estimulada por la iniciativa de las multinacionales, por el desembarco de las mismas en ésta época.

La reforma del modelo de receta de 2006 fue el crack de la informática de las grandes organizaciones. Los médicos, al verse liberados de la servidumbre de la receta crónica comenzaron a mirar a los programas de historia clínica informática solo como sistemas de ayuda al acto clínico. El *hiato informático*, como así se llamó en 2008, fue el más poderoso revulsivo para el rearme de la profesión. La Profesión dijo *no*.

Recreación de los guetos de los años 60, de gitanos y pobres, ahora norteafricanos, hispanos o de países del este. Aumento de la problemática socio-sanitaria, incremento de la patología mental, de hábitos tóxicos, obesidad y violencia. Huida de los profesionales de las zonas marginales de las ciudades por la conflictividad social. Crecimiento, de nuevo del asociacionismo, y de las iniciativas espontáneas de la solidaridad.

Reaparición de una nueva generación de profesionales médicos y enfermeros de la Atención Primaria vocacionados para la atención de poblaciones marginales. Experiencias estimulantes de rehabilitación social en barrios de emigración. Revalorización del médico de Atención Primaria vocacional.

Atractivo para los residentes de medicina de familia en formación.

El descontento de los profesionales, en los años 10, fue tan importante, pues la cohorte de 55-60 era la más numerosa y de alguna manera la propietaria de la memoria histórica de la 1ª reforma sanitaria, que los Servicios de salud, incentivaron muy intensamente las prejubilaciones.

Estas acciones permitieron a muchos profesionales de 30-40 años crear centros de salud autónomos, en sociedades que entre ellas se agregaron en proporciones variables y que dio y ha dado a muchos profesionales y paciente grandes satisfacciones. Como siempre recogieron los mejores frutos los primeros.

Los sistemas de salud diversificaron el número de proveedores y comenzó a aparecer, hasta hacerse casi tan prevalente como el estatutario o el funcionario el contrato laboral, autónomo, o socio de sociedades varias.

Fue una salida para muchos.

La movilidad se disparó pues los profesionales de ese modelo laboral se movían con mayor facilidad que los funcionarios o estatutarios, que mejoraron, eso sí, como concesión de los servicios a su malestar creciente y permanente.

Las Administraciones públicas, cedieron y concertaron con estas organizaciones de profesionales, más dinámicas, para favorecer el *peer-review* y la autonomía de gestión con responsabilidad compartida.

Durante la década de los años 10, el exponencial crecimiento de la inmigración presionó extraordinariamente sobre la inercia de los roles y los profesionales médicos derivaron hacia modelos de mayor especialización, competencia y supervisión, permitiendo y estimulando a los estamentos no médicos, como enfermeras, auxiliares, etc., para el incremento de sus competencia ejecutivas sobre los pacientes. Si a finales de los años 2000, la revolución recayó definitivamente en las áreas administrativas de los centros de Atención Primaria, la década de los 10 fue el tiempo de la enfermería. En el año 2011 el RD 34/2011 de Reorganización de los servicios enfermeros, fue el hito más importante hasta nuestros días. Por fin se creó la especialidad de Enfermería de Atención Primaria (de los 0 a los 100 años), que, fue y ha sido considerado como el hito más importante de la Atención Primaria, desde la creación de la Especialidad de Medicina de Familia y el decreto 137/84 del siglo pasado. Enfermería en primera línea, con gran reconocimiento ciudadano y con capacidad de solicitar procedimientos diagnósticos y terapéuticos y de prescripción.

Las consejerías de salud, no pudieron enfrentarse con cierto control hasta que pudieron medir la actividad de sus unidades en claves de efectividad y eficiencia del 100% de la actividad y en base epidemiológica y poblacional. Ello, que, en principio, fue bien recibido por los profesionales, hartos de sufrir las mediciones parciales y sin finalidad, por reconocerse como un sistema de medición y reconocimiento, pronto se convirtió en el soporte de la relación entre niveles, entre profesionales del mismo y de diferentes niveles y especialidades. El año 2007, fue el hito. Una CCAA publicitó por primera vez toda la información sanitaria de su sistema de Atención Primaria en clave de efectividad. Fue un efecto dominó, que terminó por tumbar la perversa contabilidad analítica de los hospitales españoles. La ambulatorización era la norma. Los gerentes de hospital, al depender de presupuestos capitativos, incentivados los procesos complejos y desincentivados los simples, abrieron todas las pruebas diagnósticas y terapéuticas a todos: centros de Atención Primaria, de cualquier condición y a otros servicios especializados. De entre los diferentes modelos de relación entre primaria y especializada, algunos brillaron por sus efectos, tales como la gestión por el dinero sigue al paciente, o por la contratación

de especialistas desde los centros de Atención Primaria, bajo la jerarquía del director del centro de Atención Primaria eligiendo especialista.

Lo cierto es que los sistemas de información en base a efectividad fueron claves pues lograron estigmatizar los comportamientos generadores de lista de espera, de derivaciones indebidas, de iatrogenia especializada, de modificaciones de medicaciones sin valor añadido, etc.

Parte de la reforma que ahora tenemos, proviene del impulso que se dio, bueno que dieron los trabajadores sociales de las entidades locales que se integraron en los centros de Atención Primaria, al servicio y bajo la dirección de los directores de los centros de Atención Primaria. Los años 90, lógicamente, en cierto modo, por el *boom* de la inmigración, que alcanzó el clímax, ya no superado del 30% de la población, fueron la revolución sociosanitaria. De no ser por los servicios sanitarios, recrecidos por los servicios sociales, no sabemos lo que hubiera pasado. Hasta el 2016, se arrastró la recesión del 11, que afectó principalmente a los sectores más débiles, lo que tumbó la construcción, el pilar económico nacional. Las bajas laborales se disparaban y, como siempre, el sector sanitario taponó el problema social. En esta ocasión, a diferencia de la recesión de los 90, del siglo pasado, los profesionales se hicieron conscientes de su papel intermediador.

Ello contribuyó al reconocimiento actual de la profesión, fundamentalmente la enfermería y la medicina de Atención Primaria.

La urgencia fue otro de los grandes reconvertidos.

El crecimiento de la utilización de los servicios de urgencia fue demolidor rompiéndose todas las previsiones del mismo, que había sido, año, tras años 2 puntos por encima de PIB, de manera acumulada, en el 2011, en el año de la recesión.

La Ley 4/2012 de Regulación de los Servicios Sanitarios estableció el nuevo marco de ordenación de las ofertas sanitarias y fue el impulsor de la "modernización" de los servicios de urgencias. Las urgencias salieron del hospital y se trasladaron a primaria. La inversión fue importante, pues se construyeron o adaptaron muchos servicios de atención continuada de la Atención Primaria, en verdaderos servicios de urgencia, con aparataje diagnóstico de Rx, laboratorio básico, suficiente para el 95% de las urgencias, no pudiendo ingresar en las emergencias hospitalarias más que entrando como tal, o por envío desde los servicios de urgencia.

Hasta el 2011 el comportamiento social se parecía a los albores del los 2000, cada vez más patología mental con cada vez más salud infecciosa, pero menos metabólica, respiratoria y endocrina. Ya desde el 11 la tendencia avisaba, pero el 2017 fue el año de la alarma. Se habían igualado las expectativas de vida de las mujeres con los hombres. El tabaquismo, el alcohol, el estrés laboral y la desestructuración familiar consiguieron reducir la expectativa de vida, que nunca volvió a se de 86 años, hoy es de 80, pero en el 17, descendió hasta los 79, como consecuencia de los CA de mama, pulmón sobre todo, colon, cirrosis, IAM por obesidad y Diabetes y suicidio.

La salud del hombre creció, en parte por el abandono de varios hábitos tóxicos seculares, sobre todo tabaco y alcohol y en cierto modo por el autocuidado, y el aumento de la cultura, la sensibilidad, la feminidad y el acceso, antes que la mujer a las ventajas de las nuevas tecnologías, el teletrabajo, flexibilidad horaria, etc.

En la década de los 10, se dispararon las consultas por las No enfermedades lo que generó encendido debates en las revistas científicas y en los nuevos editoriales libres. La medicina estética y las medicinas alternativas crecieron hasta lo que son en nuestros días.

Las Huellas lo coparon todo en la segunda década de los 2000, fundamentalmente a partir del 2013, y máxime en el 2018 en el que se vulgarizó la toma de huellas biogenéticas en busca de mínimas lesiones tumorales, defectos endocrinos, alteraciones eléctricas, etc. Hora y media de inmovilidad que daba como resultado un informe, cuya expectación hacía temblar al más bragado. Podía detectar nódulos cancerosos, de cualquier aparato orgánico, de menos de 1 mm, lo que de encontrarlo permitía su extirpación o su tratamiento, además, también de darte una larga relación de "peculiaridades" genética de tu cuerpo, que te mostraban la espada de Damocles, o mejor las espadas.

Este año, el 21, parece que la Seguridad social va a sufragar una toma de huellas BG cada 2 años, desde los 14. El debate no se ha cerrado. Ya se han posicionado, como con todas las grandes revoluciones, en situaciones extremas muchas organizaciones. Los defensores de la vida libre de estigmas y del predeterminismo, en contra; los defensores de los cuidados a ultranza, los preventivistas, la mayoría de los especialistas, a favor.

Diabetes tipo 2: un gran reto en el futuro de la atención primaria

Moderador:

F.J. García Soidán

Médico de Familia del Centro de Salud de Porriño (Pontevedra). Coordinador del grupo de diabetes de la Asociación Galega de MFeC. Miembro del grupo Gedaps.

Ponentes:

J. Franch Nadal

Médico de Familia del Centro de Salud Raval Sud de Barcelona. Doctor en medicina. Profesor asociado de la Universidad Autónoma de Barcelona. Coordinador del grupo Gedaps. Miembro de la directiva de la Sociedad Española de Diabetes.

F. Álvarez Guisasaola

Médico de Familia del Centro de Salud La Calzada II de Gijón. Coordinador del grupo de diabetes de la semFYC. Miembro del grupo Gedaps.

M. Mata Cases

Médico del Centro de Salud La Mina de Barcelona. Responsable del programa de control de calidad en diabetes de Cataluña. Miembro fundador del grupo Gedaps.

Diabetes tipo 2: un gran reto en el futuro de la atención primaria

F.J. García Soidán

La diabetes es una enfermedad cuya prevalencia está aumentando progresivamente hasta el punto de convertirse en una verdadera epidemia. Esto es debido a los cambios en los estilos de vida que se han producido en los últimos años que como consecuencia han provocado un aumento de la obesidad y el sedentarismo de la población.

Otra causa es el cambio en los criterios diagnósticos con cifras cada vez más bajas y la simplificación al eliminarse prácticamente el uso de la sobrecarga oral de glucosa.

También tenemos evidencias de que con un control metabólico óptimo y de los diferentes factores de riesgo cardiovascular es posible reducir de una forma considerable la morbimortalidad de la enfermedad.

Otro elemento importante es la aparición de nuevos tratamientos que se producirá en los próximos años para el manejo de la enfermedad, lo cual nos obligará a tener que actualizarnos para hacer un buen uso de ellos.

Evolución epidemiológica de los trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono en los próximos años y nuevos criterios diagnósticos.

J. Franch Nadal

Debido a la falta de ejercicio y a los cambios alimenticios de la población aumentará la prevalencia de diabetes en los próximos años.

El aumento del número de diabéticos a su vez se verá incrementado por la reducción de las cifras diagnósticas en el futuro que podrían estar en torno a 110 mg/dl.

Los objetivos de control de la diabetes serán cada vez más rigurosos según se observa en diferentes estudios, lo cual será muy difícil de conseguir dado que ya en la actualidad pocos son los pacientes que consiguen el control de todos los factores de riesgo.

En estos momentos se considera a todo paciente diabético como de alto riesgo cardiovascular, lo cual ha sido demostrado en diferentes estudios ya clásicos y apoyado por otros nuevos, así que no será necesario el cálculo del riesgo cardiovascular.

Los nuevos fármacos para el tratamiento de la diabetes son poco esperanzadores de hecho si nos fijamos en la actualidad los mas recomendables siguen siendo las sulfonilureas y metformina, fármacos clásicos aún no superados por los nuevos. De hecho la introducción de nuevos fármacos responde más a intereses de la industria farmacéutica que a necesidades reales.

Otro factor sobreañadido al ya difícil control de los pacientes diabéticos es el problema de adherencia a los tratamientos, debido en gran parte a la gran cantidad de fármacos que precisarán para conseguir un adecuado control.

Ideas principales:

- En los próximos años se reducirán las cifras de glucemia diagnósticas de diabetes.
- Cada vez será más difícil el control del paciente diabético debido a los cada vez más rigurosos objetivos de control.
- Los diabéticos deben ser considerados pacientes de alto riesgo cardiovascular.
- En el futuro próximo no cabe esperar el desarrollo de nuevos fármacos antidiabéticos que sean mejores que los actuales.

Necesidades de adaptación de la atención primaria a los cambios que se van a producir

F. Álvarez Guisasola

La atención primaria tiene un papel importante en la prevención de la diabetes a través de la educación sanitaria de la población, lo cual puede verse apoyado por la educación sanitaria en las escuelas por parte del profesorado y por la legislación a través de la prohibición de máquinas expendedoras de bollos en los colegios...

La continua reducción de las cifras diagnósticas de diabetes traerá consigo un aumento exponencial del número de pacientes lo cual hará muy difícil poder asumir el cuidado de todos ellos con los actuales recursos sanitarios disponibles en atención primaria, por lo que habrá que adaptarlos a esta nueva situación.

Es necesario establecer objetivos de control en los pacientes diabéticos realistas y no ir reduciendo progresivamente estos objetivos hasta llegar a niveles utópicos irrealizables en la práctica clínica.

En el futuro será conveniente hacer un cálculo del riesgo cardiovascular en diabéticos, para establecer grupos de alto riesgo sobre los que habrá que actuar prioritariamente, sin embargo esto es difícil por la gran cantidad de tablas de riesgo cardiovascular existente, por lo que será preciso un alto grado de consenso entre las diversas autoridades en el tema.

La atención primaria será en el futuro el nivel sanitario donde se realizará el manejo del paciente con diabetes tipo 2 perdiendo totalmente el nivel hospitalario su papel en su control, lo cual además será mas eficiente para el sistema sanitario.

Para conseguir un buen control del paciente habrá que hacer un abordaje multifactorial que incluya a todos los factores de riesgo y actuando desde el nivel mas elemental como es la dieta y el ejercicio hasta: autocuidados, educación a grupos de pacientes...

Ideas principales:

- La atención primaria tendrá un papel importante en la prevención de la diabetes.
- Será necesario un aumento de recursos para poder hacer frente de una manera eficaz al aumento en el número de pacientes.
- Habrá que priorizar las actuaciones sobre todo en aquellos pacientes que presenten un riesgo cardiovascular elevado.
- La atención primaria asumirá en el futuro el manejo de los pacientes con diabetes tipo 2.

Futuro terapéutico de las alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono

M. Mata Cases

Existen en la actualidad estudios con fármacos que previenen la diabetes en pacientes de alto riesgo como son los pacientes con glucemia basal alterada o intolerancia a la glucosa, lo cual podrá tener futuras aplicaciones en la ayuda a la dieta y el ejercicio en la tarea preventiva.

Existen múltiples evidencias que avalan la reducción de las cifras diagnósticas de diabetes, sobre todo debido a la demostración de que con cifras menores a 126 mg/dl ya se incrementa el riesgo de la aparición de complicaciones cardiovasculares.

En estudios recientes ha quedado demostrado que con mayores reducciones en las cifras objetivo de control en cuanto a los niveles de lípidos, HbA1c y presión arterial se pueden conseguir beneficios adicionales en los pacientes diabéticos, por lo tanto habrá que actuar en esta dirección. A La hora de conocer el riesgo cardiovascular en nuestros pacientes diabéticos será preciso utilizar además de los actuales nuevos factores de como son la PCR, homocisteína, adiponectina...

En los próximos años contaremos con nuevos fármacos que nos ayudarán a conseguir un mejor control con menos efectos secundarios y por tanto mejor tolerados como la insulina inhalada..., así como un incremento en soluciones definitivas como el trasplante de islotes...

Para mejorar la adherencia al tratamiento habrá que desarrollar presentaciones farmacológicas que asocien varias moléculas, con lo cual se reducirá de manera drástica el número de comprimidos diarios (polipildora).

Ideas principales:

- Son esperanzadores los resultados obtenidos con tratamientos farmacológicos en la prevención de la diabetes.
- Existen suficientes evidencias para recomendar objetivos más estrictos en el control del paciente diabético.
- Para calcular el riesgo cardiovascular de los pacientes habrá que utilizar además los nuevos factores de riesgo como son PCR, homocisteína, adiponectina y otros.
- En el futuro se desarrollarán nuevos tratamientos y presentaciones terapéuticas que facilitarán y mejorarán el manejo de los diabéticos.

Cómo resolver mis necesidades de información: soluciones prácticas

Moderadora:

A.I. González González

Médica de familia. Responsable del Desarrollo y Mejora de Servicios sanitarios, Gerencia Atención Primaria Área 10 de Madrid, Servicio Madrileño de la Salud. Miembro del Grupo Asesor de MBE de la semFYC. Miembro del Grupo de Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC. Coordinadora del Grupo de Enfermedades Cardiovasculares de la smmFYC.

Ponentes:

J.F. Sánchez Mateos

Médico de familia, Centro de Salud Pinto, Área 10 de Madrid, Servicio Madrileño de la Salud. Becario del Proyecto ENIGMA.

J. Brassey

Director de ATTRACT Wales, NLH Q&A Service and TRIP Database. Gwent Health Authority.

F. Rubinstein

Médico de familia. Director del Área de Investigación e Información de la Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. Editor de la revista "Evidencia. Actualización en la Práctica Ambulatoria". Magister en Salud Pública (Epidemiología y Estadística), San Diego State University, EEUU. Subdirector Maestría de Efectividad Clínica Universidad de Buenos Aires.

M. Dawes

Médico de familia. Director del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de McGill, Montreal, Canadá. Ex-director del Centro de MBE de la Universidad de Oxford.

Las necesidades reales de información y cómo las solventamos: proyecto enigma

J.F. Sánchez Mateos

El proyecto ENIGMA (Estudio de las Necesidades de Información Generadas por los Médicos de Atención primaria) se inició con la intención de responder a dos preguntas fundamentales: ¿Qué dudas clínicas les surgen a los médicos de familia mientras pasan consulta? y ¿Cómo solucionan los médicos esas dudas clínicas durante la consulta, que es donde la respuesta va a afectar más la práctica clínica?

La mayoría de los trabajos sobre necesidades de información han identificado que los médicos generan un exceso de preguntas que quedan sin respuesta mientras realizan la asistencia sanitaria. Pero los hallazgos descritos no nos permitían saber lo suficiente sobre el área de incertidumbre / ignorancia clínica que surge durante la práctica diaria, y su conocimiento podría guiar los contenidos de las diversas fuentes de información existentes, incluso potenciar la creación de nuevas fuentes que ayuden a los médicos de atención primaria a resolver sus dudas de modo eficiente en el momento preciso.

Tras dos años de trabajo grabamos con cámara de vídeo 4 horas de consulta de una muestra de 112 médicos de atención primaria pertenecientes a cinco áreas sanitarias (1, 3, 8, 9 y 10) del Servicio Madrileño de Salud. Los médicos participantes atendieron a un total de 3511 pacientes y plantearon 635 preguntas clínicas (1,8 preguntas por cada 10 pacientes vistos). Las preguntas fueron clasificadas siguiendo la taxonomía desarrollada por Ely y colaboradores.

Las preguntas más frecuentes fueron sobre farmacología, proceso diagnóstico y traumatología (27% del total). La pregunta clínica general más frecuente fue "¿Cuál es la causa del síntoma/signo X? Sólo se buscaron respuestas a las preguntas formuladas en la consulta en un 40% de los casos; se respondieron de ellas un 85%, es decir, de las que se buscaron la mayoría obtuvo respuesta.

Los médicos identificaron los recursos que usaron en la consulta y nosotros identificamos los recursos utilizados fuera de la consulta cuando les llamamos por teléfono a las dos semanas de la grabación. La fuente de información que se utilizó con mayor frecuencia fue el vademécum o el compañero dentro de la consulta, y una vez la consulta había terminado el pri-

mer recurso utilizado fue un libro de texto seguido de las revistas. El uso de recursos de información impresos fue lo predominante, seguido de los recursos humanos. Como media, los médicos necesitaron 2 minutos en la consulta y 31 minutos fuera de la consulta para buscar sus respuestas.

Liberando a la literatura

J. Brassey

La mayoría de las fuentes de información primarias y muchas de las secundarias no se construyen con el objetivo de ayudar a los profesionales asistenciales en responder a sus dudas clínicas. Por eso a los clínicos nos resulta tan difícil encontrar las respuestas a nuestras preguntas. De hecho, el primer recurso de información que se utiliza para salir del paso es preguntar al compañero, porque es fácil y nos da una respuesta justo en el momento que lo necesitamos.

Pero existen servicios de información en forma de fuentes secundarias que nos permiten la búsqueda de evidencias sobre problemas clínicos que necesitamos resolver en tiempo real, es decir, cuando se presenta la necesidad de información. Dos de estos sistemas de información, muy parecidos a lo del "preguntar al compañero" son los basados en preguntas y respuestas ATTRACT (www.attract.wales.nhs.uk) y NLH Q&A Service (www.clinicalanswers.nhs.uk). Ambos recogen la pregunta y tratan de localizar la mejor evidencia disponible sobre el tema en cuestión en el menor tiempo posible. No se trata de revisiones sistemáticas de la literatura (y por supuesto esto tiene sus consecuencias que son discutidas) pero desde luego estos sistemas son capaces de encontrar mejor la mejor evidencia que lo que podría conseguir un clínico en el mismo tiempo.

Al mismo tiempo que se han venido desarrollando estos dos sistemas de información, se ha venido desarrollando la base de datos TRIP (www.tripdatabase.com). Su objetivo principal es el de ayudar a los usuarios (incluido a mi mismo y a la gente que trabaja para mí) a localizar la mejor evidencia disponible con el mínimo esfuerzo.

Construyendo herramientas para acceder a la información: revista evidencia, actualización en la práctica ambulatoria y el foro APS

F. Rubinstein

Los médicos de atención primaria, cualquiera sea nuestra especialidad, tenemos la responsabilidad de mantenernos actualizados con los avances científicos y los aportes que la literatura médica brinda día a día. Anteriormente, el limitado conocimiento sobre la biología humana y la escasez de estudios de investigación clínica determinaban que estos avances científicos fueran publicados con mucha menor frecuencia y, por lo tanto, "estar al día" era considerablemente más fácil.

Hoy, el número de publicaciones se multiplicó a tal punto que existen cientos si sumamos todo el espectro de las especialidades médicas y un sinnúmero de estudios son de calidad objetable desde distintos puntos de vista. Cuanto más escasos son los recursos de un país, mayor es la necesidad de planificar en base a prioridades que deben indefectiblemente basarse en la evidencia más sólida. Durante nuestra formación profesional no recibimos entrenamiento formal sobre metodología de investigación ni sobre estrategias de revisión crítica de la literatura. Además, en la mayoría de los casos tampoco disponemos del tiempo necesario para buscar información (o la infraestructura necesaria para obtenerla) que dé respuesta a la infinidad de preguntas que surgen en la práctica clínica diaria sobre los problemas particulares que enfrentamos cuando estamos con un paciente y en un gran número de casos, seguimos basando nuestras conductas y decisiones médicas en conocimientos desactualizados incorporados durante nuestra formación o en la sobreinterpretación de experiencias sobre pacientes individuales que pueden carecer de la necesaria objetividad y representatividad.

En este contexto, el grupo de médicos editores decidimos crear *Evidencia*, una publicación bimestral que comenzó en Octubre de 1997. La misma se halla indizada en LILACS y hoy disponible a texto completo en el sitio web: www.evidencia.org.

El proyecto fue pensado como una fuente confiable y accesible de actualización y educación médica continua en español y así contribuir con el

mejoramiento de la práctica de la Atención Primaria y de la atención ambulatoria a través de la transmisión de información médica relevante basada en la mejor evidencia disponible y considerando el contexto de la realidad local en Ibero América.

Su estructura y contenidos son similares a otras publicaciones secundarias, es decir las dedicadas a la revisión periódica de la literatura, tales como el EBM/ACP Journal Club, o el Journal Watch, que tienen en nuestros países un acceso limitado, ya sea por falta de infraestructura, por barreras idiomáticas o por barreras económicas.

Con el mismo espíritu, en 1999 se desarrolló el Foro APS (<http://www.foroaps.org/>), como un sitio web de acceso libre para educación y consulta para profesionales de atención primaria de la salud de habla hispana.

Estrategias de búsqueda de información para los médicos de familia

M. Davies

Los grandes bloques en construcción de la medicina como ciencia son las series de respuestas a preguntas clínicas. La taxonomía que se usa para poder clasificar estas preguntas clínicas le es familiar a cualquier estudiante de medicina e incluye la etiología, la prevalencia, la incidencia, las pruebas diagnósticas y el tratamiento. Durante la carrera vamos

encontrando la respuesta a muchas de estas preguntas. Pero desgraciadamente, muchas de esas respuestas ya han caducado o son equivocadas una vez que terminamos nuestra formación postgraduada y lo peor es que no sabemos distinguir entre cuáles son las correctas y cuáles son las equivocadas.

Un médico de familia puede atender a pacientes que se encuentran en cualquier situación clínica, y se espera de ellos que lo sepan todo sobre cualquier problema de salud. Si echas un vistazo a la lista de pacientes citados como médico de familia puedes llegar a realizar unos 2.500 diagnósticos nuevos cada año. Esto abarcará aproximadamente unas 500 enfermedades individuales. Para cada enfermedad se necesitará conocer al menos 30 respuestas a grupos básicos de preguntas clínicas, aunque esto será diferente dependiendo de la enfermedad o problema de salud.

Las respuestas a estas preguntas diferirán según el sexo, edad o raza del paciente. Necesitamos respuestas para niños, para adolescentes, para adultos de mediana edad y para los más ancianos. Necesitamos respuestas a preguntas teniendo en cuenta el género y la raza. Esto significa que para que un médico de familia pueda trabajar de una manera segura y efectiva tendrá que dar respuesta a unas 333.000 preguntas potenciales.

Por lo tanto, es fácil deducir que la labor del médico de familia es tarea complicada. Por ejemplo, puedes tener una paciente con artrosis de 58 años que le gustaría saber si debería tomar glucosamina. Para ello tendrás que averiguar si lo que la paciente quiere conseguir es aliviar el dolor, ser más independiente, incrementar su movilidad o las tres cosas juntas. Además hará falta valorar si la paciente tiene probabilidad de conseguir un

TABLA 1
Lista de fuentes de evidencia

CAT Bank	URL	Breve descripción
EBM Journal	http://ebm.bmjournals.com/	Evidence-Based Medicine busca en un amplio rango de revistas científicas internacionales aplicando criterios estrictos de calidad y validez. Expertos sanitarios valoran la relevancia clínica de los mejores estudios. Los artículos se seleccionan teniendo en cuenta dos preguntas específicas: ¿Afectarán los resultados a mi práctica clínica? ¿Afectarán los resultados a mi manera de pensar? Los detalles clave de estos artículos se presentan en forma de resumen al que se adjunta el comentario de un experto. Se publica cada dos meses y ofrece información relevante para la medicina de familia. Incluye otras disciplinas como la medicina interna, pediatría, obstetricia y ginecología, psiquiatría y cirugía.
ACP Journal Club	http://www.acpjcl.org/	Parecida a la revista EBM y valorada por el mismo equipo en la Universidad de McMaster pero está dirigida por el American College of Physicians. Para determinar la inclusión o no de un artículo utilizan un sistema de puntuación que tiene en cuenta la relevancia y lo novedoso de la información que aporta.
Evidence Based On Call: EBOC	http://www.eboncall.org/	Este proyecto surgió de un grupo que trabajaba para el Centre for Evidence Based Medicine de Oxford. Produjo un libro de texto sobre medicina de urgencias que une las recomendaciones a los CATs de los artículos relacionados. Finalizó en el 2002 y necesita ser actualizado.
Infotriever	http://www.infopoems.com/	POEMS (Patient Orientated Evidence that Matters) resume un artículo e incluye un comentario de una persona experta en la materia. Los editores revisan unos 1.200 estudios de más de 100 revistas cada mes, y presentan sólo los mejores como DailyPOEMS. 1 de cada 40 estudios es incluido. El proceso de realización de los POEMS aplica criterios específicos de validez y relevancia clínica. El proceso exacto de la valoración clínica es menos transparente.
Occupational Therapy CATS	http://www.otcats.com/topics/index.html	Se trata de CATs realizados por terapeutas ocupacionales. Inicialmente, se trataba de terapeutas que participaban en un proyecto de investigación durante el periodo 2002-2003.
University of North Carolina CATs	http://www.med.unc.edu/medicine/edursrc/catlist.htm	Ofrece una lista de CATs pero no está clara la manera en cómo seleccionan los temas.
Emergency department Manchester Royal Infirmary UK	http://www.bestbets.org/	Los artículos son seleccionados por médicos de urgencia de todo el mundo. Se incluye la estrategia de búsqueda y se ofrecen varios artículos como respuesta. La estrategia de búsqueda es revisada por un auditor externo. Los CATs son habitualmente un párrafo que describe el estudio y los resultados.
	http://www.racp.edu.au/imsanz/res_cat.htm	Sólo unos pocos CATs están disponibles para el público, 50 más están disponibles para los suscriptores del RACP.

beneficio con ese tratamiento para cualquiera de las variables resultado planteadas.

La medicina se ha vuelto mucho más compleja en los últimos 50 años, con el volumen de literatura que crece tan rápidamente. Sólo durante el año pasado se publicaron 27 ensayos clínicos sobre otitis media. No se puede conseguir ni siquiera leyendo dos revistas científicas a la semana y atendiendo a cursos de formación continuada mantenernos al día con todo lo que de manera importante afectará a los pacientes. Al mismo tiempo necesitamos asegurarnos de que estamos haciendo las cosas correctamente a los pacientes correctos y en el momento adecuado. Esta tarea parece imposible de conseguir para el médico de familia.

Los ordenadores deberían habernos facilitado más la vida a los clínicos pero paradójicamente en la actualidad nos la hacen un poco más complicada. La informática nos ha permitido almacenar la información producida durante los últimos 30 años sin desarrollar al mismo tiempo buenos sistemas de búsqueda. Al mismo tiempo nos hemos empezado a dar cuenta que no toda la investigación tiene el mismo nivel de validez. Como resultado nos encontramos con dos grandes problemas. Es difícil encontrar la información correcta y no sabemos si podemos creernos la información que encontramos. Cualquiera que haya intentado buscar en Google Scholar (<http://scholar.google.com>) o Medline rápidamente se da cuenta que no existen las búsquedas sencillas y rápidas.

El segundo problema es que la información que contiene la investigación primaria no es valorada de manera crítica. La necesidad de revisar la validez de cada estudio es algo tediosa. Esto es lo que las revistas científicas deberían ofrecernos. Desafortunadamente el hecho de haberse publicado un estudio en una revista relevante no le da mayor credibilidad. Existe numerosa evidencia que demuestra la influencia de la calidad metodológica en los resultados de los estudios sobre tratamiento. Afortunadamente para nosotros como clínicos durante los últimos 10 años muchos grupos han comenzado a realizar valoraciones críticas sobre la calidad de la literatura. Estas revisiones se publican en fuentes de información secundarias, algunas de las cuales se citan posteriormente en la tabla 1.

El proceso más duro es con mucha diferencia el de dar respuesta a las preguntas clínicas. Es la esencia de la práctica de la medicina basada en la evidencia, el momento en que el profesional genera una pregunta clínica a partir de una situación real. Después encuentra y valora la evidencia y finalmente la aplica a la práctica. Tiene que realizarse una búsqueda explícita de la literatura describiendo dónde y cómo se va a realizar la búsqueda. En segundo lugar debe explicitarse una razón para la selección del artículo/s que va a ser evaluado. La razón habitual para la selección de un artículo suele basarse en el nivel de evidencia (http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp) y en la disponibilidad del artículo a texto completo en Internet. En tercer lugar el artículo/s tiene que ser valorado críticamente y debe ofrecer una respuesta a la pregunta planteada. Esta es la razón para la creación de los CATs.

La base de datos ATTRACT es un sistema de preguntas y respuestas. Se mantiene por un equipo de especialistas en información sanitaria y es capaz de responder preguntas de una manera muy rápida. Además ofrece el proceso de búsqueda de manera explícita aunque no da como resultado un CAT. Otro sistema es el llamado FPIN (www.fpin.org). El concepto de esta página web es que si todos los profesionales sanitarios estamos respondiendo preguntas continuamente también podemos compartir las respuestas si contamos con la fuente que nos permite hacerlo de una manera fácil. Nuestras acciones son generalmente valoradas en comparación con lo que otros profesionales habrían hecho en la misma situación. Excepto las guías que a menudo tienden a dar información muy general no nos es posible conocer las consecuencias de los consensos a los que se llega, a no ser que tengamos la mala suerte de acabar en los tribunales. La base de datos FPIN la llevan médicos de familia de 9 centros académicos en Norteamérica. Hace las veces de un sistema de respuestas de calidad que ofrece formación para los clínicos que responden así como de base de datos. Por lo cual tiene dos finalidades, proporciona formación sobre búsqueda y valoración crítica pero también ofrece información clínica. Es un poco más lenta que la base de datos ATTRACT porque los médicos que la realizan lo hacen de forma voluntaria.

Lleva demasiado tiempo a los clínicos el hacer búsquedas y valorar críticamente las respuestas a todas las preguntas que les surgen. Como puedes ver en la siguiente tabla, gente de todo el mundo ya ha comenzado a desarrollar sistemas para compartir CATs. Esta es la única medida efectiva para controlar el fenómeno de la explosión de información en la medicina clínica.

Bibliografía

- Barrie AR, Ward AM. Questioning behaviour in general practice: a pragmatic study. *BMJ*. 1997;315:1512-5.
- Brassey J, Elwyn G, Price C, Kinnersley P. Just in time information for clinicians: a questionnaire evaluation of the ATTRACT Project. *BMJ*. 2001;322:529-30.
- Covell DG, Uman GC, Manning PR. Information needs in office practice: are they being met? *Ann Intern Med*. 1985;103:596-9.
- Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, et al. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ*. 2005;5:1.
- Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Bergus GR, Levy BT, Chambliss ML, et al. Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care. *BMJ*. 1999;319:358-61.
- Ely JW, Burch RJ, Vinson DC. The information needs of family physicians: case-specific clinical questions. *J Fam Pract*. 1992;35:265-69.
- Ely JW, Osheroff JA, Gorman PN, Ebell MH, Chambliss ML, Pifer EA et al. A taxonomy of generic questions: classification study. *BMJ*. 2000;321:429-32.
- González A, Abad AMF. Necesidades de información de los médicos en el ámbito hospitalario: estudio de un caso. VI Jornadas Españolas de Documentación; 1998; Florida: FESABID, 1998.
- González-González AI, Escortell E, Hernández T, Sánchez JF, Sanz T, Riesgo R et al. Necesidades de información de los médicos de atención primaria: análisis de preguntas y su resolución. *Aten Primaria*. 2005;35:419-31.
- Gorman PN, Ash J, Wykoff L. Can primary care physicians' questions be answered using the medical journal literature? *Bull Med Libr Assoc*. 1994;82:140-6.
- Gray JAM. Evidence Based Health-Care: Churchill Livingstone; 1997.
- Hodking K. Diagnostic vocabulary for primary care. *J Fam Pract*. 1979;8:129-44.
- Hook O. Scientific communications. History, electronic journals and impact factors. *Scand J Rehabil Med*. 1999;31:3-7.
- Ioannidis JP, Haidich AB, Pappa M, Pantazis N, Kokori SI, Tektonidou MG, et al. Comparison of evidence of treatment effects in randomized and nonrandomized studies. *Jama*. 2001;286:821-30.
- Juni P, Altman DG, Egger M. Systematic reviews in health care: Assessing the quality of controlled clinical trials. *BMJ*. 2001;323(7303):42-6.
- Osheroff JA, Forsythe DE, Buchanan BG, Bankowitz RA, Blumenfeld BH, Miller RA. Physicians' information needs: analysis of questions asked during clinical teaching. *Ann Intern Med*. 1991;114:576-81.
- Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, Hayward RSA. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP J Club*. 1995;123:12-3.
- Sackett DL, Straus SE. Finding and applying evidence during clinical rounds: the "evidence cart". *JAMA*. 1998;280(15):1336-8.
- Smith R. What clinical information do doctors need? *BMJ*. 1996;313:1062-68.
- Williamson JW, German PS, Weiss R, Skinner EA, Bowes F. Health science information management and continuing education of physicians. A survey of US primary care practitioners and their opinion leaders. *Ann Intern Med*. 1989;110:151-60.

La inmigración, una realidad no homogénea. ¿Somos competentes culturalmente en atención primaria?

Moderadora:

M.R. Fernández García

Médica de familia, CS Canillejas II, Área 4, Madrid. Miembro de los Grupos de Trabajo del inmigrante de SMMFyC y SEMFyC.

Ponentes:

J.M. Díaz Olalla

Médico de Familia. Doctor en Medicina. Asesor del Instituto de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid. Miembro del grupo de trabajo de Atención al Inmigrante de la SMMFyC.

J.L. Martincano Gómez

Médico de Familia, CS Goian Tomiño (Pontevedra).

J.E. Ospina Valencia

Licenciado en pedagogía social y especializado en medios de comunicación social. Coordinador del Programa de Agentes de Salud Comunitaria para Poblaciones Inmigrantes de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB).

¿Podrá la población inmigrante superar el impacto de nuestro nivel de salud?

J.M. Díaz Olalla

Hace unos años la Organización Mundial de la Salud acuñó el término *doble carga de morbilidad*¹ para definir, a la vista de la evolución de determinados indicadores de salud en el mundo, aquella situación de una gran parte de los países en desarrollo caracterizada por la aparición creciente de problemas de salud propios de los países desarrollados sin haber abandonado aún las elevadas prevalencias históricas de problemas derivados de las nocivas condiciones externas y de la ausencia o el mal funcionamiento del sistema de cuidados. Es decir se incorporaban al patrón de salud propio de los países ricos sin haber superado el de los países pobres, al persistir en toda su intensidad las condiciones que los determinan. Esta situación, que habla sin duda de una transición no ajustada a la realidad socioeconómica del mundo pobre sino más bien interferida por la incorporación de determinados estilos de vida impuestos desde Occidente y trasladados hasta allí por los medios de comunicación de masas, es superponible a la realidad de salud en que viven en nuestro país, y en otros países del mundo desarrollado, los inmigrantes económicos, que son ya casi un 10% de la población del Estado español.

Según este esquema soportan también esa *doble carga* por el hecho de que las exposiciones previas a determinados riesgos para la salud ya han generado morbilidad, discapacidad y/o una reducción diferencial de sus expectativas de vida en buena salud, y porque en ocasiones mantienen durante algún tiempo cierta inercia en algunas conductas vitales que comportan un riesgo adicional para su vida y sus salud, como lo es el hecho contrastado de una mayor frecuencia de gestaciones en adolescentes entre las extranjeras que proceden del mundo en desarrollo. Así, por tanto, sin abandonar completamente los riesgos para la salud que son propios de sus lugares de procedencia son asimilados con rapidez a determinadas maneras de vivir muy arraigadas en nuestro mundo opulento y que conforman, como es sabido, otros riesgos vitales de gran importancia tales como el sedentarismo, el tabaquismo, la dieta excesiva o muy rica en sales, azúcares y grasas².

Instituciones internacionales y estudiosos de los fenómenos sociológicos³ mantienen desde hace tiempo que los inmigrantes económicos en Europa están sujetos a una gran vulnerabilidad social y sanitaria, y poseen un elevado riesgo de exclusión social. El acceso a servicios públicos de calidad, como el sanitario o el educativo, en condiciones de igualdad con la población nacional se vislumbran como medidas de gran eficacia para conseguir una reducción sustancial de las desigualda-

des en salud que mantienen respecto a la población española y, por ello, para avanzar hacia la integración de estos colectivos^{4,5}. El propio Secretario General de Naciones Unidas fue tajante al afirmar en una recientemente alocución al Parlamento Europeo que se necesita trabajar en este sentido para alcanzar el beneficio y el progreso del conjunto de los ciudadanos, tanto extranjeros como nacionales. Pero para avanzar en este camino desde el punto de vista de la Atención Primaria de Salud es preciso conocer la realidad de esas diferencias sociales en salud, su auténtica magnitud y por qué factores vienen condicionadas, siendo necesario por tanto realizar un esfuerzo importante en la generación de información suficiente que nos oriente a este respecto y que, en la actualidad y por desgracia no está disponible. Ello permitiría planificar servicios en cantidad y calidad suficiente para reducir el impacto de estos factores condicionantes propios de nuestra manera de vivir en la salud de los inmigrantes avanzando, por tanto, en la necesaria equidad desde el sistema sanitario.

Es conocido el hecho de que en escasas circunstancias los sujetos que consultan en una institución sanitaria son representativos de la población general de la que forman parte. Inevitablemente y por cuestiones operativas y prácticas solemos estudiar características de las poblaciones institucionalizadas con el afán de comprender, a través de ellas, ciertas cuestiones que tienen que ver con la salud y su dependencia de ciertos factores que la condicionan en la población general. Esto se hace aquí y allí tanto en el curso de investigaciones formales como empíricamente cuando pretendemos concluir enunciados que se desprenden de la observación de la muestra sesgada a la que tenemos acceso a través de nuestra sala de espera. Esta práctica común nos llevará con mucha frecuencia a conclusiones erróneas. Por las evidencias acumuladas, la discrepancia en determinadas características que tienen que ver con la salud entre población que consulta en el primer nivel de atención y población general parece aún mayor entre la población inmigrante que entre la población española. Así, según datos conocidos recientemente, la población inmigrante en nuestro país suele acudir a consulta con menos frecuencia que la población española en similares circunstancias, y cuando los procesos se encuentran más avanzados⁶. Esta circunstancia, sin duda muy determinada por diferencias culturales en el desarrollo de los procesos de búsqueda de atención y/o por dificultades diferenciales en la accesibilidad a los servicios sanitarios públicos, nos pueden llevar, como así sucede, a concluir, quizás equivocadamente, que los inmigrantes padecen problemas más severos que la población española. El desconocimiento de la magnitud real del volumen de este colectivo entre la población general de la zona donde se trabaja nos puede llevar, también, a concluir aseveraciones equivocadas sobre si los inmigrantes económicos son muy frequentadores o no. En todo caso nos faltará visión global en lo conceptual y denominadores en lo metodológico.

Por todo ello es necesario estimular desde la Atención Primaria el interés en la realización de encuestas de salud que nos permitan conocer la situación de la salud (morbilidad sentida, diagnosticada o no) y los factores que la determinan en la población inmigrante y, simultáneamente y en el mismo lugar, en la población española. A este efecto, y a fin de seleccionar una muestra representativa de la población española y extranjera en la zona de estudio, se requiere conocer el volumen de ambas y ciertas características que intervienen de manera probada en exposiciones diferenciales a determinados riesgos para la salud, tanto social como individualmente, tales como distribución por edades, sexos, nivel educativo u ocupación. Es imprescindible en ese caso tener a disposición un registro poblacional que recoja a la mayor parte de la misma y que refleje esas características, además de la nacionalidad de los individuos. En la práctica tan sólo el Padrón Municipal de Habitantes y el registro de Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) reúnen esas condiciones⁷.

Desde el Ayuntamiento de Madrid hemos realizado una Encuesta de Salud, en el contexto de un Estudio de la Salud de la población de esta ciudad. Si bien no se trataba específicamente de una encuesta sobre población inmigrante y, por ello, no se diseñó la muestra en cantidad ni en calidad en función de la nacionalidad de los seleccionados, debido al importante volumen de esta población en nuestra ciudad (un 16% en Julio de 2005 en el conjunto de la ciudad, aunque cercana al 50% en algunos barrios), de la muestra final se extrajo una submuestra representativa de la población inmigrante de la ciudad tanto en número como en determinadas características claves investigadas. El hecho de contar con un registro poblacional del conjunto del universo de estudio (el Padrón de Habitantes, donde pensamos, además, que están registrados la mayoría de los extranjeros que viven en la ciudad independientemente de su situación

administrativa) nos permite también observar si las desviaciones obtenidas en nuestra muestra se ajustan razonablemente al universo del que proceden, de qué calibre son las diferencias si es que existen y qué coeficientes debemos usar para ponderar las estimaciones que formulemos en la población general. En el caso que nos ocupa el parecido es notable y el error queda dentro de rangos asumibles en estudios de estas características.

Si bien el aporte inicial de información que se pretende se circunscribe más bien al ámbito de la metodología de trabajo, la explotación inicial de los datos un vez concluido el trabajo de campo de la encuesta (aproximadamente 8.500 personas residentes en Madrid de los que unos 1.300 son extranjeros) nos está ofreciendo información del máximo interés para la organización del trabajo y la planificación en atención primaria, pues desde el análisis de población general sana no institucionalizada conocemos con carácter diferencial aspectos de la salud de la población inmigrante en áreas de gran interés como: autopercepción del estado de salud, calidad de vida, morbilidad sentida y diagnosticada, discapacidad, accidentalidad, estilos de vida, conductas preventivas, salud mental, consumo de medicamentos, utilización de servicios sanitarios y satisfacción con ellos, sentimiento de discriminación ante los mismos y dificultades de acceso.

Llama la atención al estudiar los avances de los resultados el hecho de que la variable *tiempo de residencia en España* tiende, al aumentar, a explicar con claridad la disminución de diferencias en la salud entre el colectivo inmigrante y el autóctono, así como el hecho de que las condiciones de vida en nuestro país (y muy determinadamente la situación administrativa que aquí posea) definen mejor las condiciones de salud que la circunstancia de ser extranjero. Si bien tendemos a hablar de inmigrantes en general, los diferentes lugares de procedencia, y por lo tanto los diferentes patrones culturales, determinan de manera clara distintos estados de salud, dispares comportamientos ante algunos riesgos para la misma y la asimilación, lenta o rápida, a patrones de morbilidad y de hábitos más parecidos a los de la población española.

Como datos más relevantes entre los provisionales y una vez analizadas las respuestas de un 40% de la muestra final podemos reseñar que, entre los adultos:

- No existen diferencias significativas respecto a su salud mental entre la población inmigrante y la española según los datos recogidos a través del cuestionario GHQ.
- Tienen mejor percepción de su propio estado de salud los inmigrantes de edades comprendidas entre 45-65 años que los españoles de ese grupo etario, no encontrándose diferencias significativas en los otros grupos de edad.
- Muestran en general los inmigrantes peor percepción de su calidad de vida en relación con la salud, según los datos recogidos a través del cuestionario COOP-WONCA, acusándose más esta diferencia en la población joven.

Y entre los niños:

- Los inmigrantes están expuestos en mayor medida que los españoles a una serie de factores de riesgo para su salud psicosocial: menor nivel educativo de los padres, permanecer más tiempos solos, ver durante más hora la televisión, dormir menos, etc.
- Todo ello se manifiesta en la peor percepción que tienen los padres sobre el estado de salud y grado de felicidad de sus hijos, así como en el peor rendimiento escolar, fundamentalmente de los varones inmigrantes, así como la sensación de peor calidad de vida que expresan los niños inmigrantes respecto a los españoles.

El conocimiento de esa información, en fin, de la que se avanza un resumen y la monitorización permanente de los indicadores más sensibles nos ayudará a detectar el efecto que sobre la población inmigrante tiene nuestro nivel de desarrollo y nuestra manera de vivir, así como a planificar las intervenciones diferenciales que aseguren la disminución de la vulnerabilidad social y sanitaria de esta población, muy determinada tanto por su incorporación a nuestro mundo como por las precarias condiciones de vida en que se ven obligados a vivir con mucha frecuencia en nuestro país.

Bibliografía

1. Informe sobre la Salud en el Mundo 1999. Cambiar la situación. Organización Mundial de la salud, Ginebra, 1999. Editorial Mundiprensa. Madrid. Disponible en: www.who.int/whr/1999/en.
2. Díaz Olalla JM. Desigualdades en salud. Una visión desde la realidad de la población inmigrante en España. En: Guía de Atención al inmigrante. Capítulo I. Editan Alonso A, Huerga H y Morera J. Ergón. Madrid 2003.
3. II Plan Nacional de Acción para la inclusión social. Anexo I. Pág 46. Ministerio de Asuntos Sociales. 2003.
4. Navarro V. La protección social en España y su desconvergencia con la Unión Europea. Ponencia presentada en el Seminario "La convergencia social de España con Europa". Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander. 1 a 5 de septiembre de 2003.
5. Díaz Olalla JM. Las inmigración en España: cambio social y necesidad de políticas públicas. En: Temas para el Debate, nº 116, 25:31 Julio 2004.
6. Torrecilla JM. La salud mental de los inmigrantes en Madrid. Ponencia presentada en la "Primera Reunión Internacional de Psicopatología de la Inmigración". Fundación Jiménez Díaz, Madrid. 15 y 16 de Abril de 2005.
7. Comparación de los registros sobre población inmigrante en la base de datos de tarjeta sanitaria y el padrón municipal de habitantes en la Región de Murcia. Dios Pintado, Sofia. Ponencia presentada en el "Seminario sobre aspectos metodológicos en el estudio de la salud de la población inmigrante". Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva de la Universidad Miguel Hernández. Alicante. Junio de 2005.

La atención familiar, una nueva estrategia de la atención domiciliaria a los mayores

Moderador:

L. de la Revilla Ahumada

Especialista en Medicina Interna y en Medicina de Familia y Comunitaria. Doctor en Medicina. Coordinador del Programa de Atención Familiar en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Granada. Presidente de la Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia (FUNDESAM).

Ponentes:

F. Campa Valera

Médico de Familia. Doctor en Medicina. Coordinador colaborador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla. Coordinador del Grupo de Estudio de Atención Familiar (GRESAF) de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Alcalá de Guardia (Sevilla).

A. Moreno Corredor

Médico de Familia. Coordinador del Programa de Atención Familiar de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén. Vicepresidente de la Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia. Director del Centro de Salud del Valle (Jaén).

M.A. Prados Quel

Médico de Familia. Profesor del Programa de Atención Familiar de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Granada. Miembro de la Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia. Médico de familia del Centro de Salud de Cartuja (Granada).

F. Quesada Jiménez

Médico de Familia. Director del Centro de Salud de Cartuja (Granada).

La atención familiar, una nueva estrategia de la atención domiciliaria a los mayores

L. de la Revilla Ahumada

La población de los países desarrollados ha sufrido en la última década una marcada transición demográfica desde poblaciones jóvenes a envejecidas, esos cambios se deben, entre otras razones, al descenso de la natalidad y al aumento de las esperanzas de vida por disminución de la mortalidad.

Gran parte de estas personas ancianas tiene problemas de salud que requieren atención médica y un porcentaje importante de ellas, tienen dificultades para realizar actividades de la vida diaria o sufren procesos motores, cognitivos o sensoriales que limitan su vida de relación y en muchas ocasiones los recluyen en su hogar.

La situación de esta población anciana, imposibilitada o con dificultades para salir del hogar, requiere una respuesta organizativa capaz de dar una satisfacción a las complejas demandas de este grupo etario.

La sociedad está cada vez más sensibilizada ante este problema, por ello no es de extrañar que se alcen voces exigiendo a los poderes públicos soluciones sociales y sanitarias para los problemas de los mayores y que los medios de comunicación social (prensa, radio, televisión) sensibles ante estas demandas se preocupen por la situación de los ancianos dependientes, que suponen una carga de trabajo insostenible para las familias.

Podemos tener una falsa impresión de que la solución del problema de los mayores, queda limitado a los aspectos sociales y en consecuencia requieren soluciones de instituciones gubernamentales o no gubernamentales del ámbito de los servicios sociales y que desde este campo se transfieran, en casos puntuales, a aquellos casos que necesitan de los servicios sanitarios.

Este planteamiento está alejado de la realidad, ya que un porcentaje muy alto de las personas mayores, tienen múltiples problemas de salud crónicos, que afectan en mayor o menor medida en sus actividades cotidianas. Estamos ante un problema complejo, que es, a la par, sanitario y social y que requiere un nuevo modelo de atención, capaz de aunar los aspectos que tiene que ver con la salud y con el contexto social.

Pensamos que la atención familiar, considerada como un modelo orientado hacia un enfoque holístico y eco sistémico de la medicina, puede aportar el soporte conceptual y tecnológico necesario para abordar de manera distinta y nueva a las personas mayores con enfermedades crónicas, inmovilizados y dependientes, capacitándonos para resolver tanto los problemas físicos del paciente como los problemas psicosociales a las que está sometida la familia cuando uno de sus miembros ancianos sufre este tipo de procesos.

Para poder trabajar con familias necesitamos un plan que permita entender los fenómenos que se producen en las familias y su entorno social y de que manera afectan a cada uno de sus miembros y al conjunto del sistema.

Existen, como pusieron de manifiesto Steinglass y Horan distintos aspectos que relacionan la familia con la enfermedad crónica, entre los que destacamos los siguientes, que la enfermedad crónica es capaz de producir efectos negativos sobre la familia, efectos que actúan sobre la función y organización familiar; que a su vez la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico y que la familia es la fuente principal de recursos y apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.

Parte de lo que les ocurre a los mayores enfermos se dirige en el escenario del hogar, en el, a través de la atención domiciliaria, se intenta una asistencia clínica, orientada a conseguir en los pacientes, el mayor grado de independencia, la potenciación del autocuidado y una mejora de la calidad de vida en relación con los problemas de salud que les afectan.

Desde una nueva perspectiva de la atención domiciliaria, centrada en la atención familiar, vamos a abordar en esta mesa redonda los siguientes aspectos: evaluar las peculiaridades de los problemas de salud de las personas mayores; transferir lo clínico a lo psicosocial, estableciendo las peculiaridades de la topología psicosocial y las fases cronológicas de la enfermedad, la inmovilidad y el grado de dependencia; estudiar el problema clínico y psicosocial en el contexto familiar, analizando las repercusiones de la enfermedad crónica del mayor sobre la familia y viceversa, evaluando de forma especial las repercusiones sobre la organización y función familiar; establecer los riesgos medio ambientes de estos pacientes; analizar la carga de trabajo que sufre la cuidadora principal, evaluando de los apoyos informales y la necesidad de utilizar los recursos formales de la comunidad; realizar el diagnóstico y decidir la intervención.

Salud y enfermedad: hechos diferenciales en el anciano

F. Campa Valera

El proceso salud-enfermedad de las personas mayores tiene peculiaridades que es necesario tener en cuenta, entre las que merecer la pena destacar, el aumento de la incidencia y prevalencia de muchas enfermedades, la tendencia a presentar múltiples patológicas, la prevalencia de los síndromes geriátricos y la presentación atípica de las enfermedades. A todo esto cabe añadir la polifarmacia, el uso indiscriminado de fármacos y las frecuentes reacciones adversas a los medicamentos. Todas estas circunstancias obligan a un abordaje diferente de los problemas de salud de estos pacientes.

Transferir lo biomédico a lo psicosocial

A. Moreno Corredor

Para conocer la carga de trabajo que sufre la familia cuando tiene que atender a una persona mayor enferma, debemos conocer la tipología psicosocial, es decir las peculiaridades del comienzo, curso, pronóstico y discapacidad; e igualmente identificamos la fase cronológica, inicio, período de estado o terminal de la enfermedad. Es igualmente necesario estudiar el tipo y cuantía de la inmovilidad y el grado de dependencia para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Esta transferencia desde el paciente de lo biomédico a lo psicosocial nos permitirá conocer el coste que va a tener la actividad de cuidar en la organización y función familiar.

La atención familiar, una estrategia nueva para abordar a los ancianos inmovilizados y dependientes

M.A. Prados Quel

Dado que la enfermedad crónica de los mayores es capaz de producir efectos negativos sobre la familia, efectos que actúan sobre la función y organización familiar y que a su vez la familia puede influir, de forma positiva o negativa, en el curso de la enfermedad, es necesario conocer las características estructurales, el ciclo vital familiar, la presencia de eventos estresantes, la red social, el apoyo social y la relaciones familiares, para saber el nivel de función o disfunción familiar y su capacidad organizativa, para responder de forma eficiente a las demandas de un anciano inmovilizado y dependiente.

Para evaluar todas estas variables contamos con técnicas e instrumentos de la atención familiar, como la escala de reajuste social, el Apgar-familiar, el cuestionario MOS y, de forma especial, con el genograma, que nos da noticias puntuales sobre experiencias transgeneracionales, conflictos relacionales, cambios estructurales, desarrollo familiar, red y apoyo social.

Evaluación medioambiental: el hogar de las personas mayores

F. Campa Valera

Cuando nos acercamos a estudiar los problemas de salud de las personas mayores dependientes, necesitamos contar con técnicas que permitan evaluar la situación medio ambiental del espacio donde estas personas realizan todas sus actividades y donde se relacionan con sus familiares y amigos. Se trata en definitiva, de acercarnos al mayor y a su familia conociendo como es el hogar y como se vive y se estructura la convivencia en el mismo.

El mapa del hogar es el instrumento que permite conocer la circulación y ocupación de espacios por parte del enfermo y la cuidadora principal, la existencia barreras arquitectónicas y los factores de riesgo del hogar.

Cuidados informales y formales de las personas mayores

F. Quesada Jiménez

La mayor parte de las personas mayores, especialmente las dependientes, viven en su comunidad gracias a la ayuda que le presta su familia. Dentro de los cuidados informales existe una figura fundamental que es la cuidadora principal. Para resolver los problemas de los ancianos es imprescindible conocer sus características, el trabajo que realiza, el tiempo que dedica a cuidar, la carga de trabajo y las repercusiones sobre su salud, su actividad laboral y la posibilidad que tiene para descansar. Se debe de completar el estudio analizando el sistema de cuidados formales.

Las bases de la intervención familiar

M.A. Prados Quel

Cada caso requerirá una especial estrategia de intervención, desde establecer el plan terapéutico y de cuidados, hasta decidir una intervención de red o una intervención centrada en los problemas. En este último enfoque se incluye la información a la familia de los aspectos clínicos y psicosociales la asesoría y consejo, el abordaje de los problemas medio ambientales y la intervención sobre los problemas de función y organización familiar.

Atención integral a la muerte

Moderador:

J.M. Espinosa Almendro

Médico de Familia, Doctor en medicina. Miembro del grupo del Anciano de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Coordinador del grupo de Atención a las Personas Mayores de SAMFYC. Miembro del grupo de atención al anciano del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Miembro del grupo de Cuidados Paliativos de SAMFYC.

Ponentes:

J. Boceta Osuna

Médico de familia. Master en cuidados paliativos. Coordinador del grupo de trabajo de SAMFYC de cuidados paliativos. Miembro del grupo de trabajo de cuidados paliativos del hospital Virgen de la Macarena de Sevilla.

R. Cía Ramos

Médico de familia. Especialista en medicina interna. Master en cuidados paliativos. Director del Centro de Salud de Bellavista.

F. de Castro de la Iglesia

Doctor en antropología. Licenciado en psicología. Capellán del Hospital de la Paz (Madrid).

E. Herrera Molina

Médico de cuidados paliativos. Master en administración y gestión de servicios sanitarios. Director general de atención socio-sanitaria y salud del servicio extremeño de salud.

Atención domiciliaria en la fase agónica. Situación de últimos días. Aspectos clínicos

J. Boceta Osuna

Definición de agonía

Fase que precede a la muerte cuando ocurre gradualmente, con deterioro físico severo, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta y, pronóstico vital de días. La agonía es un síndrome, a veces difícil de definir, en el contexto de uno o varios diagnósticos, pronósticos, complicaciones, evolución, información y voluntad vital. Conviene definirla mediante una cuidadosa anamnesis y exploración, no por "ojo clínico". Buscar signos y síntomas y registrarlos en la historia clínica, recordando ese contexto.

Signos y síntomas que orientan

Cambio en síntomas (disnea, dolor...), o nuevos síntomas (delirium...). Insuficiencia circulatoria: livideces, frialdad. Constantes vitales: hipotensión, pulso rápido, débil, irregular. Polipnea, pausas. Debilidad muscular: encamamiento, pérdida de tono, nariz afilada, esfínteres... Estertores premortem. Neurosensorial: disminución del nivel de conciencia, oscila. Parecen persistir oído y tacto hasta el final.

La agonía plantea retos (Fürst, Doyle): Condiciona un cambio, en la fase previa somos más activos e intervencionistas. Invita a mirar más allá del tratamiento y plan de cuidados, a las necesidades humanas que todos tenemos...Y a poner de nuestra parte no sólo conocimientos y habilidades, sino "algo de nosotros": nuestra compasión y humanidad.

La formación en atención en la agonía: se considera de nivel básico en la formación en cuidados paliativos (CP). Conviene extenderla en atención primaria y urgencias extrahospitalarias (domicilios), y en hospitales: puerta y observación de urgencias, y plantas de especialidades, insistiendo en oncología, medicina interna, cirugía y otras y actualizarla en los equipos de cuidados paliativos.

Fármacos empleados en la agonía

Injectar por vía subcutánea por palomita y después lavar vía con 0,5 cc de suero.

Cloruro mórfico

Indicaciones: Dolor, disnea.

- Ampollas de 0,01 y 0,02 g.
- Subcutánea cada 4 horas.

- Equivalencia oral/subcutáneo = 2/1.
- Sin morfina previa. Titulación: Colocar palomita subcutánea. Explicar al paciente y a la familia, repitiendo las frases tranquilizadoras. Inyectar morfina hasta lograr el control del dolor y/o disnea deseados.
- Si tenía morfina para tratamiento del dolor, se suele incrementar un 50% la dosis.
- La frecuencia respiratoria que buscamos es de 15 a 20 respiraciones por minuto.

Algunos ejemplos de titulación habituales en fase agónica:

- Cloruro mórfico 3-5-7,5 mg (según peso, síntomas y/o toma previa de opioides).
 - Esperamos 15-20 min, atendiendo a la familia, repitiendo frases tranquilizadoras, y podemos inyectar otros fármacos según síntomas.
 - Repetimos 3-5 mg cada 15-20 minutos hasta alcanzar el control del dolor y/o disnea y frecuencia respiratoria deseados. La dosis total inyectada con la que se controló el síntoma se repetirá cada 4 horas o se multiplicará por 6 en un infusor de 24 h.
 - La ansiedad suele ser concomitante a la disnea terminal y puede requerir la asociación de una BZD SC (Midazolam).
 - El Oxígeno estará indicado en caso de que alivie al paciente consciente, así como en ICC. Es discutido en pacientes no hipoxémicos.
- Si se producen crisis de dolor y/o disnea se inyectará:
- La dosis con la que se controló el síntoma, o bien...
 - ...el 10% de la dosis total diaria.
 - Si el síntoma no cede se repetirá cada 15-20 min.
- Si precisa más de dos rescates seguidos, avisarán para nueva valoración.

Fentanilo

- Alivia el Dolor (no tanto la disnea).
- Reservorio transcutáneo (parche) 25, 50, 75, 100 µg/h.
- En dolor estable ya controlado con este fármaco, continuar igual dosis y subir según necesidades.
- Vigilar "efecto final de dosis". *Jamás cortar* el parche. No interrumpir bruscamente.
- Citrato de Fentanilo oral transmucosa (CFOT): Comprimido sobre bastoncillo ("chupa-chups") 200, 400, 600, 800, 1200, 1600 µg, como rescate en caso de dolor intercurrente o "irruptivo". Poco apto para la fase agónica.

Cambio de Fentanilo a Morfina sc en fase agónica.

- Dosis en µg/h de Fentanilo = dosis en mg/día de morfina subcutánea.
- ¡No comenzar hasta las 12 h de retirar parche!
- Se recomienda disminuir un 20% la dosis equivalente (fenómenos de tolerancia cruzada, permanencia de fentanilo en sangre, etc.)
- Es frecuente subir dicha dosis por empeoramiento del síntoma o suma de dolor y disnea.
- De no obtenerse el efecto deseado se pueden emplear dosis de rescate hasta lograrlo.

Antisecretos

- Disminuye estertores premortem, tos por secreciones respiratorias, secreciones digestivas en obstrucción y suboclusión intestinal.
- Espasmolítico.
- Ampollas 20 mg. 1 ó 2 cada 4-6 horas

Anticonvulsivo para sedación

- Hidrosoluble, uso SC.
- Uso hospitalario, DCCU, 061. ¡Reclamar desde Atención Primaria!
- Ampollas de 5 y 15 mg/3 cc.
- Titulación: 2,5-5-7,5 mg, repetir cada 10-15 min hasta obtener el grado de sedación deseado.
- Repetir dicha dosis cada 4 horas. (Vida 1/2 2-5 h).
- Sedación urgente: 15 mg y repetir en 15 min si precisa

Antipsicótico

- Antiemético, sedativo.
- Ampollas de 5 mg (1 ml).
- <5-10-20 mg/día

Otros

- Metoclopramida (sc): náusea, vómito.
- Levomepromacina (sc): sedación.
- Octreótido (sc): obstrucción intestinal.

- Diacepam (rectal, sl): microenemas, gotas.
- Clonacepan (sl): gotas. BZD.
- Fenobarbital (sc): ampollas 200 mg.

Sueroterapia en la fase agónica

En general no somos partidarios de una sueroterapia domiciliaria en esta fase, pero conviene argumentar las razones a favor:

- Sensación incoercible de sed (normalmente se alivia cuidando y mojan-do lengua y boca con frecuencia).
- Mantenimiento de una vía IV para fármacos de acción inmediata (por vía SC tardarán 5-10 min).
- Presión familiar: a veces, "más vale un suero en casa que un ingreso".
- Si es preciso, la vía SC (hipodermoclisis) lo hace más fácil en domicilio.

Razones en contra:

- Aumento de la diuresis (riesgo de globo vesical y aumento de movilizaciones para orinar y lavar).
- Aumento de secreciones pulmonares (aumento de disnea, disnea y estertores).
- Aumento de secreciones digestivas (náusea, vómitos, aspiraciones).
- Aumento del edema, ascitis, derrame pleural si lo hubiera.
- Hipodermoclisis en fase agónica.
- Perfusión por vía subcutánea. Preferible a la venoclisis en domicilio (más manejable).
- Se utiliza una palomita de 21-23 G, en pectorales, abdomen o raíz de miembros.
- Continua (500-1.000 cc/día) o intermitente (dos veces al día, en 4-8 horas).

La sedación terminal o sedación paliativa en la agonía

Es la administración de fármacos adecuados, en la dosis y combinaciones requeridas para disminuir el nivel de conciencia, con el objetivo de: reducir la conciencia del paciente tanto como sea necesario para aliviar uno o mas síntomas refractarios, con su consentimiento, o, si no es factible, el de su familia o representante, en la fase agónica. Valga para alivio de sufrimiento intenso físico o psíquico. En esta fase la sedación suele ser continua e irreversible. El consentimiento es importante, puede ser pactado previamente, como un supuesto, si hay una comunicación franca acerca de los miedos a la muerte.

El que no puede ser adecuadamente controlado pese a intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable, en un plazo de tiempo razonable, sin que comprometa la conciencia del paciente.

No confundir con *síntoma difícil*, aquel para cuyo control precisa una intervención terapéutica intensiva más allá de los medios habituales, tanto farmacológicos como instrumentales y/o psicológicos.

Requerimientos Éticos para la sedación paliativa y sedación en la agonía:

- Síntoma Refractario. La refractariedad conviene se contraste con otros profesionales.
- Disminución de conciencia para aliviar sufrimiento, y proporcionada a este objetivo. No se busca el coma farmacológico. Usar escala de Ramsay (tabla 1).
- Consentimiento. Preferible del paciente, con antelación a la crisis, basta sea verbal y conste en la historia clínica. Si no es posible, consultar a cuidador principal y familia qué valores manifestó... Intente consentimiento familiar.

TABLA 1 Escala de Ramsay

Nivel	Descripción
I	Agitado, angustiado
II	Tranquilo, orientado y colaborador
III	Respuesta a estímulos verbales
IV	Respuesta rápida a estímulos Dolorosos/ presión glabellar
V	Respuesta perezosa a estímulos Dolorosos/ presión glabellar
VI	No respuesta

- En última instancia la responsabilidad sobre el bienestar del enfermo es del equipo terapéutico, y si es preciso hay que tomar decisiones en ausencia de consentimiento.
- En la sedación en la agonía, la cercanía de la muerte.

Pautas de sedación terminal

Midazolam SC

- Midazolam: amp 15 mg/3 ml. Uso hospitalario, DCCU, 061... Reclamar en cada centro de salud.
 - Dosis máxima recomendable 160-200 mg/día.
 - VIA SC, inicia acción en 5-10 min. Vida media 2-5 h.
 - Dosis de inducción y rescate: si no tomaba BZD previas 2,5-5 mg.
- En sedación urgente profunda doble dosis.
Dosis inicial infusor: 0,4-0,8 mg/h.
- Si precisa IV: diluir en jeringa de 10 cc: 15 mg/3 ml + 7 ml S. fisiológico (1 cc = 1,5 mg).
 - Dosis de inducción sin BZD previas: 1,5 mg cada 5 min. Hasta grado de sedación adecuado.
 - Dosis de inducción con BZD previas 3,5 mg cada 5 min. Hasta grado de sedación adecuado.
 - Si se alcanzan dosis mayores de 160 mg/día, sin lograr sedación profunda, o si se produce efecto paradójico se podría sustituir el midazolam por haloperidol sc (20-40 mg/día) o levomepromazina.
 - En sedación por delirium refractario de elección levomepromazina o haloperidol.
 - Twycross propone: Midazolam sc 60-100 mg/día + haloperidol sc 20-40 mg/día.
 - Si no se consiguiera la sedación profunda con la pauta anterior, tras descartar causas habituales que dificultan la sedación (globo vesical, fecaloma,...), se considerarían varias alternativas.
 - Levomepromazina sc 25-200 mg/día, o bien Fenobarbital sc, 200 mg inicialmente, continuando con 600-1200 cada 24 horas diluido en agua estéril 1:10.

Consentimiento de sedación en la agonía. Recomendaciones

- *De modo anticipado*, hablarlo con el paciente como una de las posibles preocupaciones sobre el futuro...
- Mejor si está presente un familiar y alguien del equipo (enfermera).
- Explicar la posibilidad de disminuir el nivel de conciencia para evitar sufrimiento o malestar que no pueda tratarse de otro modo.
- Si consiente, anotarlo en la historia clínica. No recomendamos rellenar y firmar documentos.
- *En situación de últimos días*: si no hay previo consentimiento, se solicita a la familia.
- Preguntar cómo lo ven ayuda a empatizar, y a introducir las malas noticias: la previsión de una muerte cercana y cambios probables previsibles.
- Explicamos que la sedación calmará el estrés o controlará el síntoma, y también impide la ingesta y la comunicación (muy probablemente).
- Si la familia duda, podemos explicar: La sedación como algo gradual, no "coma". Posibilidad de revisar el resultado, grado de sedación... Posibilidad de revisar la decisión si la situación cambia. Posibilidad de suero terapia si es preciso. Posibilidad de consultar con otras personas la decisión. Finalmente es responsabilidad del equipo el bienestar del paciente, y las decisiones hay que tomarlas.
- Ofrecer alternativas: cuidados de la boca, frases en tono tranquilizador, contacto físico... Diferencias entre sedación terminal/eutanasia.

El grupo de trabajo de bioética de la EAPC nos recuerda tres aspectos diferenciales:

Intención. Aliviar sufrimiento intolerable. Provocar la muerte.

Procedimiento. Usar fármacos sedantes para controlar un síntoma. Administrar fármacos letales.

Resultado. Alivio del sufrimiento. Muerte inmediata.

Bibliografía

- Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés i Sopena R. Editorial Ariel Ciencias Médicas. Febrero 03. Intervención emocional en Cuidados Paliativos. Modelo y protocolos.
- Boceta Osuna J, Cía Ramos R, de la Cuadra Liro C, Duarte Rodríguez M, Durán García M, García Fernández E, et al. Cuidados paliativos domiciliarios atención integral al paciente y su familia. Documento de apoyo al proceso Cuidados Paliativos. Consejería de Salud. Sevilla 2003.
- Borrell i Carrió F. Informando y educando al paciente. En Manual de Entrevista Clínica. Borrell F; Harcourt Brace España S.A. Madrid 1998.

- Callahan D. Death and the research imperative. N Engl J Med. 2000;342:654-6.
- De la Revilla Ahumada L, et al. Atención Familiar. En: De la Revilla Ahumada y cols. Atención Familiar y Atención a la Comunidad. SAMFYC y SEMERGEN. Ed. Adhara. Granada 1999. Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Editorial Martínez Roca. Barcelona 2001.
- De la Revilla Ahumada L. Atención familiar en el paciente terminal y en el duelo. En: Revilla L. De la. Conceptos E Instrumentos De La Atención Familiar. 61-70. Doyma. Barcelona 1994.
- Füst Carl J, Doyle D. The terminal phase. En: Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2ª & 3ª Edition. Doyle, Hanks, Cherny, Calman. Oxford 2004.
- Porta i Sales J. Sedación Paliativa. En: Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal. J. Porta, X. Gómez Batiste, A. Tuca. ICO. Aran Ed. Barcelona 2004.
- Vachon Mary LS. Emotional Problems in PC", en Doyle, Hanks, Mc Donalds. Oxford Textbook Of Palliative Medicine 11th Edition. Oxford Univ. Press. Oxford 1998.

Atención domiciliaria en la fase agónica. Situación de últimos días. Aspectos psicológicos, comunicación y atención familiar

R. Cía Ramos

Los pacientes que padecen una enfermedad terminal necesitan expresar sus preocupaciones, miedos, dudas... a alguien que sepa escuchar, que facilite, que de forma gradual y a su ritmo, vaya adaptándose a la situación y a la comprensión de lo que está ocurriendo. Es preciso crear un espacio para proporcionar un soporte emocional donde se facilite el diálogo, la escucha activa, y la comunicación.

La comunicación es una herramienta terapéutica esencial y uno de los instrumentos básicos en los Cuidados Paliativos. Sus pilares básicos son la información y la relación de ayuda. Es imprescindible también la comunicación en la atención a la familia del paciente. Una familia que reciba una correcta información, educación para la salud, asesoramiento y apoyo emocional idóneo y, más aun, en momentos cercanos al fallecimiento de su ser querido, además de disminuir su estrés, realizará los cuidados de una manera más eficaz y una participación activa de la misma en los cuidados será un elemento igualmente importante en la prevención del duelo patológico.

En los últimos momentos se produce un deterioro importante del estado general, rápidamente progresivo. Es importante redefinir los objetivos terapéuticos, encaminados ahora al bien morir, e intensificar el apoyo a la familia.

Un buen soporte a la familia en la terminalidad debe cubrir objetivos como:

- Satisfacer sus necesidades de información, que son más cambiantes en cuanto la evolución hacia la terminalidad se hace más rápida.
- Fomentar la participación activa en los cuidados.
- Intensificar el apoyo emocional en esta fase agónica.
- Facilitarle la toma de decisiones.
- Enseñarle autocuidados.
- Acompañarle en la agonía y en el duelo.
- Facilitarle el acceso a los recursos disponibles.

En definitiva dar el soporte psicoemocional necesario que evite la claudicación familiar y ayude a sobrellevar la situación dado el alto grado de estrés, sufrimiento agotamiento físico que se produce. Y no podemos olvidar, que la situación anímica en la que se encuentra la familia y su actitud ante la enfermedad del ser querido, repercute de manera muy importante en el mismo.

En cada visita mantenemos momentos a solas con el enfermo que nos ocupa, en la exploración. También le proponemos entrevista de familia para mejorar la coordinación, conocernos, resolver dudas... y le suele parecer bien. Creamos espacios comunes y otros privados.

La agonía plantea retos (Fürst, Doyle). Condiciona un cambio: en la fase previa somos más activos e intervencionistas. La situación agónica, además del riguroso control de los síntomas, nos invita a mirar más allá del tratamiento y plan de cuidados, a las necesidades humanas que todos tenemos...Y a poner de nuestra parte no sólo conocimientos y habilidades, sino "algo de nosotros": nuestra compasión y humanidad.

En la situación agónica, puede que el paciente esté o no consciente o mantenga diferentes grados de percepción de la realidad y si no existe una comunicación adecuada (además por supuesto del correcto control de los síntomas) puede atravesar fases de intenso sufrimiento que puede que en

esta fase ya no pueda expresar y se manifieste por agitación, inquietud, desesperanza, apatía, etc.

Recomendamos a la familia evitar comentarios inapropiados en presencia del paciente, aunque parezca que esta desconectado. El oído y el tacto suelen estar conservados hasta instantes muy finales de la enfermedad. Es fundamental la cercanía, el contacto físico, la proximidad tratando de evitar el duelo anticipado cuando parece que el paciente ya no es capaz de percibir, abandonándose en su habitación mientras sus familiares y amigos se reúnen en la de al lado...

Es importante dar mensajes breves y claros en tono calmado que ayuden al paciente a estar más tranquilo. El tono de voz, el contacto físico y otros aspectos no verbales resultan tan importantes como las palabras. Podemos emitir dichos mensajes reiteradamente mientras cogemos la mano del enfermo y posteriormente invitar a los familiares a continuar repitiéndolos ellos. *"No te preocupes por nada de lo que haya que hacer que ya nos ocupamos nosotros..."* *"El médico, la enfermera están aquí y han dicho todo lo que hay que hacer"* *"estamos aquí todos cuidándote."* *Aquí esta tu familia que te quiere..."*

Es importante interesarse por sus necesidades espirituales que en muchas ocasiones se imbrican con las psicológicas: Necesidad de reconciliarse consigo mismo, con los demás, de cerrar armoniosamente su ciclo vital, de expresar sus necesidades religiosas si es creyente, de proporcionar un sentido a su existencia... Necesidades muy frecuentes en el ser humano cuando se acerca al final de la vida

La formación en atención en la agonía se considera de nivel básico en la formación en cuidados paliativos. Conviene extenderla en atención primaria y urgencias extrahospitalarias (domicilios), y en hospitales: puerta y observación de urgencias, plantas de especialidades, insistiendo en oncología, medicina interna, cirugía y otras. Y actualizarla en los equipos de cuidados paliativos.

Algunas sugerencias sobre comunicación en cuidados paliativos

- Transmitir empatía de modo no verbal.
- Preguntar, preguntar...
- Escuchar activamente.
- Respetar los silencios.
- Adecuar la proximidad y el contacto físico, la mano...
- Facilitar, permitir la expresión de las emociones.
- Sugerir, no imponer.
- Averiguar lo que sabe y desea saber paciente y familia.
- Graduar la información.
- No mentir. Mantener la coherencia informando.
- Mantener la *esperanza*. Siempre hay algo que hacer...
- Reforzar actitudes de aceptación de la realidad en paciente y familia.
- Evitar la sobreprotección.
- Personalizar con cada caso.
- Pedir ayuda a expertos si es necesario.

Consentimiento informado de sedación en la agonía. Recomendaciones

- *De modo anticipado*, conviene hablarlo con el paciente como una de las posibles preocupaciones sobre el futuro... los miedos ante la muerte... En nuestra experiencia, para el paciente resulta de enorme alivio saber que se cuenta con esta posibilidad en caso de aparecer un síntoma desagradable en los momentos finales.
- Mejor si está presente un familiar y alguien del equipo (enfermera).
- Explicar la posibilidad de disminuir el nivel de conciencia para evitar sufrimiento o malestar que no pueda tratarse de otro modo.
- Si está consiente, anotarlo en la historia clínica. No recomendamos rellenar y firmar documentos.
- *En situación de últimos días*: si no hay previo consentimiento, se solicita a la familia.
- Preguntar cómo lo ven ayuda a empatizar, y a introducir las malas noticias: la previsión de una muerte cercana y cambios probables previsibles.
- Explicamos que la sedación calmará el distrés o controlará el síntoma, y también impide la ingesta y la comunicación (muy probablemente).
- *Si la familia duda*, podemos explicar: La sedación como algo gradual, no "coma". Posibilidad de revisar el resultado, grado de sedación, etc. Posibilidad de revisar la decisión si la situación cambia. Posibilidad de suroterapia si es preciso. Posibilidad de consultar con otras personas la decisión. Finalmente es responsabilidad del equipo el bienestar del paciente, y las decisiones hay que tomarlas.
- Ofrecer alternativas: cuidados de la boca, frases en tono tranquilizador, contacto físico...

Diferencias entre sedación terminal/eutanasia

Puede plantear dudas al paciente y a la familia, por lo que conviene aclararlo.

El grupo de trabajo de bioética de la EAPC nos recuerda tres aspectos diferenciales:

Intención. Aliviar sufrimiento intolerable. Provocar la muerte.

Procedimiento. Usar fármacos sedantes para controlar un síntoma. Administrar fármacos letales.

Resultado. Alivio del sufrimiento. Muerte inmediata.

La muerte enfrenta al hombre ante la cuestión del sentido de su existencia, pone de manifiesto la finitud y la vulnerabilidad de la vida humana. Nos resulta difícil afrontarla. Ante el misterio de la muerte, cada persona se enfrenta de un modo único. Desde un máximo respeto hacia la actitud del enfermo, se hace esencial el acompañamiento. En definitiva y como resumen se trata de valorar y atender de forma integral las necesidades del enfermo ante la muerte. El sufrimiento ante la muerte representa un problema inabarcable, pero puede ser abordado parcialmente desde las múltiples necesidades que se presentan en el mismo (físicas, psicológicas, familiares, sociales, espirituales...). Si logramos un alivio parcial en varias de las dimensiones del sufrimiento ante la muerte, es posible que el resultado global sea percibido por el enfermo, alivie su sufrimiento y le ayude a morir en paz

Bibliografía

- Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés i Sopena R. Editorial Ariel Ciencias Médicas. Febrero 03. Intervención emocional en Cuidados Paliativos. Modelo y protocolos.
- Boceta Osuna J, Cía Ramos R, de la Cuadra Liro C, Duarte Rodríguez M, Durán García M, García Fernández E, et al. Cuidados paliativos domiciliarios atención integral al paciente y su familia. Documento de apoyo al proceso Cuidados Paliativos. Consejería de Salud. Sevilla 2003.
- Borrell i Carrió F. Informando y educando al paciente. En Manual de Entrevista Clínica. Borrell F; Harcourt Brace España S.A. Madrid 1998.
- Callahan D. Death and the research imperative. N Engl J Med. 2000;342:654-6.
- De la Revilla Ahumada L, et al. Atención Familiar. En: De la Revilla Ahumada y cols. Atención Familiar y Atención a la Comunidad. SAMFyC y SEMERGEN. Ed. Adhara. Granada 1999. Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Editorial Martínez Roca. Barcelona 2001.
- De la Revilla Ahumada L. Atención familiar en el paciente terminal y en el duelo. En: Revilla L. De la. Conceptos e Instrumentos De La Atención Familiar. 61-70. Doyma. Barcelona 1994.
- Füst Carl J, Doyle D. The terminal phase. En: Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2ª & 3ª Edition. Doyle, Hanks, Cherny, Calman. Oxford 2004.
- Porta i Sales J. Sedación Paliativa. En: Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal. J. Porta, X. Gómez Batiste, A. Tuca. ICO. Aran Ed. Barcelona 2004.
- Vachon Mary LS. Emotional Problems in PC", en Doyle, Hanks, Mc Donalds. Oxford Textbook Of Palliative Medicine 11th Edition. Oxford Univ. Press. Oxford 1998.

Aspectos espirituales y antropológicos del proceso de morir

F. de Castro de la Iglesia

"Una cultura que no reprime la muerte sería, paradójicamente, mucho menos violenta" (S. Pániker)

Morir no es un hecho bruto, un arbitrario atentado contra la vida, un atropello sin sentido. Las diferentes culturas lo han arropado con significados diversos y han ido acuñando formas de morir: ancianos a los que se les aleja de la tribu, niños "defectuosos" a los que se arrojaba desde una roca y, en nuestros días, morir en casa, en la residencia, en el hospital.

Todos los pueblos de la tierra, pasados y presentes, cuidan de sus enfermos y de sus muertos. Alrededor de ellos se han ido creando un universo de representaciones, ideas y creencias, además de un complejo ritual, un mundo de símbolos, en el que cada pueblo nos da su visión y vivencia de la enfermedad y de la muerte, no tanto para aceptarlas sino para combatirlas. Los modos de combate variarán desde su negación, pasando por su ocultación, hasta su transformación. Porque si hay algo constante en la historia de la humanidad es su afán de vivir, de permanecer.

La reacción más primitiva ante el choque emocional que la muerte representa es buscar explicaciones naturales externas a las que culpar de la causa de la enfermedad o de la muerte. En culturas muy primitivas sería la acción de un enemigo o el poder mágico de un hechicero. El hecho es que la búsqueda del causante o causa de la muerte es fundamental para encontrar sentido a lo que ha pasado. Aunque más que buscar directamente vengar esa pérdida, a lo que responden es a la necesidad de calmar el sentimiento de angustia y la sensación de desorden que la enfermedad o la muerte han introducido. Pensemos también, entre nosotros, en esa "reacción primitiva" de buscar culpables de la muerte del ser querido: el médico de turno, un mal diagnóstico, el cirujano, el no llegar a tiempo... Los seres humanos no soportamos no entender. La muerte es la única estadística que se cumple al 100 por 100 y parece que es la que menos nos creemos. Ya Bossuet señalaba en 1666 que es una extraña debilidad del espíritu humano el que jamás la muerte esté presente en él, por más que ella se nos aparece todo, bajo mil formas diferentes.

En nuestra cultura occidental prevalece el individualismo junto a una especie de delirio de inmortalidad que otorga a la ciencia médica una omnipotencia y onnisapientia que, lógicamente, no posee.

No siempre fue así. Durante muchos siglos los hombres morían de una manera bastante similar, sin grandes cambios, hasta hace cuatro o cinco décadas que, de repente, empezó a cambiar de forma radical. Hagamos un brevisimo recorrido.

En el primer milenio la muerte es tratada con familiaridad. Es muerte domesticada. Se le acepta mejor dentro del orden de la naturaleza. Se la ve venir y se advierte al enfermo de su gravedad. Al morir en público, el moribundo es protagonista de su propia muerte: se arrepiente, pide perdón y perdona, da consejos y ultima algunas disposiciones. Se consideran una desgracia la muerte repentina y la muerte a causa de la peste, las guerras y las catástrofes de la naturaleza, no solo porque le impiden al moribundo la posibilidad de arrepentirse, sino porque le priva de su propia muerte. Los ritos mortuorios son sencillos, sin dramatismo.

En la Alta Edad Media, S. XI y XII, se acentúa la muerte propia. Aumenta el miedo al juicio de Dios antes de morir. Se individualizan las sepulturas. La liturgia insiste en la súplica para que el juicio de Dios sea favorable al difunto.

A partir de los siglos XVII y XVIII, época del romanticismo, se pone de relieve la muerte ajena. El médico oculta la gravedad de la enfermedad al enfermo, sin duda porque se está tomando conciencia más honda de la muerte como separación y ruptura, de su aspecto más doloroso y más patético.

En la actualidad, la imagen que prevalece es la muerte privatizada. La muerte se vive a la inversa, es decir, se la quiere ocultar por todos los medios ya que contradice la felicidad presente. Representa el fracaso de los valores que dominan nuestra cultura: belleza, juventud, triunfo personal, brillo social. La muerte es un "tabú". Más que algo natural es el resultado de una agresión. La esperanza se pone en la medicina. Las prácticas rituales tienden a escamotearla, entendida ya como ruptura y fracaso, aunque el fracaso no esté en morir sino el no VIVIR con toda plenitud. Tenemos dificultad para integrar la muerte en la vida. La sociedad transfiere a la muerte y aledaños su mentalidad de "negocio". Se mercantiliza en los cementerios y por parte de las funerarias hasta el punto de tomarse en serio lo caro que cuesta morir: Se ha deslizado el tabú del nacimiento y de la sexualidad hasta la muerte. Hoy los niños ya no vienen de Parí, pero si que los abuelitos se van de viaje.

En cualquier caso, el modo de hablar o de callar sobre la muerte, los ritos y las costumbres del duelo o las inscripciones funerarias nos revelan mucho acerca de la imagen, visión o concepción del ser humano, de su vida y de su muerte, que hay arraigada en cada cultura. El afrontamiento de la muerte está ayudado o impedido y afectado por la conducta de los de mi alrededor y por la totalidad de la cultura en que vivo.

Nuestra cultura ha pasado del extremismo antiguo de las planíderas al extremismo contemporáneo de los tanatorios; del extremo de exagerar el duelo al de hacerle pasar inadvertido en medio de la corriente veloz de la vida cotidiana.

Hay que asumir que al solucionar unos problemas hemos creado otros, y que hoy se plantean problemas que antes no se daban en esas situaciones finales de la vida. Dominamos más las infecciones y controlamos más las epidemias, en consecuencia vemos la muerte más lejana. Los sociólogos nos dicen que hoy es más frecuente que en cualquier familia que transcurran décadas sin haber presenciado un fallecimiento en su propio seno, por otra parte, han aumentado los finales prolongados penosamente, y

como contraste, nuestra sociedad tiene en su imaginario social menos recursos simbólicos que antes, para asumir esas situaciones, nos encontramos culturalmente más indefensos.

Para nosotros, la cuestión que se plantea ahora no es cómo quedan los muertos, que diría Bécquer, sino cómo mueren los vivos en una sociedad que vive de espaldas al morir.

Nuestros sobreprotegidos niños, cansados de absorber muertes atroces en la televisión, no pueden convivir con la muerte de los abuelos, no sea cosa que les cause un trauma. Nuestras sobreprotectoras familias ocultan al enfermo terminal la inminencia de su muerte, en vez de comunicárselo pausadamente, por si quiere enfrentarla con los ojos abiertos. Y las gentes acuden al médico ante cualquier dolencia, convencidas de que hay remedio para todo, incluso para la muerte, convencidos de que la podemos obviar, expulsar o eliminar.

Una cultura no es solo cosa de libros, que los hay sobre el morir, de exposiciones y de conciertos, es sobretodo, asunción de formas de vida, asunción de formas de muerte, en las que se va reconociendo creativamente un sentido.

En su deseo de búsqueda de sentido, el ser humano se abre a las fuentes de la espiritualidad, por eso es bueno que se exprese si así lo desea sobre las grandes cuestiones de la vida. Puede necesitar curar heridas que arrastra del pasado, enfrentarse a sentimientos de culpabilidad, descubrir algún significado a su experiencia vital, abrirse confiadamente al misterio, al "gran quizá", que decía Montaigne, reconciliarse, pedir perdón, sentirse aceptado y despedirse con paz. Y es que la enfermedad no tiene por qué ser necesariamente dolor, dependencia, descontrol e indignidad, hay algunas personas que logran transformarla y hacen de ella una oportunidad para expresar amor, curar viejas heridas, superar prejuicios, para descubrir con ellos mismo fuerzas y virtudes ocultas y para realizarse.

Todas las muertes nos enseñan algo sobre lo que es morir y lo que es vivir. Muchos aspectos de la muerte reflejan facetas de la vida, aunque bastante gente quiere morirse de repente, sin darse cuenta, los finales abruptos e inesperados suelen dejar muchos argumentos sin conclusión, cabos sueltos, quienes quedamos detrás tenemos gran dificultad para superar las pérdidas insospechadas, por el contrario, las muertes lentas, a pesar de la tristeza y la ansiedad que llevan consigo, ofrecen posibilidades únicas para completar asuntos pendientes, restaurar uniones rotas y reconciliarnos con nuestra inevitable caducidad.

En nuestro empeño de protegernos del miedo a lo que una enfermedad lleva consigo, casi todos nos hemos distanciado alguna vez de un compañero de vida que se enfrentaba a su fin y precisaba apoyo y consuelo, pero la experiencia de no pocas personas nos dice que cuando alguien se atreve a compartir el trance de morir y cuidar de un ser querido que agoniza, la vida nos descubre una forma poderosa de intercambiar amos, solidaridad y respeto y eso representa una prueba personal sublime y enriquecedora, porque cuando alimentamos la condición humana de la muerte, la última despedida se convierte en una experiencia tan íntima, tan entrañable y tan valiosa como el milagro del nacimiento.

Cuando se aproxima la muerte hemos de soportar algo más que dolor y tristeza, quizás una de las cargas más pesada sea el remordimiento, del que todos llevaremos un bagaje adicional a la tumba, podemos aligerarlo un tanto si prevemos en qué va a consistir: los conflictos sin resolver, las heridas sin cicatrizar, los potenciales no realizados, las promesas incumplidas y los años que nunca se vivirán. Es un sabio consejo vivir cada día como si fuera el último, porque la muerte rara vez se presenta de acuerdo con nuestros planes.

Bibliografía

- Aries Ph. El hombre ante la muerte, Taurus, Madrid 1999.
- De Hennezel M. La muerte íntima. Los que van a morir nos enseñan a vivir, Plaza & Janés, Barcelona 1.996.
- Gómez sancho M. Medicina paliativa, en Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales, ICEPSS, Las Palmas 1994, cfr. P. 29-31.
- León Azcárate JL. La muerte y su imaginario en la historia de las religiones. Universidad de Deusto, Bilbao, 2000.
- Morin E. El hombre y la muerte, Kairós, Barcelona, 1972.
- Pagola JA. Ante el final de la vida, en Vida Nueva, Octubre 2000, nº 2.254.
- Rojas marcos L. Antidotos de la nostalgia, Espasa, Madrid, 1998.
- Sanz Ortiz J. Reflexiones sobre la muerte y el proceso de morir. Medicina paliativa, 1995;2. nº 3.
- Thieffrey JH. Necesidades espirituales del enfermo terminal, en Labor Hospitalaria, nº 225-226, Barcelona 1992.
- Thomas LV. Antropología de la muerte, Fondo de cultura económica, México 1993.

Opciones y alternativas entre los diferentes modelos de cuidados paliativos

E. Herrera Molina

Introducción: reflexiones iniciales

¿Es necesaria la organización de la prestación de cuidados al final de la vida?, ¿Cuáles son los diferentes modelos en la escena internacional?, ¿Existen evidencias que unos sistemas de cuidados paliativos puedan ser más adecuados que otros?, ¿Qué experiencias se han intentado implementar en sistemas como el nuestro? ¿Qué opciones serían razonables en nuestro ámbito? ¿Y si no lo hacemos, qué ocurriría?

La evolución de las necesidades y la respuesta organizativa de los sistemas: priorización de respuestas ante los niveles de necesidad

Generalmente entendemos que el universo gira en torno a nuestra sociedad, nuestra forma de vida, nuestras necesidades... Hoy día, querríamos pensar que toda persona tiene las mismas necesidades al morir: básicamente, morir dignamente y en paz, o mejor, vivir en paz en especial nuestra última fase de la vida, obteniendo el mejor alivio del sufrimiento posible, entendiendo la que haya sido nuestra trayectoria vital, aceptando lo conseguido y aclarando las cuestiones que no nos gustaría que quedasen sin cerrar...

Al igual que las formas de afrontar la muerte son muy diferentes en función de la cultura y las religiones¹⁻⁴, las necesidades actuales a la hora de priorizar medidas de alivio son muy diferentes en función del grado de desarrollo de la sociedad⁵. Lejos de nuestra sensación de estar al mismo nivel, Murray mostró las diferencias entre miedos y expectativas de pacientes que morían de cáncer en países desarrollados y países en vías de desarrollo.

Sería deseable llegar a términos finales de equidad, ofreciendo el mismo nivel de cobertura de servicios ante el mismo nivel de necesidades: pero esto sólo podría realizarse amoldando las soluciones a las necesidades según la cultura. El método de hacerlo dependería de las necesidades priorizadas⁶, y el avance, debería ser armónico con el resto del sistema interno.

Ante realidades tan diferentes, habría que normalizar para poder comparar resultados: lo que puede ser bueno y prioritario para unos, podría no serlo tanto para otros. Pero no obstante, es poco aceptable éticamente, que existieran grandes diferencias en el grado de cobertura de necesidades más básicas.

La ansiedad por mejorar expresada, podría incluso ser la misma cada cual dentro de su nivel de desarrollo, pero la comparativa cualitativa de las mismas, entre diferentes sociedades, podría llegar a alarmarnos. (Se presentarán comparaciones en la ponencia).

Grado de desarrollo global de los cuidados paliativos

El grado de desarrollo de los cuidados paliativos a nivel mundial ha ido aumentando progresivamente en las últimas dos décadas, especialmente en países desarrollados. Existen organizaciones especializadas en promover el desarrollo de los CP en países en vías de desarrollo como la IAHPC^{7,8}.

Aún así, los puntos clave a incidir, y las políticas estratégicas son muy diferentes según las necesidades y los ámbitos de desarrollo.

El haber empezado a ser conscientes de la necesidad de prestar cuidados paliativos es un éxito en la sociedad avanzada, quien además los reclama para los países en vías de desarrollo. Ahondar en cuidar la dignidad, además de curar la enfermedad es un logro del que tal vez no somos del todo conscientes: es posible realmente, porque la aplicación de medidas curativas está suficientemente extendida.

Estudios internacionales demuestran que el grado de desarrollo de los cuidados paliativos es tremendamente desigual entre los países en vías de desarrollo y los desarrollados.

El hecho de ser conscientes de la necesidad de atención a pacientes no oncológicos al igual que lo oncológicos cuando los síntomas así lo indican, y el desdramatizar la edad de actuación, es resultado de la sociedad que hemos de atender y hacia la cual avanzamos.

Las crisis y llamadas sociales de atención, se producen cuando una necesidad evidente y consensuada, no es desarrollada por igual en sectores, entre regiones, igualmente desarrolladas⁹.

(Se mostrarán resúmenes de diferentes grados de desarrollo en la esfera internacional y nacional).

Principales modelos de prestación de cuidados paliativos en países desarrollados: diferencias y evidencias

Los modelos de provisión de servicios en cuidados paliativos son muy diferentes, en función del sistema sanitario en el que estén inmersos¹⁰.

No obstante sí existen ciertos principios que han sido especialmente documentados y repetidos en la bibliografía, en relación a sistemas sanitarios avanzados:

- Hay diferencias en el control sintomático y en el grado de satisfacción del usuario, en aquellos sistemas que desarrollan cuidados paliativos frente a los que no¹¹.

- No se trata de desarrollar CP en el domicilio, o en el hospital, o en centro socio-sanitarios como modelos alternativos, sino como opciones integradas. Es esencial poder garantizar alivio sintomático en cualquiera que sea el nivel asistencial, o el ámbito en el que se encuentre el paciente¹².

- Niveles diferentes de complejidad sintomática requerirán diferente intensidad de abordaje¹³.

Hay cuestiones básicas de las que sí se tiene evidencia, como es la necesidad y utilidad de la medicina de familia en la participación de atención a pacientes en situación terminal¹⁴, la efectividad en el control sintomático que consiguen profesionales de equipos de cuidados paliativos¹¹, o que el hecho de potenciar la atención en el domicilio no disminuye la accesibilidad al nivel hospitalario cuando es necesario. No obstante, y debido a la dificultad de poder comparar sistemas diferentes, no existe evidencia que un determinado modelo sea mejor que otros¹⁵.

Lo importante no es el modelo en sí, sino los resultados que de él se obtienen.

Pero la estructuración y organización del modelo, hará que el sistema implementado sea sostenible o no dentro del resto del sistema en el que se encuentre inmerso. En sistemas desarrollados, con un nivel general de atención primaria y otro de atención especializada, parece lógico estructurar en función de niveles de dificultad o complejidad en la atención. Con estos parámetros se definen aquellos sistemas que funcionan más dinámicamente en nuestro sistema nacional de salud, o en sistemas avanzados estructurados de manera parecida^{13,16-19}. El cómo se coordinen los diferentes profesionales y la organización de la gestión por competencias será cuestión de cada organización²⁰.

(Se expondrán diferentes puntos comunes y diferenciales de modelos de sistemas avanzados en diferentes países).

Las opciones dentro de nuestro sistema sanitario: "pros" y "contras": niveles asistenciales y concepto de "Coste-Oportunidad".

- ¿Qué opciones habría en nuestro sistema sanitario para dar respuestas adecuadas a la necesidad en base al sistema sanitario existente?
- ¿Cómo desarrollar un sistema adecuado a nuestra realidad con un rango de variabilidad aceptable por regiones?

Se hacen necesarios:

- Criterios de cartera para definir los niveles de complejidad (se expondrán ejemplos) basado en la intensidad sintomática tanto física como psicoemocional y en la refractariedad de los mismos.
- Los sistemas de información deben permitir medir la complejidad clínica de la situación del paciente, y la efectividad en la atención al caso y su gestión.
- ¿Qué dificultades y amenazas se podrían presentar, y cuáles las soluciones?
- Si por el miedo a las dificultades, no se desarrollara un adecuado Plan Nacional de Cuidados Paliativos basado en niveles de complejidad ¿Cuál sería el "coste oportunidad" (como concepto)? Es decir, ¿qué ocurriría si no desarrolláramos un programa adecuado de cuidados paliativos?

Bibliografía

1. Walter T. Historical and cultural variants on the good death. BMJ. 2003; 327:218-20.
2. Akabayashi A, Voltz R. Advance directives in different cultures. In Bruera E y Portenoy R eds: Topics in Palliative Care Vol. 5: 107-122. Oxford University Press 2001.
3. Neuberger. Cultural issues in palliative care: Introduction. In Doyle, Hanks: Oxford Textbook of Palliative Care (2nd edition):777-785. Oxford University Press 1999.
4. Gracia D. Are the ethics of palliative care culturally dependent? Eur J Pall Care. 2003;10:32-5.
5. Murray SA, Grant E, Grant A, Kendall M. Dying from cancer in developed and developing countries: lessons from two qualitative interview studies of patients and their carers.

6. Davies E, Higginson I. WHO. The challenge for healthy policy and decision-makers. *Better Palliative Care for older people*. Edit, 2004. 32-35.
7. Cicely Saunders, Kastenbaum R. *Hospice Care on the international scene*. Springer, 1997.
8. <http://www.hospicecare.com>
9. Pérez R. El reto de una muerte digna. *El País* 30-5-2005.
10. Field D, James N. Where and how people die?. In, *The future for palliative care : issues of policy and practice*. Clark D (Edit). Oxford University Press 2000. (7-29).
11. Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Pall Med*. 1998;12:317-32.
12. De Conno F, Martín C. Symptom Assessment outcomes in Home-Based Palliative Care. En: Bruera E, Portenoy RK. (eds): *Topics in Palliative Care; Volume 5*. Oxford University Press, New York. 2001:177-193.
13. Von Günten CF. Secondary and Tertiary Palliative Care in US Hospitals. *JAMA*. 2002;287:875-81.
14. Lloyd-Williams M, Carter YH. Can medical education extend palliative care? *Palliat Med*. 2003;17:640-2.
15. Critchley P, Jadad AR, Taniguchi A, Woods A, Stevens R, Reyno L et al. Are some palliative care delivery systems more effective and efficient than others? A systematic review of comparative studies. *J Pall Care*. 1999;15:40-7.
16. Bosanquet N, Salisbury C. *Providing a palliative care service: towards an evidence base*. Oxford University Press 1999.
17. Herrera E. Regional palliative care program in Extremadura: Towards a tailored integrated palliative care real solution. *Support Care in Cancer*. 2003;11:408.
18. Gómez-Batiste X, Porta J, Tuca A, Corrales E, Madrid F, et al. Spain: The WHO Demonstration Project of Palliative Care Implementation in Catalonia: results at 10 years (1991-2001). *J Pain Symptom Manage*. 2002;24:239-44.
19. Bruera E, Neumann CM, Gagnon B, Brenneis C, Quan H, Hanson J. The impact of a Regional Palliative Care Program on the cost of palliative care delivery. *J of Palliative Medicine*. 2000;3:181-6.
20. Bruera E, Neuman C. Respective limits of palliative care and oncology in the supportive care of cancer patients. *Supportive Care Cancer*. 1999;7:321-7.
21. Herrera E. Futuro de la gestión en Cuidados Paliativos: del enfoque hospitalario y domiciliario, a la gestión como servicio del Área de Salud. Ponencia en el XVI Congreso de Gestión de Hospitales, en Zaragoza, Mayo de 2005.

Cuidados paliativos a pacientes no oncológicos: una necesidad, un desafío

Moderador:

J.J. Blanquer Gregori

Médico de Familia. Miembro de los Grupos de Trabajo Cuidados Paliativos de la semFYC y Atención Domiciliaria de la svmFiC. Unidad de Calidad y Formación Área 19 (Alicante).

Ponentes:

L. Pascual López

Médico de Familia. Centro de Salud Manises (Valencia). Miembro de los Grupos de Trabajo Cuidados Paliativos de la semFYC y Atención Domiciliaria de la svmFiC.

A. Alonso Babarro

Médico de Familia, ESAD Área 5 (Madrid). Coordinador Grupo de Trabajo Cuidados Paliativos semFYC.

M.A. Benítez del Rosario

Médico de Familia. Doctor en Medicina. Jefe de la Sección de Cuidados Paliativos, HU La Candelaria, Tenerife. Miembro de los GdT de Atención al Mayor y de Cuidados Paliativos de semFYC, Coordinador del GdT de Atención al anciano y cuidados paliativos de la socaMFYC.

Qué me han enseñado los pacientes no oncológicos ante la proximidad a la muerte

J.J. Blanquer Gregori

Entre los factores que más podrían serles de ayuda a nuestros pacientes en su propio proceso de morir, se producen variaciones temporales subjetivas en sus deseos, necesidades, prioridades, miedos y esperanzas, como consecuencia de los cambios continuos que se producen, tanto en su medio interno como en el externo, con el avance de la enfermedad y la presencia de la muerte¹.

El conocimiento de dichas variaciones puede ser valioso si los profesionales deseamos aportar, en cada momento, los recursos adecuados para un afrontamiento eficaz de las cambiantes amenazas percibidas por el enfermo próximo al final de su existencia. Destacando la clara tendencia en la priorización de los aspectos afectivos^{1,2}.

Los médicos de Familia debemos ser capaces de mejorar en todos los niveles asistenciales, siendo el motivo de esta mesa; la identificación y el cuidado paliativo de los pacientes ancianos y/o con patologías crónicas prevalentes que no mueren por «enfermedad terminal no oncológica»³. El sufrimiento no es exclusivo de los pacientes oncológicos, y personas con cardiopatías, hepatopatías, neumopatías o enfermedades neurodegenerativas avanzadas mueren tras vivir una etapa en la que, por no ser adecuadamente aliviados, el dolor, la disnea, la fatiga y la angustia están continuamente presente⁴. Dejemos, por tanto, que estos pacientes nos enseñen a como ayudarles a morir en paz.

En el la mayoría de los casos se observan, cambios de priorización, en función de la situación: pronóstico de vida de 6 meses o últimos días conscientes. Priorizándose en ambas situaciones hacia los aspectos afectivos («Poder sentirme cerca, comunicar y estrechar los vínculos afectivos con mis personas queridas»). En segundo lugar los aspectos espirituales («Pensar que, si en algún momento lo deseo, podré recibir ayuda espiritual o religiosa»). Destacando la disminución de la importancia de controlar hasta el final los pensamientos, la apariencia, las formas de comunicación y las funciones fisiológicas. Así, igualmente en el incremento de la importancia de la ayuda necesaria para acelerar la muerte si la situación se hace insoportable².

Bibliografía

1. Bayés R, Limonero JT, Romero E, Arranz P. ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? *Med Clin (Barc)*. 2000;115:579-82.
2. Bayés R, Limonero JT. Influencia de la proximidad de la muerte en los factores que pueden ayudar a morir en paz. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:554-6.

3. Formiga F, Vivanco V, Cuapio Y, Porta J, Gómez-Batiste X, Pujol R. Morir en el hospital por enfermedad terminal no oncológica: análisis de la toma de decisiones. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:95-7.
4. Benítez-Rosario MA. Cuidados Paliativos en pacientes no oncológicos. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:297-8.

Cuidados paliativos a pacientes no oncológicos

L. Pascual López

Los cuidados paliativos se desarrollaron ante la necesidad de ofrecer un cuidado adecuado a pacientes con cáncer en los que el tratamiento curativo no era ya efectivo.

Los cuidados paliativos se plantean como objetivo el confort, la calidad de vida de los pacientes y también de las familias que los cuidan en los últimos momentos de su vida. Para conseguir este objetivo es fundamental un control adecuado de los síntomas físicos, y atención a los problemas emocionales y espirituales. La comunicación con el paciente y cuidadores es un elemento clave. La coordinación de los diferentes niveles asistenciales es otro de los objetivos planteados. Finalmente, una vez fallecido el paciente, la atención al duelo de las familias cierra el proceso de atención.

En la actualidad hay un claro movimiento en diferentes ámbitos¹ que subrayan la necesidad de extender este modelo de atención a otros pacientes que no tienen el diagnóstico de cáncer, pero que los datos existentes indican un alto grado de sufrimiento.

El patrón demográfico de los países desarrollados se caracteriza por un envejecimiento de la población, en nuestro país la población > de 65 años constituye en la actualidad el 16,8% y las proyecciones para los próximos años indican un incremento progresivo.

Relacionado con este envejecimiento, aparece un claro cambio en el patrón epidemiológico de mortalidad y morbilidad. Existen un grupo de enfermedades caracterizadas por curso crónico, limitación de la capacidad funcional y expectativa de vida reducida. Entre estas enfermedades se encuentran las denominadas insuficiencias de órgano (EPOC, Insuficiencia cardíaca, Cirrosis hepática, Insuficiencia renal crónica) y la enfermedades neurodegenerativas (demencia, esclerosis lateral amiotrófica).

Existen estudios que indican que la atención que se presta a estos enfermos en las fases avanzadas de su enfermedad no es la adecuada, habiendo deficiencias en el control de síntomas, comunicación, respeto a las voluntades de los pacientes y atención en el duelo, etc.²⁻⁴.

La atención a los enfermos con estas patologías, en las fases avanzadas de su enfermedad, con el modelo médico tradicional, centrado en la curación, con una visión parcial de la persona en función de la patología, sin coordinación de los servicios y con poca atención a las necesidades emocionales y espirituales de los enfermos y sus cuidadores parece no adecuada. Se ha señalado que en los países con un amplio desarrollo de los cuidados paliativos podría darse la paradoja de que los pacientes con cáncer podrían estar recibiendo una mejor atención que aquellos pacientes diagnosticados de enfermedades crónicas con pronóstico de vida limitado. Esta afirmación en nuestro entorno con evidentes deficiencias en cuidados paliativos hay que recogerla con cautela.

Reconociendo la necesidad de extender el modelo de cuidados paliativos a otras patologías es fundamental subrayar las dificultades de este proceso. Un elemento clave es la dificultad en definir la terminalidad, en establecer criterios clínicos de pronóstico de vida limitado. Algunos de estos criterios clínicos, como los empleados en los Hospice de EEUU han sido cuestionados en su validez⁵.

Por lo tanto aunque a nivel asistencial existen datos clínicos que nos pueden ayudar a establecer una aproximación pronóstica, la aplicación de los CP a los pacientes y a sus familias deberán basarse fundamentalmente en las necesidades de éstos⁶. La existencia de un control inadecuado de síntomas, elevado grado de dependencia funcional y la necesidad de soporte del cuidador, deberán ser los "indicadores clínicos" que nos orienten hacia una atención paliativa de los enfermos y sus familias.

Dada la prevalencia de las enfermedades señaladas, los cuidados paliativos deberán impregnar todo el sistema sanitario y todos los niveles asistenciales implicados en su atención.

Durante la permanencia del enfermo en su domicilio (la mayor parte del período terminal) el médico de familia será el responsable de la atención y coordinación en los diferentes niveles asistenciales implicados. La atención domiciliaria es ya una parte fundamental de nuestra labor asistencial,

pero necesariamente será clave en los próximos años, por lo tanto es necesario plantearnos que cambios formativos, estructurales y organizativos son necesarios en nuestros centros para dar respuesta a este desafío.

Bibliografía

1. WHO Europe. Better palliative care for older people. 2004.
2. The support principal investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. *JAMA*. 1995;274:1591-8.
3. Landi F. Pain management in frail community-living elderly patients. *Arch Intern Med*. 2001;161:2721-4.
4. Fox E, Landrum-McNiff K, Zhong Z, Dawson N, Wu A, Lynn J et al. Evaluation of prognosis criteria for determining hospice eligibility in patients with advanced lung, heart, or liver disease. *JAMA*. 1999;282:1638-645.

Atención a pacientes con enfermedad respiratoria crónica en fase avanzada e insuficiencia cardíaca severa

A. Alonso Babarro

Los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas en fase avanzada (principalmente EPOC en estadio IV) y con insuficiencia cardíaca severa (ICC Grado IV NYHA) constituyen un porcentaje creciente en la atención domiciliaria del médico de familia en nuestro medio. Su carga sintomatológica es semejante a la de los pacientes terminales con cáncer de pulmón. Sin embargo, cuando se comparan los cuidados recibidos por ambos grupos de pacientes los no oncológicos siempre presentan peores resultados respecto a cuidados sanitarios y sociales, menor información diagnóstica y pronóstica y, en consecuencia, menor participación en la toma de decisiones clínicas. La implementación de programas de seguimiento en la atención domiciliaria de estos pacientes ha demostrado una reducción muy significativa en el número de ingresos hospitalarios y un aumento en su calidad de vida. En la ICC severa las medidas básicas a tener en cuenta para asegurar esos resultados son de fácil aplicación:

1. Control de la dieta incluyendo una adecuada supervisión del manejo de líquidos y del peso del paciente.
2. Control del tratamiento: Se debe procurar su estandarización con arreglo a las guías clínicas, evitar el uso inadecuado de fármacos y asegurar la adherencia.
3. Vacunación antigripal anual.
4. Rehabilitación domiciliaria: Los programas de rehabilitación en esta fase de la enfermedad deben incluir medidas sencillas, de fácil aplicación en pacientes con grandes restricciones físicas.
5. Tratamiento precoz de las exacerbaciones y de la sintomatología asociada.
6. En el caso del EPOC en estadios avanzados las bases de manejo incluirían:
7. Abandono del uso de tabaco.
8. Vacunación antigripal.
9. Rehabilitación respiratoria.
10. Tratamiento precoz de las exacerbaciones abarcando antibioterapia y corticoides orales y valorando el uso de ventilación positiva no invasiva.
11. Control del tratamiento: Se debe igualmente procurar su estandarización con arreglo a las guías clínicas existentes, asegurar el adecuado adiestramiento en el uso de inhaladores y de oxigenoterapia, monitorizar la adherencia al tratamiento y procurar el control sintomatológico, especialmente de la disnea.

En el manejo de la disnea de estos pacientes deben considerarse los opioides, que han demostrado su utilidad en las fases finales de la insuficiencia respiratoria. La codeína y la morfina son los fármacos de los que disponemos de mayor bibliografía sobre su uso en estos casos. Las benzodiacepinas no han demostrado utilidad.

Ideas clave

1. Los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas en fase avanzada y con insuficiencia cardíaca severa reciben peores cuidados sanitarios y sociales y peor información diagnóstica y pronóstica que los pacientes oncológicos terminales.
2. La aplicación de sencillos protocolos de actuación en domicilio para estos pacientes incluyendo medidas de mejora de la adherencia al tratamiento, estandarización del tratamiento farmacológico, diagnóstico precoz de las exacerbaciones y medidas básicas de rehabilitación y tratamiento sintomatológico reducen notablemente el número de ingresos hospitalarios y mejoran la calidad de vida del paciente.

3. Los opioides deben considerarse como opción terapéutica para el tratamiento de la disnea en las fases avanzadas de la insuficiencia respiratoria y cardíaca.

Cuidados paliativos en enfermedades neurodegenerativas

M.A. Benítez del Rosario

Existen dos enfermedades que representan los paradigmas de los cuidados paliativos en las enfermedades neurodegenerativas, la Esclerosis Lateral Amiotrófica y la demencia. Estas constituyen los dos extremos del espectro de la atención. La ELA representa a todas aquellas enfermedades neurodegenerativas que en su evolución precisan de un soporte ventilatorio externo para mantener la vida, y la demencia aquellas otras enfermedades en la que existe una desconexión del paciente del medio. Entre estos extremos pueden incluirse la Esclerosis Múltiple, la enfermedad de Parkinson, la Parálisis Supranuclear Progresiva, y toda la demencia.

Dentro de las distintas enfermedades neurodegenerativas puede precisarse una situación, de fase avanzada o terminal, en la que la atención de los pacientes debería realizarse bajo los principios de los cuidados paliativos. Ello significa centrar todos los tratamientos para mejorar la calidad de vida. Y el uso, por tanto, de la morfina para el control de la disnea y el dolor, los laxantes, los antieméticos, y el tratamiento de los cuadros de psicopatología.

En todas las enfermedades neurodegenerativas llega un momento en el que se cuestiona el cómo alimentar a la persona. La respuesta no es generalizable, depende de la situación. Así, en la ELA está totalmente aceptado la instauración de una alimentación enteral por gastrostomía, la cual mejora en cierta medida la calidad de vida al evitar una situación de malnutrición acelerada. La situación contraria la representa la demencia. En ésta, la alimentación a través de sonda nasogástrica o gastrostomía es muy controvertida. Los resultados de diferentes estudios no muestran un beneficio claro en la reducción de la incidencia de neumonías por aspiración o de úlceras por presión. Sin embargo, el entorno cultural en el que nos encontramos puede influir de sobremanera como para tomar una posición radical al respecto.

Llegada la situación en el que paciente tiene alterada su capacidad de comunicación oral, el profesional debe cuestionarse continuamente si el paciente se encuentra en una situación de sufrimiento o no. Para aproximarse a una respuesta correcta debe contarse con la opinión de los familiares y/o de los cuidados principales, y en los signos indicadores de sufrimiento como la inquietud, agitación, gemidos o expresión facial.

En cualquier caso, no existen datos que avalen un planteamiento de retrasar la administración de los fármacos oportunos para aliviar el sufrimiento, independientemente de la opinión sobre el tiempo de supervivencia.

Asignaturas pendientes de la medicina de familia

Moderador:

P. Vaamonde García

Médico de familia. Director Xeral de la Sistemia Sanitaria del Servizio Galego de Saúde (SERGAS). Expresidente de AGAMFEC.

Ponentes:

M. Soler Torroja

Médico de Familia. Coordinador General del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la semFYC (PACAP). Redactor del nuevo Programa de Formación de la Especialidad para el área de Atención a la Comunidad.

J. Esteban Pellón

Médico de Familia. Coordinador de Equipos. Gerencia de Atención Primaria Santander-Laredo. Servicio Cántabro de Salud. Coordinador Autonómico del Grupo de Comunicación y Salud de Cantabria.

A. Prieto Orzanco

Médica de Familia. CS General Ricardos, Madrid. Expresidenta de semFYC.

P. Bonal Pitz

Médico de Familia, CS Universitario Bellavista de Sevilla. Doctor en Medicina. Coordinador Pregrado y tutor de la UD de MFyC de Sevilla. Profesor Asociado del Departamento de Medicina de la Universidad de Sevilla. Coordinador del Grupo Pregrado de la semFYC. Coordinador del Grupo de Comunicación y Salud de Andalucía.

El equipo de atención primaria: comunicación en equipo y adaptación

J. Esteban Pellón

"La comunicación es la matriz de todas las actividades humanas"
(G. Bateson, *Ecology of Mind*).

La reforma de la APS marcó como una de sus bases metodológicas el trabajo en equipo de los profesionales. Más de veinticinco años después la percepción subjetiva es que desarrollamos nuestras tareas asistenciales agrupados en un edificio, pero solo una parte de esos grupos funcionan como equipos.

Una constelación de factores, tanto externos como internos al propio equipo, contribuyen a esta situación.

¿Qué es trabajar en equipo?

Frecuentemente tendemos a intercambiar los términos grupo y equipo, pero estos no tienen un significado equivalente. El trabajo en grupo hace referencia a las situaciones en que distintos profesionales desarrollan su actividad de forma paralela en el mismo espacio y/o tiempo. El trabajo en equipo es toda aquella actividad encaminada a un objetivo para cuya consecución forzosamente deben concurrir diferentes personas de manera coordinada y complementaria.

De esta definición puede deducirse unas premisas para el trabajo en equipo:

- Hay una necesidad mutua de compartir habilidades y/o conocimientos.
- Los profesionales que los forman se complementan en sus perfiles.
- Debe existir una relación de confianza que permita delegar en la competencia del otro.

Las características de un trabajo en equipo se han descrito clásicamente (Gilmore, 1974) como:

- Objetivos comunes.
- Comprensión clara de funciones.
- Coordinación de técnicas y conocimientos.
- Organización flexible y consensuada.
- Participación de todos los componentes en la toma de decisiones y responsabilidad final.

Un equipo funciona sobre una base objetiva que viene determinada por el balance entre las demandas que recibe y los servicios que ofrece; y tam-

bién sobre una base subjetiva constituida por la interdependencia y confianza entre sus miembros. Las dos son necesarias para que un equipo funcione. Cuando se estudia a los equipos se comprueba que su productividad está íntimamente relacionada con los vínculos interpersonales y las emociones que surgen.

Un equipo no debe ser calibrado exclusivamente por resultados “económicos” derivados de su actividad, sino también debe valorarse su creatividad en la “ingeniería de procesos” (nuevas soluciones para viejas tareas), en la formación de otros profesionales, y el propio desarrollo profesional de sus miembros. Buenos profesionales hacen buenos equipos, pero también buenos equipos hacen buenos profesionales. (Borrell, 2004).

¿Trabajamos en equipo?

Trabajar en equipo aumenta la calidad de los servicios prestados, y también redundan en una mayor satisfacción de los profesionales; sin embargo una mayoría de nuestros equipos funcionan en realidad como “grupos”.

Un buen equipo representa el punto de confluencia, en el seno de un grupo de personas, de:

- Competencias profesionales complementarias.
- Clima emocional cooperativo.
- Misión o Proyecto capaz de generar ilusión; impulsado por un liderazgo que se adapta al perfil de las personas que componen el grupo y a la naturaleza de la tarea que solicita el equipo.

El trípede anteriormente descrito es la base del “Modelo Emotivo-Racional de aproximación al equipo” propuesto por Borrell (Borrell F, 2004) que contempla tanto la atención al proyecto como a las tareas necesarias para alcanzarlo, pero también el encaje emocional de cada integrante.

Como todo sistema dinámico, el equipo descansa sobre un equilibrio básico: la proporcionalidad entre lo que se le pide al equipo y lo que recibe a cambio. El trípede puede desestabilizarse desde cualquiera de sus bases. Los factores que inciden sobre las tareas o los proyectos son identificados más fácilmente por los integrantes de los equipos; los factores que afectan al clima emocional cooperativo no son identificados, o lo son en muy escasa medida, por los equipos. Ejemplos de las situaciones en que se afectan tareas o proyectos serían la ineficiente organización de tareas entre distintos profesionales (médicos, enfermeros, administrativos) para hacer desarrollar un proceso complejo; también la desilusión, e incluso el desgaste emocional (“*Bournout*”) de los profesionales, que producen aquellas instituciones que predicen valores éticos que ellas no cumplen y generan innumerables proyectos que no tienen continuidad, son las denominadas “Empresas/Instituciones Hipócritas” (García y Dolan, 1997).

En la práctica diaria se comprueba que distintos equipos sometidos a los mismos factores externos (pe, sobrecarga asistencial estacional, dotación insuficiente de recursos, fijación irreal de objetivos, institución “hipócrita”, etc.) responden de maneras diferentes y contrapuestas. Un equipo, como cualquier ente “vivo”, encara crisis tras crisis; la diferencia entre ellos consiste en su estilo de afrontarlas, es lo que se conoce como estilo de afrontamiento grupal. Este estilo es el resultado de diversos elementos de la dinámica grupal, pero que en esencia descansa sobre la red de relaciones afectivas, las pautas comunicacionales que este establece, los roles dentro del mismo, el código de valores y la manera de hacer que constituye el Ethos del equipo (denominado sintalidad por algunos autores), así como la motivación de sus integrantes.

“La mediocridad no es hacer las cosas mal, sino no querer hacerlas mejor” (Borrell F). Los mejores equipos (equipos de alto rendimiento) se caracterizan por una búsqueda constante de la mejora; esta búsqueda incluye la capacidad de detenerse a reflexionar sobre su propia manera de afrontar las crisis, lo que implica también reflexionar sobre su propio código de valores y su estilo relacional.

¿Y en el futuro?

El trabajo del equipo será progresivamente un elemento más valorado y potenciado, en un sistema sanitario con una demanda creciente, fundamentalmente a expensas de la necesidad de cuidado en patologías crónicas, y unos recursos limitados. Algunos elementos serán determinantes para impulsar un desarrollo de este aspecto de la APS:

- Transferencia “real” de capacidad de decisión y gestión a los propios equipos; adoptando los órganos gestores centrales un papel de facilitadores para con los equipos.
- Formación en metodología de trabajo de equipo. No solo a coordinadores responsables, etc; sino, lo que es más importante, a los residentes, y estudiantes de las profesiones dedicadas a la salud.

- Cambios en la gestión de recursos humanos. La elección de los profesionales para la asistencia sanitaria pública, así como la posibilidad de movilidad dentro de la misma, es básicamente la misma que la que comenzó a usarse a finales del siglo XIX (Capacidad de almacenar conocimientos en la memoria, y la cantidad de tiempo acumulado desempeñando una tarea, aunque no sepamos como desempeña esa tarea en la realidad).

- Progresiva atención a los aspectos de comunicación y clima de relación cooperativa en el seno de los equipos; tanto desde los propios equipos, como desde los órganos gestores responsables.

Pero por encima de todo, las acciones externas o de otras instancias solo actuarán como facilitadores o impulsores de una visión personal de cada uno de las profesionales para contemplar el trabajo en equipo como lo que es: una oportunidad de crecimiento personal.

Los verdaderos equipos no son resultados del azar, sino fruto del esfuerzo de sus miembros.

Bibliografía

- Borrell Carrió F. Como Trabajar en Equipo. Barcelona: Gestión 2000, 2004.
 Borrell Carrió F. Comunicar Bien para Dirigir Mejor. Barcelona: Gestión 2000, 1996.
 Fish R, Weakland JH, Segal L. La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder, 1984.
 García S, Dolan SL. La Dirección por Valores. Madrid: McGraw-Hill, 1997.
 Gilmore M et al. The Work of the nursing team in general practice. Council for the education and training of health visitors. London NW1 2RS: Clifton House, Euston Rd, 1987.
 Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? JAMA. 2004;291:1246-51.
 Hersey PG, Blanchard KH. Management of Organizational Behavior: utilizing human resources. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1977.
 Jong JD, GroeneWegen PP, Westert GP. Mutual influences of general practitioners in partnerships. Soc Sci Med. 2003; 57(8):1515-24.
 MacLean T, Atkins E, MacLean K. Quality Practice Award and teamworking: the perceptions of Primary Health care members in Scotland. J Interprof Care. 2005 Mar;19(2):149-55.
 O'Hanlon WH, Weiner Davis M. En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia. Barcelona: Paidós, 1990.

¿Podemos trabajar realmente en y con la comunidad?

M. Soler Torroja

Es función de los médicos de familia y del conjunto de los Equipos de Atención Primaria la promoción de salud. Por promoción de salud se entiende el proceso que proporciona a los individuos y comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de ese modo poder mejorarla (Carta de Ottawa, 1986), lo que implica situar al ciudadano y sus organizaciones como verdaderos protagonistas en el cuidado de su salud. La actual organización de la atención primaria, con frecuentaciones y presión asistencial en consulta crecientes, se centra en la mayoría de los equipos en la atención a la enfermedad, renunciándose en ocasiones a las actividades preventivas y en muchos casos a las de promoción de salud. La falta de coordinación y cooperación mutua con otros sectores y servicios de la comunidad y el intento, muchas veces inútil, de dar respuesta eficaz desde la consulta médica a malestares y demandas crecientes alejadas de ser enfermedades orgánicas provoca una excesiva medicalización de la salud. Todo ello genera mayores niveles de dependencia ineficiente de los ciudadanos hacia los profesionales sanitarios.

Las actividades de intervención y participación comunitaria en el ámbito de la atención primaria tienen un desarrollo aún escaso y muy heterogéneo en el conjunto del territorio del Estado Español. Podríamos extendernos en el análisis de las muchas dificultades existentes para el trabajo en y con la comunidad desde los centros de salud y quizás la más importante, también como consecuencia de otras causas, es el escepticismo de muchos profesionales hacia la pertinencia y viabilidad de las actividades comunitarias como parte de su quehacer profesional habitual, lo que condiciona actitudes poco favorables a su desarrollo. Estas opiniones y actitudes, muy arraigadas en algunos, pueden resumirse en las siguientes valoraciones:

- “Las actividades comunitarias no son eficaces para la promoción de salud.”
- “Trabajar en y con la comunidad no es competencia de los médicos de familia y no tenemos la formación necesaria.”

- "Las actividades comunitarias no son viables actualmente en los centros de salud, requieren excesivo tiempo de dedicación y en la práctica nadie las realiza".

Se hace necesario argumentar sobre lo incierto de dichas afirmaciones, pues uno de los primeros retos para el desarrollo de actividades comunitarias es que los profesionales se convenzan sobre su pertinencia e interés. Para conocer la efectividad de las actividades comunitarias para la promoción de salud han de utilizarse distintas metodologías muy valiosas, aunque poco extendidas y valoradas, muchas de ellas de tipo cualitativo. Existen estudios y publicaciones de gran interés en las que queda demostrada la eficacia de muy diversas intervenciones. Puede consultarse para ello el Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea, titulado "La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud", así como la Guía de Prácticas Comunitarias (The Community Guide) de la Canadian Task Force (<http://www.ctfphc.org>) y las revisiones Cochrane, que en los últimos años han ido incorporando publicaciones con éstos contenidos.

Son numerosos y muy sólidos los argumentos para defender que las actividades dirigidas a la atención comunitaria para promover la salud son competencia de los Equipos de Atención Primaria y de los médicos de familia. Las sucesivas Conferencias Internacionales sobre Promoción de Salud insisten en la importancia de reorientar los sistemas de salud y la actividad de los profesionales hacia la promoción, la necesidad de la participación comunitaria y de promover procesos de empoderamiento individual y comunitario. En la Conferencia conjunta OMS-WONCA (Ontario, 1994) se insiste en la importancia de integrar la atención individual con la comunitaria y de utilizar herramientas que ayuden a definir las necesidades de cada población. La Ley General de Sanidad 14/1986 establece claramente un nuevo modelo de atención primaria que pone el énfasis en la integración de las actividades asistenciales con las de prevención y promoción de salud. En la más reciente Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003 se reitera que es función de la atención primaria las actividades en materia de promoción de la salud y atención comunitaria. El nuevo programa de la especialidad refuerza la formación para la atención a la comunidad.

Es prioritario difundir las numerosas y muy relevantes experiencias de actividades comunitarias de muy diferente tipo y metodologías que se vienen realizando, algunas desde hace muchos años, en centros de salud de todo el territorio del Estado y que demuestran la viabilidad de su desarrollo. En la Red de Actividades Comunitarias (RAC) del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de semFYC (PACAP) (<http://www.pacap.net>) pueden consultarse más de 280 actividades y éstas no son todas las existentes. No se trata de centros de salud diferentes a la mayoría de los existentes ni reúnen condiciones especiales y lo que probablemente más los diferencia del resto es que entre sus profesionales los hay convencidos de la pertinencia y eficacia del trabajo en y con la comunidad como estrategia de promoción de salud. El desarrollo de actividades comunitarias no requiere necesariamente de un excesivo tiempo de dedicación y en las I Recomendaciones del PACAP sobre "¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?" se propone una organización por la que muchos miembros del equipo sólo habrán de dedicar algún tiempo de forma esporádica o incluso ninguno. Es importante también conocer y saber utilizar las muchas relaciones existentes entre la atención individual y la comunitaria, para lo que existen textos de interés.

Siendo pertinente y viable el trabajo en y con la comunidad de los médicos de familia y resto de profesionales de atención primaria, el principal reto para su extensión es el cambio convencido de actitudes por parte de muchos. Existen ejemplos que demuestran que un importante agente para generar cambios y asumir nuevos retos en el ámbito de la atención primaria son precisamente sus propios profesionales, apoyados por sus organizaciones, siendo las administraciones sanitarias las que finalmente asumen lo que ya forma parte de la realidad cotidiana de los centros de salud.

Bibliografía

- Canadian Task Force Methodology. Página en Internet. Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2005: <http://www.ctfphc.org/>
- Gómez T, Muñoz JC, Pastor A, Melguizo M, Soler M. Atención primaria de calidad: actividades a realizar y recursos necesarios. Ponencia XXII Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria. Aten. Primaria 2002; 30 Suplemento 1: 22-25
- Kark SL, Kark E, Abramson JH, Gofin J (eds.). Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Barcelona: Ediciones Doyma SA; 1994.

Marchioni M. La acción social en y con la comunidad. Zaragoza: Editorial Libros Certeza; 2004.

OMS-WONCA. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población: la contribución del médico de Familia. Conferencia conjunta OMS-WONCA, Ontario 6-8 de noviembre, 1994. semFYC, 1996.

Organización Mundial de la Salud. Ottawa Charter for Health Promotion. Ginebra: OMS, 1986

Organización Mundial de la Salud. The Jakarta Declaration on Health Promotion into the 21st Century. Ginebra: OMS, 1997

SEMFYC. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). SEMFYC; 1996.

SEMFYC. I Recomendaciones PACAP. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?. De la reflexión a las primeras intervenciones. SemFYC; 2003.

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Perfil profesional básico del médico de familia. Documentos semFYC nº 4, semFYC, 1994.

Turabián JL, Pérez Franco B. Actividades Comunitarias en Medicina de Familia y Atención Primaria. Madrid: Díaz de Santos; 2001.

Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Parte uno: Documento Base y Parte Dos: Libro de Evidencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.

Trabas para la resolución de problemas en la consulta: la falta de tiempo y limitación de pruebas complementarias o el médico de familia y sus pacientes en el mar de los Sargazos

A. Prieto Orzanco

La capacidad de resolución de la atención primaria en general y de la medicina de familia en particular, es uno de los elementos que la legitiman ante el resto del sistema sanitario y ante la población. La adaptación de la oferta de servicios que se prestan, según la evolución de las necesidades (por ejemplo la ya evidente necesidad de incrementar los cuidados domiciliarios en una situación de aumento de dependencias), es un requisito necesario para que los procesos se resuelvan en atención primaria. Pero siendo necesaria esa adaptación de los contenidos teóricos de los servicios (las carteras de servicios o similares) a una realidad cambiante, no es una condición generalmente suficiente para mejorar la resolución si no se acompaña de los instrumentos que permitan dar operatividad a la teoría. Y esos instrumentos no son otros que acompañar las definiciones teóricas de adaptación (modificaciones de carteras) con la instalación de los recursos pertinentes (físicos, humanos, organizativos).

Lamentablemente esta parte instrumental de la estrategia es con frecuencia olvidada o infravalorada. Pero en la actual evolución del sistema sanitario en su conjunto y de la atención primaria en particular, la época de las teorías (atención primaria eje del sistema) debe dejar paso a la de las realidades (la atención primaria en el siglo XXI requiere recursos del siglo XXI para ser eficaz y resolutiva)

El primer recurso necesario, imprescindible, es disponer de profesionales con la competencia técnica pertinente, capaces por tanto de abordar eficazmente los problemas planteados. Pero en general hay más capacidad técnica y buena actitud para aplicarla que posibilidades, al persistir e incluso incrementarse dos clásicos y siempre pendientes cuellos de botella: el escaso tiempo disponible para cada paciente y la también escasa disponibilidad de medios de apoyo diagnóstico. Estas dos restricciones de medios aparentemente independientes, en realidad se alimentan mutuamente al menos en parte y desde hace años.

Así el escaso tiempo disponible (en una situación en la que es común que las listas de pacientes crezcan en número y complejidad sin aumentar el número de profesionales) es sin duda el primer y ya crónico cuello de botella, que se ve además agravado al emplearse una parte en actividad no resolutiva por topar el paciente y su médico de familia con restricciones de medios de apoyo al diagnóstico, cuya solicitud está vetada por principio al médico de familia. Sigue siendo lo más habitual, por ejemplo, que el médico de familia hoy pueda pedir o realizar prácticamente las mismas pruebas de diagnóstico por imagen que hace 25 años. Cuando estas situaciones se producen, el paciente y su médico entran en un absurdo circuito de "derivación evitable".

Porque ¿Cómo resolver sin derivar a otro nivel, si para diagnosticar o descartar se precisan pruebas solo obtenibles mediante derivación?. Este se-

gundo cuello de botella provoca 3 listas de espera consecutivas para el paciente: irritantes listas de espera para primera consulta en centros de especialidades y hospital, que son seguidas de las listas de espera para la realización de las pruebas objeto de la derivación y, habitualmente, de una tercera lista de espera para recogida de resultados. Mientras el paciente deambula sin diagnóstico por las listas de espera de este circuito aberrante y redundante, repite visitas a su médico de familia. Visitas no resolutivas por supuesto, pero que consumen parte del ya escaso tiempo.

¿Alguien se ha preguntado cuantas visitas de digestólogo ha costado conocer que aquella sangre oculta fue producida por una simple hemorroides? ¿Y cuantas de cardiólogo descartar ese posible crecimiento ventricular? ¿Y cuantas visitas al médico de familia durante los tres, seis o más meses por la demora de un diagnóstico ante la imposibilidad de pedir una ecocardiografía, una colonoscopia u otra prueba imprescindible?

El paciente con mayores recursos encuentra en el uso de la sanidad privada un medio para salir de este mar de los Sargazos, siendo cada vez más habitual (a la par que incongruente y poco equitativo) que el médico de familia de la sanidad pública pueda dirigir el proceso completo solo en aquellos pacientes que cuentan con acceso a pruebas diagnósticas realizadas fuera del sistema sanitario público.

Si estas afirmaciones parecen exageradas a algunos afortunados, seguramente se deberá a que una característica fundamental del acceso a pruebas es su heterogeneidad entre territorios, incluso dentro de la misma comunidad autónoma, sin que sea factible al menos por el momento dilucidar en base a que criterios se produce o deniega dicho acceso. Resulta ilustrativa de esta heterogeneidad la situación de la Comunidad de Madrid en abril de 2005, que se recoge en la tabla 1.

Así, la inaceptable limitación para solicitar directamente pruebas complementarias básicas para la prestación de servicios resolutivos en atención primaria provoca lo que posiblemente se pretendiera evitar con la restricción de medios: mayores listas de espera. En fin, el médico de familia puede poner su capacidad y su voluntad. Puede gestionar su insuficiente tiempo (¡diez minutos que menos!), procurando obtener el máxi-

mo rendimiento y la máxima resolución. También puede, si se le permite, participar en la gestión de las listas de espera. Pero no puede redefinir los prejuicios acerca de cómo se generan listas de espera innecesarias. Ni tampoco sustituir las tomas de decisión y la disponibilidad de medios que los distintos Servicios de Salud deben proporcionar en forma racional, y razonada.

Las carteras de servicios del Sistema Nacional de Salud, actualmente en debate, deberían ser un excelente instrumento teórico para solventar al menos este segundo cuello de botella. Si bien lo hasta ahora conocido en borradores apunta más bien al mantenimiento de la situación que a su solución, requerir los medios imprescindibles para actuar en forma resolutiva e incluso cuantificar los efectos del no acceso en tiempo desperdiciado (consultas no resolutivas de MF y del resto de especialistas, volumen de lista de espera generado) parece una actitud individual y colectivamente imprescindible para evitar que este aspecto siga siendo una gran asignatura pendiente.

Medicina de familia y universidad: nuestra especialidad como área de conocimiento. Hacia donde caminamos

P. Bonal Pitx

La convergencia en los Planes de Estudios de las Facultades de Medicina europeas debería ser pronto una realidad. En España, sin embargo, a diferencia de la mayoría de países de la Unión Europea, la Universidad no acaba de reconocer académicamente a la Medicina de Familia, y se demora en contemplarla en todas sus dimensiones universitarias, administrativas y legales en igualdad con el resto de disciplinas. Esta asignatura pendiente de la Medicina de Familia es algo que imprescindiblemente debe resolverse si la Universidad española quiere mejorar la formación pregrado facilitando a los alumnos de medicina un entorno de aprendizaje idóneo como es la Atención Primaria y una disciplina académica internacionalmente reconocida como es la Medicina de Familia.

En 1910, Flexner¹ publicó un informe buscando la mejora de la docencia de la medicina en los Estados Unidos de Norteamérica. Para la Medicina de Familia la consecuencia más importante fue su alejamiento de la universidad. Tras la 2ª Guerra Mundial y los avances tecnológicos militares, que pasaron a la sociedad civil, se produjo un gran desarrollo de la biomedicina y la consecuente eclosión de especialidades hospitalarias durante la segunda mitad del siglo XX. Esto produjo en todo el mundo una profundización en el abismo existente entre las facultades de medicina y los médicos de cabecera.

Este alejamiento hizo perder a la formación médica dimensiones imprescindibles para el ejercicio de la medicina. Se perdía la visión global del paciente en su triple dimensión psíquica, física y social, la integración de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en la actividad clínica diaria, la perspectiva de la historia natural de la enfermedad, la percepción de los problemas de salud en la realidad familiar y social del paciente, y su prevalencia real. Ante esto las facultades de medicina de los países occidentales más avanzados se replantearon este tipo de docencia basada exclusivamente en especialidades hospitalarias. El reconocimiento de la Medicina de Familia como especialidad en estos países durante los años 60 propició su presencia universitaria²⁻⁵. En España, este proceso se está enlenteciendo más de lo racional, la incorporación de la Medicina de Familia en los currículos docentes no ha corrido igual suerte que en numerosas facultades de medicina europeas y norteamericanas^{6,7}.

La presencia de la Medicina de Familia en las Facultades de Medicina Europeas viene dada por varios motivos. En primer lugar por facilitar el contacto de los alumnos con los pacientes en entornos sanitarios y comunitarios idóneos para el aprendizaje de la medicina clínica y comunitaria. La red asistencial de la Medicina de Familia en Atención Primaria en estos países supone la mayor red asistencial del estado, con el mayor número de actividades clínicas de los sistemas de salud, la presencia de problemas de salud prevalentes, disponibilidad de pacientes, familias y médicos asistenciales y docentes (más del 50% del total) con tendencia a aumentar. Facilita una formación más orientada y adaptada a las necesidades sociales y sanitarias actuales, y aporta un incremento de la elección vocacional para trabajar en APS. Esto es importante si consideramos que la OMS considera que el 60% de los médicos debe trabajar en APS. La exposición temprana a modelos de Medicina de Familia y a experiencias

TABLA 1
Acceso a pruebas en Madrid (11 áreas)

Prueba	Situación
Test de embarazo en el CS/Espirometría en el CS	No disponible en 1 área
Toma citológica en el CS	No disponible en 3 áreas
Detección latido fetal/INR en el CS	No disponible en 5 áreas
Pulsioximetría en el CS	No disponible en 9 áreas
Oscilometría en el CS	No disponible en 10 áreas
MAPA en el CS	No disponible en ningún área. Algún CS la realiza como proyecto de investigación
Acceso a pruebas de laboratorio (H, S, B, M), radiología simple, EGD, tránsito, enema y eco abdominal	Accesible en todas
Gastroscopia, rectoscopia, colonoscopia	Inaccesible en 3 áreas
Eco tiroidea	Inaccesible en 4 áreas
Eco prostática	Inaccesible en 5 áreas
Urografía intravenosa	Inaccesible en 6 áreas
PAAF, anatomía patológica	Inaccesible en 6 áreas
Eco ginecológica	Inaccesible en 8 áreas
Densitometría	Inaccesible en 8 áreas
TAC craneal y otros TAC	Inaccesible en 9 áreas
Resonancia magnética	Inaccesible en todas
Ecocardiografía y prueba de esfuerzo	Inaccesible en todas

Fuente: Encuesta marzo 2005 del Foro 25 (SMMFyC)

TABLA 1
Medicina de Familia en las Universidades Europeas

País	Materia de Medicina de Familia	Departamentos de MF*
Alemania	En 4º, 5º y 6º	100%
Austria	En 11º y 12º semestre (120 horas)	50%
Bélgica	En 4º curso	100%
Croacia	En periodo clínico (140 horas)	100%
Dinamarca	En periodo clínico (7 semanas)	100%
Eslovenia	En 6º curso (7 semanas)	100%
España	En 3 facultades de 27	0%
Finlandia	En 1º y 3º (Turku) y en 4º y 6º (Helsinki)	100%
Francia	En 4º, 5º y 6º (3 meses)	100%
Grecia	En 6º curso (Creta)	20%
Holanda	En periodo clínico	100%
Hungría	En 5º y 6º curso	75%
Irlanda	En 4º, 5º y 6º curso	100%
Italia	En 4 universidades de 36	0%
Malta	En 3º, 4º y 5º curso (12 semanas)	100%
Noruega	En 10º Term	100%
Polonia	En 6º curso (100 horas)	100%
Portugal	En 6º curso	100%
Reino Unido	En periodo clínico	100%
Suecia	En 6º, 7º, 8º y 9º semestre	100%

*Porcentaje de Facultades de Medicina con Departamentos de Medicina de Familia.

longitudinales de APS incrementa la probabilidad de elección vocacional de la Medicina de Familia en el postgrado.

Desde los años 80, organismos internacionales promueven la necesidad de mejorar la docencia pregrado de la Medicina. En 1999, la World Federation for Medical Education⁸, estableció estándar de calidad en la formación pregrado. En 2002, la Conferencia de Decanos de las Facultades de Medicina Españolas y diversas sociedades de Educación Médica firmaron la Declaración de Granada sobre estándares en la educación médica de pregrado⁹. Analizada detenidamente para una parte importante de sus propuestas la Medicina de Familia tiene un papel relevante¹⁰. Igualmente su presencia en forma de Departamentos de Medicina de Familia en la inmensa mayoría de las Facultades de Medicina de los países de nuestro entorno europeo y occidental, quedando sin departamentos Italia y España (tabla 1).

En España la creación de Departamentos de Medicina de Familia en sus Facultades de Medicina es la principal asignatura pendiente. Su creación indicaría que todas las demás asignaturas secundarias estarían resueltas:

- Presencia de la Medicina de Familia como materia troncal en las Directrices Generales de los Planes de Estudios.
- Reconocimiento de la Medicina de Familia como área de conocimiento o el equivalente legal que en su momento exista.
- Identidad de la Medicina de Familia no vinculada a otras áreas de conocimiento.
- Sistemas de acceso para ser Profesor Titular de Medicina de Familia que garanticen la idoneidad de los seleccionados para ejercer la docencia pregrado en Atención Primaria.
 - a) Deberá ser un requisito imprescindible el ser Médico de Familia que trabaja en un Centro de Salud.
 - b) Mientras no haya profesores titulares ni catedráticos de Medicina de Familia en España, los Tribunales para la selección del profesorado deberán estar formados por profesores y catedráticos de Medicina de Familia de universidades europeas.

Bibliografía

1. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of Teaching. Bulletin No. 4. Boston, Massachusetts: Updyke; 1910.
2. Harris CM. General practice teaching of undergraduates in British medical schools. The Royal College of General Practitioners. Londres 1969.
3. Byrne PS. University departments of general practice and the undergraduate teaching of general practice in the United Kingdom in 1972. The Journal of the Royal College of General Practitioners. 1973;23 (S1):1-12.
4. Fraser RC, Preston-Whyte E. The contribution of Academic General Practice to Undergraduate Medical Education. The Royal College of General Practitioners. Londres 1988.
5. Howie JG, Hannay DR. General Practice in the Medical Schools of the United Kingdom. The Mackenzie Report. Mackenzie Fund. Londres 1986.
6. Jonas HS, Etzel SI, Barzansky B. Educational Programs in US Medical Schools. JAMA. 1991;266:913-20.
7. Walton HJ. Primary health care in European medical education: a survey. Medical Education. 1985;19:167-88.
8. WFME task force on defining international standards in basic medical education. Report of the working party, Copenhagen, 14-16 October 1999. Med Educ. 2000;34:665-75.
9. Declaración de Granada sobre estándares en la educación médica de pregrado. Granada 24 de octubre de 2002. Educación Médica. 2002;5:3-5.
10. Bonal-Pitz P. Respuesta de la medicina de familia a la Declaración de Granada. Aten Primaria. 2002;29:265-7.