MESAS

La medicalización de la vida

Moderador:

P. Alonso Coello
Médico de familia. Centro Cochrane Iberoamericano. Hospital de Sant Pau, Barcelona.

Ponentes:

R. Moynihan
Periodista científico. Brisbane (Australia). Honorary Lecturer, Universidad de Newcastle.

A. López García-Franco
Médico de familia. Director Técnico de Atención Primaria del Área Sanitaria 9, Madrid. Coordinador del Grupo de la mujer del PAPPS.

R. Meneu
Vicepresidente Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud (IISS)

L. Arribas Mir
Médico de familia. Centro de Salud Universitario de La Chana. Distrito Sanitario Granada. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de Granada. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

La medicalización de la vida

P. Alonso Coello

En los últimos años estamos asistiendo a un fenómeno creciente mediante el cual las compañías farmacéuticas promocionan y patrocinan enfermedades dirigidas a los consumidores y los profesionales sanitarios. Es importante llamar la atención para este importante pero poco reconocido fenómeno, en ocasiones denominado en la literatura anglosajona como «*disease mongering*» o propaganda de enfermedades. Esto es, ampliar progresivamente los límites de las enfermedades tratables o prevenibles.

Las compañías farmacéuticas están activamente involucradas en la definición y redefinición de las enfermedades y su puesta de moda o promoción, llegando el efecto hasta el profesional sanitario y los ciudadanos. La construcción social de la enfermedad está siendo sustituida por la construcción por parte de las corporaciones. Con idéntica intención existen colectivos médicos que, secundando estos intereses de la industria farmacéutica, se dedican a hacer proclamas en los medios de comunicación de masas o en las revistas especializadas sobre el alarmante ascenso de la enfermedad tal, las terribles consecuencias para la salud del proceso cual o los grandes beneficios para la salud integral que supone la toma de un fármaco. Con evidencias paracientíficas crean necesidades, para cubrir unas expectativas relacionadas sobre todo con un afán de lucro o de notoriedad. Los medios de comunicación a menudo participan de esta «epidemia de salud» y continuamente concluyen sus programaciones con el eslogan consabido de «acuda a su médico» por casi todo.

Se están contemplando como enfermedades situaciones que tienen que ver con el hecho de mismo de vivir, como el duelo, la pereza lógica de la vuelta al trabajo después de las vacaciones síndrome post-vacacional), la timidez (inhibición social) y se están redefiniendo la disfunción sexual y su tratamiento, el síndrome del colon irritable, y un largo etc. Es prioritario crear una concienciación entre los profesionales sanitarios para estar informados y prevenidos de este creciente problema. Los ciudadanos están expuestos igualmente a estos mensajes interesados, y en muchos casos distorsionados, y son necesarias medidas por parte de las autoridades para contrarrestar esta marea desinformativa.

Vendiendo enfermedades: cómo las compañías farmacéuticas nos están convirtiendo en pacientes*

R. Moynihan

A veces se siente como si no quisiera salir de la cama por la mañana? Ha tenido alguna vez problemas de motivación, particularmente en el trabajo? Alguna vez se ha sentido apático? Si contesta sí a cualquiera de estas preguntas probablemente debería comentarlo con su médico. Podría estar sufriendo un Síndrome de Déficit Motivacional. Algunas personas piensan que estos síntomas forman parte de la pereza habitual de nuestra vida cotidiana pero algunos investigadores han probado que esté síndrome en una verdadera afección médica. Se estima que hasta una de cada cinco personas sufren el Síndrome de Déficit Motivacional, con síntomas que oscilan entre leves a muy graves. En algunos casos esta afección puede ser fatal pues algunos pacientes pierden incluso la motivación para respirar.

Afortunadamente se dispone de un tratamiento efectivo y seguro, por tanto millones de personas en el mundo no tendrán que sufrir más en sus sofás en silencio. Una nueva droga llamada Indolebant esta actualmente en ensayos de fase tres, y los resultados preliminares son muy esperanzadores, según el investigador que descubrió esta enfermedad, el profesor Let. Argos, de la Universidad de Newcastle en Australia. Obviamente este trastorno, el Deficit Motivacional, es pura ficción, pero lo cierto es que cuando el *British Medical Journal* publicó un artículo sobre esta nueva enfermedad en Abril de este año, mucha gente se lo tomó en serio. Periodistas de todo el mundo intentaron ponerse en contacto con el profesor Let. Argos, para poder hablar con el de este tema. Médicos telefonearon a la Universidad de Newcastle para preguntar donde podían comprar el nuevo fármaco Indolebant. El número de resultados en Google del término Déficit Motivacional (Motivational Deficiency Disorder) escaló de nueve a más de 1400, prácticamente del día a la noche. Al menos editor de un periódico colocó la historia de esta nueva enfermedad en la portada.

En Nueva Zelanda, el periódico *Dominion Post,* el 3 de abril, publicó en su formal portada el titular «Podría ser la pereza una enfermedad? El artículo rezaba: «¿Demasiado perezoso para salir de la cama por la mañana? ¿Está dejando de colaborar en su casa? Diga a su jefe y su esposa que no es que sea un vago, estás sufriendo el trastorno de Déficit Motivacional. El editor se enfadó comprensiblemente cuando descubrió que la historia era una inocentada (*April Fools joke*). No obstante el objetivo de inventar una nueva enfermedad no fue avergonzar a los editores, se llevó a cabo para provocar un debate público sobre como definimos enfermedad. Afortunadamente este debate esta vivo y goza de buena salud, en todas partes, incluyendo a España donde estoy muy contento de poder hablar sobre este tema.

Vivimos en un mundo donde cada vez más las experiencias de la vida cotidiana están siendo categorizadas como los síntomas o signos de enfermedades concretas. Ivan Illich lo llamó la «medicalización de la vida» en los años setenta[1], el escritor medico Lynn Payer lo llamó la venta o la propaganda de enfermedades («*disease-mongering*») en un documento clásico suyo de principios de los noventa[2], y yo mismo he denominado el fenómeno como «venta de enfermedades»[3]. Los márgenes que definen la enfermedad están siendo inexorablemente ampliados: factores de riesgo están siendo re-definidos como enfermedades, antiguas afecciones están

siendo expandidas, y trastornos completamente nuevos están siendo creados. El jugador más poderoso de este proceso es, por supuesto, la industria farmacéutica, pero todo esto no es una conspiración comercial. Las definiciones de enfermedad están siendo ampliadas por alianzas informales de compañías farmacéuticas, grupos de médicos, grupos de pacientes y los medios- por personas de todos los sectores que muy a menudo trabajan con la mejor intención. El problema es que más y más gente relativamente sana están siendo atrapados en la red de la enfermedad. Para mucha gente una etiqueta médica y un tratamiento efectivo pueden reducir el sufrimiento e incluso prolongar la vida- pero para aquellos que no están de hecho enfermos, una etiqueta médica innecesaria puede llevar consigo efectos adversos innecesarios, y puede llevar a un gran gasto de recursos- tanto para el individuo como para un país.

Uno de los mejores ejemplos de esta «venta de enfermedades» es la manera en que los factores de riesgo están siendo re-definidos como enfermedades- el más conocido de todos es la llamada «colesterol alto». En los Estados Unidos, los márgenes de esta afección están siendo repetidamente ampliados, a medida que paneles de expertos se reúnen regularmente para actualizar las definiciones de quien es subsidiario de tratamiento. En los años noventa aproximadamente 13 millones de americanos habrían requerido tratamiento para la hipercolesterolemia. En el 2001 la cifra saltó hasta los 36 millones. En el 2004, los expertos se reunieron de nuevo, esa cifra aumentó hasta más de 40 millones[4].

Mientras los expertos en el colesterol alto recomiendan dieta y cambios de hábitos, así como medicamentos, son los fármacos los que están siendo promocionados sin cesar en la televisión y la prensa en los Estados Unidos- donde la publicidad directa a los consumidores está permitida. No es sorprendente que Lipitor, un tratamiento para reducir el colesterol de Pfizer, sea una de las drogas más vendidas de todos los tiempos, con ventas que superan los 10 billones de dólares americanos. Como cualquiera que haya estudiado con detalle los datos sabe, estos fármacos para reducir el colesterol pueden ser útiles en aquellos con un muy alto riesgo de enfermedad cardiaca- para aquellos con un riesgo muy bajo los beneficios son extremadamente modestos, y los daños no son insignificantes. Como la mayoría de los paneles de expertos, el grupo que actualizó las definiciones del colesterol en el 2004 estaba lleno de conflictos de interés. Ocho de los nueve expertos en este panel trabajaron como ponentes, consultores o investigadores de las mismas compañías que venden fármacos para disminuir el colesterol.

El otro ejemplo clásico de un factor de riesgo siendo promovido como una enfermedad que mata es la osteoporosis. Merck y otras compañías han contribuido a construir un Mercado global para sus fármacos contra la osteoporosis vendiendo miedo a padecer una fractura en mujeres relativamente sanas alrededor de todo el mundo. Así como con los fármacos que disminuyen el colesterol, los fármacos contra la osteoporosis pueden ser beneficiosos para aquellos con un riesgo elevado de fractura, pero para aquellos más jóvenes con un riesgo bajo de fractura, se dispone de otras estrategias preventivas no farmacológicas que pueden resultar más seguras y más baratas[5].

Un buen ejemplo de una antigua afección siendo ampliada en el trastorno de ansiedad social (también conocido como fobia social). Cuando la compañía GSK comenzó a promocionar este fármaco para esta afección al final de los años noventa, parte del material publicitario de la compañía sugería que una de cada ocho personas sufría esta trastorno psiquiátrico. Expertos independientes sugirieron que esta cifra podría ser realmente de uno de cada 100 personas[6]. Para ayudar a concienciar) sobre este nuevo trastorno la compañía contactó con una compañía de relaciones públicas, que más tarde ganó premios dentro del mundo de las relaciones públicas para la industria por su campaña para construir mercados para el fármaco de GSK.

En algunas otras ocasiones una nueva afección es creada- y quizás el mejor ejemplo es la disfunción sexual femenina[7]. En uno de los más extraños intentos de medicalizar la vida cotidiana, los investigadores sugirieron que el 43% de las mujeres sufren esta disfunción. Al igual que con el colesterol alto, y tantas otras enfermedades, los paneles de expertos definiendo esa nueva afección estaban «enredados», de manera importante, con las compañías farmacéuticas. Prácticamente todos los encuentros importantes en los noventa donde se definía y redefinía la disfunción sexual fueron financiados principalmente por laboratorios.

La forma en que definimos enfermedad necesita una urgente reestructuración. Una reforma podría ser llevar a cabo paneles de personas que puedan sopesar y evaluar la evidencia de manera objetiva sobre las enfermedades y los tratamientos, y publicar guías que realmente informen a la población. Otra estrategia es concienciar a los periodistas de que muy a menudo sus artículos y relatos parecen publicidad más que periodismo. De manera más amplia lo que se necesita es «desenredar»- deshacer los múltiples lazos financieros entre los expertos médicos y la industria farmacéutica. Se están llevando a cabo pequeños pasos en muchas partes del mundo en esta dirección y tengo mucha ilusión en conocer más sobre como este proceso se está desarrollando en España.

**Esta ponencia está basada principalmente en el libro escrito por Ray Moynihan Selling Sickness (traducido al español como «Medicamentos que nos enferman, e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes») publicado en el año 2006. Ray Moynihan es periodista, realizador de documentales, professor asociado en la Universidad de Newcastle (Australia) y Visiting Editor de la revista British Medical Journal.*

Bibliografía

1. Ivan Illich , Limits to Medicine, Penguin, London, 1976.
2. Lynn Payer , Disease-Mongers: How doctors drug companies and insurers are making you feel sick, Wiley and Sons, 1992.
3. Ray Moynihan and Alan Cassels, Selling Sickness: How drug companies are turning us all into patients, Allen and Unwin, Sydney, 2005.
4. Moynihan and Cassles, op cit, chapter 1 (Note: all of the statements in this article are referenced in this chapter of the book. The same applys to all the following footnotes.)
5. Moynihan and Cassles, op cit, chapter 8.
6. Moynihan and Cassles, op cit, chapter 7.
7. Moynihan and Cassles, op cit, chapter 10.

Estrategias de la medicalización

A. López García-Franco

El fenómeno de la «medicalización» tiene dos aspectos básicos: uno, referir como enfermedad cualquier situación de la vida que comporte limitación, dolor, pena, insatisfacción o frustración (desde la menopausia y la osteoporosis densitométrica, hasta el duelo, la timidez o el síndrome postvacacional), y otro, ampliar los márgenes de las enfermedades (que sí lo son) aumentando así su prevalencia. Todo ello puede generar intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas de dudosa eficacia y eficiencia.

Sobre el primer punto, las enfermedades inventadas, podríamos escribir ríos de tinta describiendo los efectos deletéreos e iatrogénicos que se derivan de la inducción indiscriminada de medicación, de la ineficiente utilización de recursos para procesos que deben ser abordados en ámbitos distintos al sanitario, o del despilfarro que supone investigar y promocionar pseudoenfermedades dirigidas a un ávido y aprensivo consumidor del primer mundo (mientras seguimos sin invertir en las enfermedades que matan individuos que nunca podrán pagarse los tratamientos). Pero por encima de estas consideraciones, la consecuencia más peligrosa, a mi juicio, es la creación de una sociedad inmadura incapaz de asumir su responsabilidad sobre los procesos vitales que entrañan sufrimiento, sufrimiento cuya «fisiopatología» afecta al proceso de vivir y de desarrollarse como individuo, y no a una noxa orgánica. Demasiados intereses espurios se encargan de demostrar intrincados desórdenes metabólicos en procesos que muchas veces no entrañan más que el proceso natural de envejecer, fomentando la estulticia de una sociedad que delega en una pastillita las contingencias que genera eso que llamamos vivir.

En relación con la ampliación de los márgenes de las enfermedades, podríamos hablar de dos estrategias que favorecen una actitud más intervencionista en el abordaje de las mismas y, por ende, inciden en el proceso de medicalización.

Exagerar la gravedad de la enfermedad justificando su prevención y tratamiento en situaciones de mínimo riesgo

En el caso de la osteoporosis a pesar de que se trata de un problema de salud propio de mujeres ancianas, se está realizando un denodado esfuerzo por justificar estrategias de cribado y tratamiento a mujeres entre 45 a 60 años. Abundan los mensajes alarmistas que nos alertan sobre el hecho de que la mitad de las mujeres tendrán una fractura a lo largo de su vida. Este mensaje que debería ser tan neutro como el que la totalidad de las mujeres se morirán a lo largo de su vida, provoca alarma social en propios y extraños. Lo que realmente deberíamos preguntarnos es sobre el riesgo

de tener un evento en los próximos 10 años, cuya respuesta seguramente nos llevaría a adoptar o desechar determinadas estrategias de intervención. A pesar de que la mayoría de las fracturas se producirán en mujeres mayores de 70 años (fracturas vertebrales) y 80 años (fracturas de cadera), muchas sociedades científicas recomiendan intervenir en mujeres a partir de los 45 años proponiendo tratamientos de por vida.

En este intento de adelantar la edad de la intervención se ha magnificado la gravedad de la fractura vertebral, argumentando que dicha fractura provoca una elevada mortalidad y una pérdida de calidad de vida (incluso las asintomáticas). Sin embargo, los datos disponibles indican que la mortalidad por fractura vertebral se relaciona con la comorbilidad asociada[1]. El incremento de la mortalidad en mujeres con fractura vertebral desaparece cuando se ajusta por diferentes variables como tabaco, estado general, IMC o toma de esteroides[2]. Tampoco parece que las fracturas subclínicas repercutan en la calidad de vida, y tan sólo se ve afectada cuando las fracturas vertebrales son clínicamente significativas y producen dolor e incapacidad funcional[3].

Preconizar tratamientos farmacológicos con cifras de parámetros cada vez más bajas

No es infrecuente confundir factor de riesgo con enfermedad. La osteoporosis constituye el ejemplo más ilustrativo al definirse la enfermedad en función de uno de los factores de riesgo de fracturas: la densidad mineral ósea. Al esfuerzo denodado por justificar la intervención en mujeres de mínimo riesgo de fracturas (mujeres entre 45-60 años) se viene produciendo un interés por justificar actuaciones en mujeres con osteopenia. Y todo con un cierto falseamiento de la evidencia científica. En un reanálisis del estudio MORE[4] se evalúa la efectividad del raloxifeno en la disminución de fracturas vertebrales en mujeres con osteopenia y osteoporosis. Estos resultados de un análisis post-hoc no son concluyentes debido a la propia metodología de los estudios post-hoc y a aspectos engañosos el estudio. Los criterios de inclusión del estudio MORE fueron tener una densitometría con una T-score por debajo de −2,5 DS en cadera o en columna lumbar. Por lo tanto los resultados de este reanálisis se refieren a mujeres con osteopenia en cuello femoral pero osteoporóticas en columna lumbar, es decir, mujeres osteoporóticas (OMS). Otros reanálisis en el caso del alendronato o del risedronato muestran limitaciones similares.

Con idéntica ausencia de evidencia científica se reconoce actualmente como verdad inmutable que la tensión arterial de los pacientes diabéticos debe situarse en un nivel inferior al del propio diagnóstico de hipertensión: 130/80 mm de Hg. Los ensayos clínicos en los que se sustenta dicha afirmación, en absoluto nos dan respuestas concluyentes[5]. El estudio ABCD presenta importantes limitaciones metodológicas[6] (grupos no homogéneos, el análisis no es por intención de tratar...). El estudio HOT en el que los pacientes se distribuyeron aleatoriamente en tres grupos con diferentes objetivos terapéuticos (PAD menor de 80, 85 y 90 mm de Hg) no se encontraron diferencias en la morbimortalidad entre los tres grupos. Posteriormente se realizó un subanálisis en población diabética, perdiéndose la asignación aleatoria, por lo que se trata en realidad de un subestudio observacional. Por otro lado, en dicho reanálisis no se nos informa sobre si se consiguieron los objetivos terapéuticos en los tres grupos (en el HOT en población general las medias obtenidas en los tres grupos fueron de 85,2; 83,2 y 81,1 respectivamente, lo que impide sacar conclusiones sobre los beneficios de cifras inferiores a 80 mmHg). En el estudio UKPDS la media en el grupo de control estricto fue de 144/82 mmHg y en el grupo de control menos estricto de 154/87 mmHg, por lo que Con estas no es posible inferir beneficios en la reducción de una cifra de PA de 130/80 mmHg. Sorprende que con tan limitada evidencia científica la práctica totalidad de las sociedades científicas hayan asumido estas recomendaciones. La misma Asociación Americana de Diabetes (ADA) le otorga un nivel de evidencia C (estudios observacionales no controlados), en relación con la PAS < 130 mmHg y un nivel de evidencia B (estudios de cohortes) en relación con la PAD < 80 mmHg.

La ADA recomienda antiagregación en diabéticos con un nivel de evidencia A, que en absoluto se corresponde con la realidad. Además, el metaanálisis que destaca en sus recomendaciones de los años 2003 y 2004 es el publicado en el año 1994, en el que se analizan 145 ECA (tan sólo 7 corresponden a diabetes) y en el que se evidencia una menor morbilidad y mortalidad CV en los pacientes tratados con AAS en comparación con los pacientes tratados con placebo. Este metaanálisis tiene una actualización en el año 2002 (con 194 ECA, 9 referidos a población diabética), y en el que el número de eventos CV en pacientes diabéticos con AAS no disminuye de manera significativa en comparación con el grupo control. La pregunta de por qué utilizaron el meta-análisis del año 1994 y no el del 2002 puede ser malediciente, pero pertinente. Posiblemente no sean ajenos a estas controversias los intereses de la industria del medicamento por ampliar constantemente la población diana de sus productos, teniendo en cuenta que en la ADA existen conflictos de intereses[7]. Se ha equiparado el riesgo cardiovascular entre los pacientes diabéticos y los pacientes con cardiopatía isquémica, se han disminuido las cifras de la glucemia basal alterada (de 110 a 100 mg/dl), en la literatura científica se habla cada vez más de prehipertensión y de prediabetes. Y todo esto mediante el consenso de expertos y con muy escasa base científica. Para justificar intervenciones se recurre a auténtica ingeniería estadística con el fin de conseguir la tan deseada significación estadística. El empeño de algunas sociedades científicas en justificar determinadas intervenciones forzando hasta límites insospechados los márgenes de la tan traída «p» es más que encomiable. Como ejemplo la interpretación que la ADA hace del estudio ASCOT[8] concluyendo que la atorvastatina es eficaz en la reducción de eventos cardiovasculares en diabéticos, cuando el propio estudio ASCOT no lo demuestra[9]. Para llegar a dicha conclusión, la ADA hace su análisis modificando las variables de resultado del estudio: en lugar de evaluar la eficacia de la atorvastatina en la reducción de infarto no fatal y muerte cardiovascular, la ADA incluye eventos cardiovasculares (TIA, arteriopatía periférica, arritmias que comprometen la vida...) y procedimientos (revascularizaciones). Podría decirse que «fuerzan los datos hasta que cantan...»

En la literatura científica se publican estudios que sin ningún rubor plantean tratamientos en población cada vez con menos riesgo, como tratar a prehipertensos para evitar la progresión a la hipertensión[10]. ¿Para cuando un estudio que demuestre que tratar a población sana reducen el número de pacientes prehipertensos?. Hasta cuando vamos a seguir sin reconocer que el principal riesgo es vivir, y que dicho riesgo no puede ser anulado por más que se bajen las cifras de colesterol y de hipertensión arterial a límites testimoniales o que nos tomemos diariamente más de 6 fármacos, eso sí, consultando con su médico. Para cuando vamos a asumir que a pesar de las sociedades científicas y de la industria, estamos condenados, tarde o temprano, a navegar con Caronte por las quietas aguas de la laguna Estigia.

Bibliografía

1. Johnell O, Kanis JA, Oden A, Sernbo I, Redlund-Johnell I, Petterson C et al. Martality after osteoporotic fractures. Osteoporos Int. 2004;15:38-42.
2. Ismail AA, O'Neil TW, Cooper C, Finn JD, Bhalla AK, Cannata JB et al. Mortlity Associated with Vertebral Deformity in Men and Women: Results from the European Prespective Osteoporosis Study (EPOS). Osteoporos Int. 1998;8:291-7.
3. Adachi JD, Loannidis G, Berger C, Joseph L, Papaioannou A, Pickard L et al. The association between osteoporotic fractures and healt-related quality of life as measured by the Health Utilities Index in the Canadien multicentre Osteoporosis Study (Ca Mos). Osteoporos Int. 2003;14:895-904.
4. Kanis JA, Johnell O, Black DM, Downs RW, Sarkar S, Fuerst T et al. Effect pf raloxifene on the risk of new vertebral fracture in postmenopausal women with osteopenia or osteoporosis: a reanalysis of the multiple Outcomes of Raloxifene Evaluaton trial. Bone. 2003;33:293-300.
5. Miguel García F, García Ortiz A, Montero Alonso MJ. Miembros del Grupo de Información sobre Medicamentos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria Sacyl. Objetivos del tratamiento antihipertensivo en la población diabética. Una revisión crítica. Med Clin (Barc). 2004;122:584-91.
6. Estacio RO, Jeffers BW, Gifford N, Schrier RW. Effect of blood pressure control on diabetic microvascular complications in patients with hypertension and type 2 diabetes. Diabetes Care. 2000;23 Suppl 2:B54-64.
7. Abramson J and Starfield. The effect of conflict of interest on biomedical research and clinical practice guidelines: can we trust the evidence in evidence-based medicine?. JABFP. 2005;18:414-8 [disponible en URL:http://www.jabfp.org].
8. Sever PS, Poulter NR, Dahlof B, Wedel H, Collins R, Beevers G et al. Reduction in cardiovascular events with atorvastatin in 2532 patients with type 2 diabetes. Diabetes Care. 28:1151-7.
9. Sever PS, Poulter NR, Wedel H, Beevers G, Coulfield M, Colling R, Kjelsen SE et al. Prevention of coronary and stroke event with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower than average cholesterol concentration in the anglo Scandinavian cardiac outcomes trial lipid lowering arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. Lancet. 2003;361:1149-58.
10. Julios S, Nesbitt SA, Egan BM, Weber MA, MIchelson EL, Kaciroti N et al. Fessibility of treating prehypertension with angiotensin −recptor bloquer. N Engl J Med. 2006;354:1685-97.

La medicalización y sus protagonistas

R. Meneu

La medicalización de ayer a hoy

La definición establecida de la medicalización[1] entiende que se trata de «*la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas*», incluyendo una gran variedad de manifestaciones, como las fases normales del ciclo reproductivo y vital de la mujer (menstruación, embarazo, parto, menopausia), la vejez, la infelicidad, la soledad y el aislamiento por problemas sociales, así como la pobreza o el desempleo.

La medicalización puede adoptar tres grandes modos:

1) Redefinir las percepciones de profesionales y legos sobre algunos procesos, caracterizándolos como enfermedades e incorporándolos a la «mirada médica» como entidades patológicas abiertas a la intervención médica.

2) Reclamar la eficacia incontestada de la medicina científica, y la bondad de todas sus aportaciones, desatendiendo las consideraciones sobre el necesario equilibrio entre sus beneficios y los riesgos o pérdidas que implican

3) La marginación de cualquier modo alternativo de lidiar con las dolencias, incluyendo tanto terapias de eficacia probada empíricamente como las formas desprofesionalizadas de manejo de todo tipo de procesos que van desde el parto hasta la muerte.

Hace un cuarto de siglo la crítica de la medicalización hizo su aparición en los debates sanitarios, gozando de un breve momento de confusa centralidad. Aunque algunos de los elementos de esta crítica gozaban de una larga tradición, confluían en ella visiones muy distintas e interpretaciones divergentes. Con todo, en el imaginario colectivo la crítica de la medicalización está indisolublemente ligada al nombre de Ivan Illich y la publicación de su obra «Némesis Médica», pese a que este trabajo no escogía la medicina como tema, sino como ejemplo. «Nemesis Médica» comenzaba afirmando: «*La medicina institucionalizada amenaza la salud*». Lo que era radical en 1974 es, en algún sentido, convencional hoy. En uno de sus últimos textos Illich escribió que veinticinco años después comenzaría diciendo: «*En los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante*»[2]. Un claro signo del desplazamiento del motor de la medicalización.

La epidemia de las «no enfermedades»

Han pasado más de cuarenta años desde la aparición en la literatura médica del término «*no enfermedades*». El artículo de Clifton Meador publicado en el *New England Journal of Medicine* - «The Art and Science of Nondisease[3]» - describía un caso de «*no enfermedad*», aportaba un intento de clasificación y concluía que el tratamiento para las «*no enfermedades*» nunca es el tratamiento indicado para la correspondiente patología. En 2002 el British Medical Journal propuso a sus lectores una encuesta sobre cuales eran las principales «*no enfermedades*», entendidas como «*un proceso o problema humano definido desde alguna instancia como una «condición médica» pero que conseguiría mejores resultados si no fuera considerado y tratado como tal*»[4]. Entre las veinte más votadas se situaron el envejecimiento, la calvicie, las canas, la fealdad, la celulitis, la resaca y la infelicidad, lo que proporciona valiosas pistas para comprender el alcance del concepto. Así, la orfandad es un doloroso proceso natural, aunque preferible a su única alternativa verosímil (morir antes que los progenitores), pero tributario de medicalización si se declara una comprensible «inadecuada elaboración del duelo».

La distancia entre la definición normativa de salud y su percepción aumenta con el desarrollo. Está documentado el contraste entre la definición de salud pretendidamente objetiva llevada a cabo por los profesionales y la salud subjetiva percibida por los individuos. Cuanto mayor es la oferta de «salud», más gente responde que tiene problemas, necesidades, enfermedades. Mientras, en las zonas con servicios sanitarios menos desarrollados esta percepción es menor. Los datos aportados por Amartya Sen[5] muestran que cuanto más gasta una sociedad en asistencia sanitaria, mayor es la probabilidad de que sus habitantes se consideren enfermos.

Si desde la definición de la OMS asumimos que la salud es más que la mera ausencia de afecciones o enfermedades, no nos debería costar admitir que la enfermedad es más que la falta de una salud perfecta. De manera creciente, la definición de enfermedad va ligada a las disponibilidades tecnológicas. La tecnología constituye el conocimiento médico de diferentes maneras. Por un lado establece los signos, marcadores y resultados que definen las entidades nosológicas. También influye poderosamente sobre los modelos explicativos de la enfermedad, así como en el modo en que se organiza el conocimiento médico, su taxonomía. En conjunto, el incremento de capacidades tecnológicas aumenta la sensibilidad de la identificación de alteraciones de la normalidad y reduce el umbral a partir del cual abordarlas médicamente.

La contribución de la medicina de familia

Los factores que contribuyen al creciente fenómeno de la medicalización de la vida son diversos y complejos. Una panorámica no exhaustiva exigiría empezar a mirar hacía los proveedores sanitarios, tanto los profesionales como las empresas médico-farmacéuticas, sin dejar de lado el importante papel desempeñado por la industria de la comunicación. Aun así todo análisis será incompleto si no contempla las tendencias apreciadas en la propia población y las respuestas aportadas por los responsables de la política y la gestión sanitaria.

Pero por grandes que sean las expectativas de la población, alentadas a menudo de manera irresponsable por gestores sanitarios y medios de comunicación, los principales agentes de la medicalización son necesariamente los médicos. El carácter desconcentrado de las decisiones sobre diagnóstico y tratamiento exige la anuencia de los clínicos sobre los beneficios de las intervenciones terapéuticas. La mirada médica es el proceso a través del cual objetos sociales específicos, es decir, categorías de enfermedad, cobran su existencia. Aun así, en el proceso de medicalización las interacciones y sinergias son múltiples. Los médicos como investigadores o prescriptores, solos o unidos en sociedades científicas, con excesiva frecuencia recorren su camino profesional de la mano de la industria. La cultura médica padece una fascinación por las nuevas tecnologías, e incluso por las nuevas enfermedades. Añádase a esto que la razón médica está presidida por un stajanovista «*más es mejor*», cuando en demasiadas ocasiones quizá debería acogerse a la regla de Mies van der Rohe «*menos es más*».

Una explicación complementaria para la predisposición de los profesionales a aceptar casi cualquier nueva entidad clínica debe considerar su particular situación respecto al cambiante estado del conocimiento y las expectativas y demandas de los usuarios. Los médicos se encuentran emparedados entre una íntima duda sobre sus capacidades resolutivas reales y una creciente presión social que exige respuestas taumatúrgicas y confía en que la ciencia evitará hasta lo ineluctable. Las «*no enfermedades*» abarcan cada vez más aspectos del nacimiento, la menopausia, el envejecimiento, la sexualidad, la infelicidad y la muerte. La concepción morbosa del malestar que provocan algunos alejamientos de la normalidad o el ideal, como calvicie, arrugas o flacideces, puede extenderse con más motivo hasta los déficits de elocuencia, oído musical, o capacidad de razonamiento lógico, problemas prevalentes, pero aún no sentidos como insuficiencias. También el riesgo ha pasado a ser considerado una enfermedad prevalente, en una curiosa inversión de la paradoja de la prevención de Rose[6] por la que ciertos beneficios escasos a nivel individual resultan sobrevalorados. De este modo, los fármacos preventivos son un negocio en alza. Su uso se extiende a pesar de la existencia de desacuerdos entre guías de práctica clínica, y a que la magnitud de los beneficios a nivel individual es pequeña, incluso en las personas con mayor riesgo. Pero hay que preguntarse cuánta gente bien informada de su probabilidad de tener un suceso cardiovascular en los próximos diez años querría tomar un hipolipemiante a largo plazo. O cuántas mujeres estarían dispuestas a seguir un tratamiento con bifosfonatos durante años para evitar un escaso riesgo de fractura si conocieran los números de las probabilidades en caso de tomar el fármaco o no tomarlo.

Hay algunas evidencias de que las personas bien informadas son más conservadoras que los médicos en el caso de los tratamientos preventivos basados en medicamentos. De generalizarse estas evidencias, tendremos que reconocer que desde una medicina con muy escasa participación del paciente se puede estar conduciendo a la gente a una forma de vida que quizá no desee. Si en los tratamientos preventivos, los pacientes hicieran elecciones diferentes a las que indican los médicos y por debajo de éstos: ¿Qué efectos tendría una mayor participación? Se ha señalado que quizá tengamos pacientes hipertensos mejor informados, mas satisfechos y menos ansiosos..... pero colectivamente más expuestos a tener un accidente vasculo-cerebral o un infarto. La aceptación de esto significa un tremendo cambio de mentalidad, incluso un replanteamiento de los objetivos de los servicios sanitarios. Hacer una medicina más participativa supone –una vez más- un cambio cultural, que como todos los cambios culturales será difícil, porque supo-

ne abandonar lo conocido para embarcarse en una aventura en la que se perderá estatus, poder y control; y en la que habrá que aprender otras habilidades y actitudes, a las que no estamos habituados. Entre estas actitudes se cuenta la preocupación por las consecuencias de una posible medicalización excesiva. Como apuntaba Richard Smith, entonces editor del BMJ, «*cuando estoy enfermo quiero ser atendido por doctores que duden cada día del valor y la sensatez de lo que hacen*»[7].

¿Queremos ir a donde vamos?

Parece necesario llevar a cabo una reflexión colectiva sobre a donde nos conduce la derrota trazada y las consecuencias de la creciente medicalización de la vida. Se está clasificando como enfermos a personas que, desde diferentes perspectivas, pueden considerarse sanas y se les está sometiendo a tratamientos con consecuencias adversas ciertas, tanto por los posibles efectos de las terapias como por el mismo proceso de etiquetado como «anormal». Además, las formas no médicas de afrontar las dificultades se están devaluando, reduciéndose la aptitud para valerse por si mismo y sentirse capaz de superar los problemas. Las personas y la sociedad se hacen así dependientes de una medicina y unos servicios sanitarios, que cada vez encuentran más dificultades para dar respuesta a las demandas que van induciendo. Hace unos años, en un trabajo del que proceden las ideas expresadas en este texto[8], nos planteábamos unas reflexiones cuya relevancia no ha cesado de aumentar en este tiempo. Se reproducen aquí con el deseo, aun infundado, de que en lo sucesivo pierdan vigencia.

Una reflexión sobre el fenómeno de la medicalización lleva a la pregunta de si realmente queremos un mundo donde todos llevemos etiquetas de riesgo de padecer esta o aquella enfermedad en el futuro. Si queremos una sociedad donde hay mastectomizadas para evitar el cáncer de mama, gente sana pero que cree estar enferma y toma varias píldoras para reducir su «riesgo» de acabar teniendo una u otra enfermedad. Una sociedad donde ya todos los niños nacen por cesárea, la gente está insegura sobre si es normal o no en sus relaciones sexuales, el miedo a la enfermedad se ha apoderado de todos, y casi nadie se muere con un poco de paz. Si queremos una mundo donde mientras todo esto pasa en las sociedades ricas, en África, Asia y Harlem, la gente sigue muriendo de SIDA, de infecciones para nosotros banales, de hambre, violencia y otras calamidades. Pero incluso siendo pragmáticos y sin cuestionarnos si queremos este mundo, vamos a tener que preguntarnos si podemos permitírnoslo. Sin caer en los maximalismos que atribuyen a la medicina un efecto negativo neto sobre el bienestar, apelando a inexistentes arcadias pretecnológicas, una sociedad más medicalizada es una sociedad con una mayor percepción de malestar y dependencia. Y subvenir las necesidades que este sentimiento crea obliga a los individuos y la colectividad a detraer recursos aplicables a potenciar otras esferas del bienestar.

Por ahora no parece verosímil que sea evitable morir. Las ganancias en cantidad de vida propiciadas por el desarrollo médico son en nuestro entorno relativamente escasas, siendo más importantes las relacionadas con la calidad de esa vida. Pero la calidad de vida tiene componentes básicamente subjetivos, ligados a muy distintas preferencias personales. No todos los años de vida ganados son iguales y evitar una muerte ligeramente prematura puede abocarnos a una larga y penosa agonía, una opción deseable para algunos pero espeluznante para otros. Sin la adecuada información para decidir, muchos podemos empeorar si adoptamos miméticamente prácticas de reducción promedio de algunos riesgos actualmente vulnerables. La consecuencia de esta aceptación acrítica de todas las ofertas de la medicalización sería una sociedad viviendo de manera insana por su preocupación por la salud y muriendo más enferma.

Bibliografía

1. Kishore J. A dictionary of Public Health. New Delhi: Century Publications; 2002.
2. Illich I. L'obsessión de la sante parfaite. Le Monde diplomatique, 1999 mars pp 28 y ss. Disponible en http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802
3. Meador C. The Art and Science of Nondisease. N Engl J Med. 1965;272:92-5.
4. Smith R. In search of non disease BMJ 2002; 324: 883-5
5. Sen A. Health: perception versus observation. BMJ. 2002;324:860-1.
6. Rose G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. En: El desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1988 (publicación científica 505).
7. Smith R. Limits to Medicine. Medical Nemesis: The expropiaion of Health (book review). BMJ. 2002;24:923.
8. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gest Clin San. 2003;5:47-53.

Mujeres sanas de milagro

L. Arribas Mir

¡Más vale prevenir que curar!. Pero antes de emprender medidas preventivas, de dar consejos de salud, hay que ser muy discretos y limitarse a aquellas medidas que la evidencia científica ha demostrado que estaría indicado aplicarlas en la comunidad. No debemos olvidar esta máxima antes de actuar sobre personas sin enfermedad conocida, sobre personas «en principio sanas». Los avances de la tecnología, el culto al cuerpo, la moda, los intereses de ciertos sectores, la medicina defensiva, la búsqueda de garantías imposibles ante el miedo a ciertas enfermedades devastadoras, y una cultura de revisiones médicas para la mujer poco fundamentada, puede hacer caer a muchas de ellas en una excesiva medicalización, a veces produciendo una significativa iatrogenia, creando ansiedad, y en definitiva, disminuir su salud. Hay evidencia de que ser mujer es un factor de riesgo independiente para sufrir yatrogenia[1].

En nuestro país, si consideramos las tendencias, los cambios en la morbimortalidad, es de prever que el cáncer de pulmón multiplique su incidencia, y que las enfermedades cardiovasculares aumenten extraordinariamente en las mujeres, como ha ocurrido en Norteamérica. Tenemos un lamentablemente alto porcentaje de fumadoras. El tabaco va a hacer estragos en nuestra población de mujeres en los próximos años. Frente a esto, de sobra sabido, y aunque exista la contradicción, tenemos que seguir apostando por la información. Hay que informar correctamente, lo mas objetivamente posible a las mujeres. En el futuro, la información que demos en las consultas va a marcar mucho la práctica médica. Médicos que «explican» y dejan elegir dentro de un marco, frente a posturas menos participativas, que solo «indican» que hacer a las mujeres. Claro está que lo primero consume mas tiempo de consulta y a veces crea desazón en algunas personas, derivado de una mayor implicación en la propia salud, de pasarles decisiones, pero a todos nos irá mejor así. Por otra parte los médicos deberíamos estar mas de acuerdo en nuestras recomendaciones[2], consensuándolas, actuando correctamente, manteniendo una ética que a veces se diluye en el que hacer diario de nuestras consultas. Hay un lucrativo mercado de salud de la mujer, desde los cosméticos y fármacos, a las intervenciones de cirugía estética, pasando por los tratamientos adelgazantes y exámenes médicos. ¡Exámenes anuales![3]. Las mujeres entran a veces en una dinámica de consumo de salud que muchas veces carece de rigor científico y puede suponerles riesgos innecesarios; están gastando tiempo y dinero para empeorar a veces su calidad de vida. ¿Como sacarlas de este atolladero?. Los médicos, las sociedades científicas y las administraciones deberían intervenir mas activamente, y la información jugaría una vez mas un papel clave. Disponer de un documento de salud, una "Guía de Salud Personal» sería importante. Existen ya modelos, y una pequeña guía de bolsillo para cada persona, con recomendaciones preventivas, las pocas que sabemos que hay que indicar, podría ser interesante para hacer frente a la información sesgada y sobre todo a la desinformación, a la vez que podría favorecer el cumplimiento de las recomendaciones preventivas que se establezcan. No debemos olvidar los medios de comunicación y la gran fuerza de Internet. Las mujeres jóvenes y no tan jóvenes, muchas de ellas han estado excesivamente medicalizadas debido a la anticoncepción, embarazo, prevención del cáncer ginecológico y menopausia. Deben revisarse mucho estas prácticas, mantener los bueno y abandonar aquello que la evidencia científica no aconseja seguir practicando. La prescripción de píldoras anticonceptivas es un buen ejemplo de medicalización excesiva, cuando con los preparados actuales las mujeres no deben someterse a tantos análisis y revisiones como venían haciendo. Quiero romper una lanza por las ancianas, a veces algo olvidadas. Las mas mayores necesitan algo mas de atención sobre sus déficits sensoriales, la prevención de caídas, la incontinencia urinaria, y tal vez no marginarlas de algunos programas de salud como hoy está ocurriendo. Para ellas y para todas las mujeres es fundamental la vida en un ambiente digno, con recursos económicos suficientes, y con un apoyo social adecuado. No perdamos de vista el cariño entre tanto programa; la medicina basada en la evidencia desde que apareció nos hablaba de eficacia y eficiencia, especificidad y «sensibilidad». Sensibilidad con las personas. No basta prevenir cánceres o reducir el riesgo cardiovascular, para vivir bien necesitamos un mundo de relaciones cálido y rico.

Debemos esforzarnos en que la pocas medidas preventivas que han demostrado ser útiles lleguen a todas las mujeres, y no gastar nuestros recursos en lanzar muchas medidas de prevención, la mayoría de muy dudosa eficacia, solo para unas pocas. La españolas, en general, para

mantener una buena salud, deberían cuidar su peso con una dieta equilibrada, hacer algo mas de ejercicio físico, y preguntar a su médico de familia desde cuando y cada cuanto tiempo deben medirse la presión arterial, el colesterol, la glucemia, hacerse un Papanicolau o una mamografía, pedirle información sobre anticoncepción y menopausia, preguntarle sobre los nuevos adelantos que «no pararan de llegar», y sobre todo, no fumar[4]. Nuestro reto es atenderlas correctamente. ¡Y a vivir!.

Sin embargo, las cosas no son tan fáciles, y a los médicos que pensamos así, ya nos llevan la delantera otros sectores muy poderosos. Desde la consulta de un médico de familia, analizaremos que está pasando con la medicalización de las mujeres. Viendo todo lo que ocurre, todo lo que se hacen, uno piensa. ¡Estáis sanas de milagro!.

Bibliografía

1. Guse CA, Yang H, Layde PM. Identifying risk factors for medical injury. International Journal for Quality in Health Care. 2006;18:203.
2. del Cura I, Arribas L, Coutado A, Bailón E, Landa J, López A, Alonso P, Fuentes M y Ojuel J. Grupo de expertos del PAPPS. Recomendaciones preventivas en la mujer. Aten Primaria. 2005;36 Suppl 2:102-30.
3. Shulman LP. New recommendations for the periodic well-woman visit: impact on counseling. Contraception. 2006;73:319– 24.
4. Arribas L, Sastre F. Mantenimiento de la salud y cuidados preventivos. En: Palacios S. editores. Salud y Medicina de la Mujer. Madrid: Ediciones Harcourt S.A.; 2001. p. 33-41.

Técnicos de salud: una extraña habilidad de los médicos de Atención Primaria

Moderador:

C. Valero García

Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Coordinador de la Unidad de Prevención y control de la Tuberculosis. CAP Drassanes, Barcelona.

Ponentes:

A. Segura Benedicto

Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Responsable del Área de Salud Pública e Investigación de Servicios de Salud del Institut d'Estudis de la Salut. Generalitat de Catalunya. Profesor Titular de Salud Pública de la Universidad de Barcelona.

C. Borrell Thió

Médico de familia. Directora del Observatorio de la Salud Pública de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.

J. Pujol Salud

Médico de familia. Técnico de Salud de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Lleida. Institut Cátala de la Salut

La salud pública hoy, concepto, competencias y tareas

A. Segura Benedicto

Aunque la salud pública puede considerarse desde diversas perspectivas, todas ellas comparten el abordaje poblacional del análisis de los problemas de salud de las comunidades y el carácter colectivo de sus intervenciones, que constituyen la base de su identidad.

Los antecedentes del origen de la salud pública se remontan a los problemas de saneamiento que debieron resolver los habitantes de las primeras ciudades en el período neolítico. La eliminación de residuos, el almacenamiento en condiciones higiénicas de los alimentos y el abastecimiento de agua fueron los primeros cometidos de la salud pública, si bien en aquellas épocas no se consideraran actividades formalmente sanitarias. Las primeras intervenciones colectivas que tuvieron el objetivo explícito de protección de la salud probablemente tuvieron lugar a mediados del siglo XIV durante las primeras epidemias de peste en Europa y consistieron en el establecimiento de cuarentenas a los navíos procedentes de zonas afectadas.

El nacimiento formal de la salud pública se produce, sin embargo, a mediados del siglo XIX como culminación del movimiento higienista iniciado un siglo antes. La promulgación de la ley de salud pública en Inglaterra comporta el desarrollo de los servicios de salud pública que en la mayoría de países europeos serán de ámbito municipal. En España se establecen los cuerpos de funcionarios sanitarios locales mediante la instrucción general de salud de 1904. La asistencia sanitaria de la Seguridad Social, creada en 1944, incorporará buena parte de estos recursos a las actividades asistenciales contribuyendo a la marginalidad de las tareas de salud pública, limitadas en muchos casos a menesteres administrativos y de inspección sanitaria.

La reforma de al atención primaria supone el primer gran cambio en el sistema sanitario español, seguido por la promulgación de la Ley general de Sanidad y el desarrollo del estado de las autonomías. Esta reforma de la atención primaria se lleva a cabo bajo la influencia del movimiento de la atención primaria de salud auspiciado por la conferencia de Alma Ata a finales de los años setenta. Entre sus consecuencias destaca la creación de la especialidad de medicina general que se denominará medicina familiar y comunitaria. La orientación de los estudios de medicina y, en buena parte, de la organización de los servicios asistenciales limita las posibilidades de desarrollo de la vertiente comunitaria de la nueva especialidad. Desde los flamantes centros de salud o de atención primaria los nuevos equipos de profesionales se enfrentan a la dimensión colectiva de la sanidad con muy pocas herramientas. De ahí la creación de una nueva figura profesional, la de los técnicos de salud, o de salud pública, con el propósito de colaborar en la formación de las habilidades metodológicas necesarias para las actividades comunitarias, básicamente epidemiología y estadística, en las unidades docentes de la especialidad.

No obstante, la persistencia del paradigma biológico de las ciencias médicas, la tendencia al consumismo y a los valores culturales del individualismo y la ausencia de incentivos para el desarrollo de actividades comunitarias, junto con la evolución separada de los servicios colectivos de la salud pública, caracterizan un sistema sanitario atomizado y fragmentario en el que resulta difícil promover la implicación y la participación comunitaria.

El papel de la salud pública como componente del sistema sanitario ha sido, en este contexto, muy marginal. Tanto desde el punto de vista de los recursos disponibles, apenas el 1% de los gastos sanitarios públicos corrientes, como del de la influencia en el diseño de políticas de salud, a menudo, limitadas a declaraciones retóricas y no exentas de efectos adversos. Entre los cuales destaca el fomento de programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades desde el componente asistencial en el que predomina una visión clínica y medicalizadora.

Los técnicos de salud, en los servicios autonómicos en los que se mantienen, se han ido convirtiendo en recursos de apoyo a la administración de los servicios de las entidades proveedoras de la asistencia, como ocurre en Catalunya[1], relegando parte de las actividades docentes y, desde luego, las de intervención comunitaria que han devenido básicamente actividades voluntaristas y residuales. Estas se llevan a cabo bien desde los servicios de salud pública municipales, que tienen poca relación con los servicios de salud pública de las administraciones autonómicas, los cuales, a su vez, se desarrollan en paralelo a los servicios asistenciales, incluso de atención primaria. Tan solo algunas actividades de vigilancia epidemiológica y de control de las enfermedades transmisibles permiten una cierta coordinación entre ambos estamentos sanitarios.

La encrucijada en la que se encuentran los sistemas sanitarios, aparentemente debida a las insuficiencias de financiación pero de forma más profunda consecuencia de la inadecuación de los servicios proporcionados a la población, que no consiguen un impacto eficiente y equitativo sobre los determinantes sociales de los problemas de salud de las comunidades, requiere un planteamiento efectivamente centrado en las necesidades de la población.

Los actuales servicios de salud pública no tienen suficiente capacidad por si mismos para liderar la necesaria reorientación del sistema sanitario y no parece realista reivindicar un cambio drástico en las políticas de asignación de los recursos sanitarios que, indefectiblemente supone una merma de los que consume el sector asistencial. De ahí la oportunidad de plantear alianzas entre los servicios de salud pública y los de atención primaria en el ámbito de la atención comunitaria que ambos comparten.

Alianzas que podrían llevarse a cabo mediante la implicación de las administraciones locales a partir de las iniciativas de constitución de gobiernos territoriales de salud. Sin embargo, los obstáculos a los que se enfrentan son enormes, sobre todo para vencer la tendencia al crecimiento de los dispositivos asistenciales, dado el incremento de las expectativas de los profesionales y de la población, el envejecimiento demográfico y la inmigración.

Eventualmente se podría ensayar una estrategia de coordinación entre la atención primaria y los servicios de salud pública dirigida a obtener resultados a corto y medio plazo en aquellas áreas en las que es factible sumar esfuerzos, como sugiere el editorial del órgano de la especialidad británica[2].

Bibliografía

1. Martínez S, Segura A. Situación y perspectivas laborales de los técnicos de salud en el sistema sanitario de atención primaria en Cataluña. Nota de campo. Gac Sanit (en prensa).
2. Griffiths S, Haslam D. Putting public health practice into primary care practice: practical implications of implementing the changes in Shifting the balance of power in England. Journal of Public Health Medicine. 2002;24:243-5.

La formación como médico de familia y la especialización en salud pública: ¿del currículum de la especialidad a una nueva orientación profesional?

C. Borrell Thió

¿Qué competencias del Programa de Formación del Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria pueden ser una ventana para atisbar el campo de la Salud Pública?

Actualmente, el programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria incluye también la formación en salud pública y concretamente se refiere a la adquisición de competencias relacionadas con la atención a la comunidad y con la formación e investigación.

Tal como comenta el programa de la especialidad: «Para mejorar la salud y disminuir las desigualdades en salud, el Médico de Familia debe intervenir sobre los determinantes de la salud que están en un contexto físico y social distinto al del sistema sanitario».

Uno de los modelos utilizados para explicar los determinantes de la salud y las desigualdades en salud es el descrito por Dahlgren y Whitehead[1] (fig. 1). Es un modelo basado en capas de influencia, estando cada capa relacionada con las otras. En el centro, están los factores individuales como la edad, el sexo y los factores hereditarios. Estos factores son fijos y por lo tanto no son susceptibles de intervención. En una primera capa están los estilos de vida (consumo de tabaco, actividad física, dieta, etc) con una influencia clara sobre la salud de las personas. En una segunda capa se visualizan las influencias sociales y comunitarias, ya que la interacción con el entorno inmediato (familiares, amigos, vecinos...) también afecta la salud. A continuación se observan las condiciones de vida y trabajo: la agricultura y la producción de alimentos, la educación, el medio laboral, el desempleo, la higiene sanitaria, los servicios sanitarios y la vivienda. Finalmente, en la última capa están las condiciones socioeconómicas, políticas, culturales y ambientales. Estas tres últimas capas de influencia afectan la salud de las personas a través de la «incorporación» (*embodiement*)[2], concepto que se refiere a como incorporamos biológicamente el mundo material y social en que vivimos desde la vida intrauterina hasta la muerte.

Este modelo permite detectar los «puntos de entrada» para la acción o para la puesta en marcha de intervenciones para mejorar la salud. Así por ejemplo, se pueden priorizar políticas más «macro» como por ejemplo reduciendo la pobreza, o intervenciones más «micro» focalizadas en problemas específicos o grupos concretos de población.

¿Se puede hacer salud pública desde un centro de salud?

El Médico de familia debe poder abordar la «Atención a la Comunidad», siempre y cuando la presión asistencial se lo permita. La Atención a la Comunidad es salud pública ya que las tareas que se realizan (análisis de la situación de salud, priorización de intervenciones y problemas de salud, elaboración de programas de intervención, etc) son competencias también de la salud pública. El modelo conceptual presentado anteriormente puede ser útil para decidir los «puntos de entrada» de las intervenciones a realizar.

¿Qué hay de natural y qué de artificial en un médico de familia que se convierte en técnico de salud?

En principio, un médico/a de familia puede convertirse en un técnico de salud, pero para ello sería muy recomendable que tuviera la posibilidad de realizar un máster de salud pública para adquirir más conocimientos. En los primeros años de la especialidad de Medicina Familiar y Comunita-

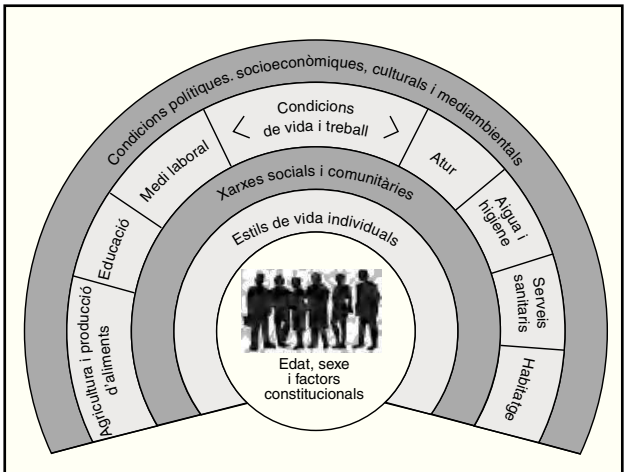

FIGURA 1 Modelo de los determinantes de la salud. Tomada de: Dahlgren G, Whiehead M.[1]

ria, numerosos médicos de familia se dedicaron a la salud pública y/o a la epidemiología, probablemente debido a que las ofertas de trabajo relacionadas con la medicina de familia eran reducidas en algunas CCAA. Esta coyuntura fue posible porque las personas formadas en salud pública y epidemiología eran muy pocas (y la mayoría habían adquirido su formación en el extranjero), lo que ofrecía posibilidades de ocupar las plazas vacantes de técnicos de salud a otro tipo de profesionales.

¿semFYC o SESPAS?

Para un técnico de salud que está cercano a la medicina de familia, es imprescindible que esté asociado a la semFYC, para poder tener contacto tanto con los médicos de familia como con los otros técnicos de salud. De todos modos, también es muy interesante que pueda participar en la Sociedad Española de Salud Pública (SESPAS), para poder compartir su trabajo con salubristas no directamente relacionados con la atención primaria.

Bibliografía

1. Dahlgren G, Whiehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: World Health Organisation, 1991.
2. Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. J Epidemiol Comm Health. 2005;59:350-5.

Técnicos de salud de Unidades Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria

J. Pujol Salud

Los Técnicos de Salud pública

Son aquellos profesionales que, sin ser tutores de Medicina Familiar y Comunitaria, están encargados de contribuir en la formación teórico-práctica y de investigación contemplados en los programas que se lleven a cabo en las Unidades Docentes. Son especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública u otros profesionales con formación acreditada en metodología docente e investigadora y en los bloques teórico-prácticos del programa formativo de Medicina Familiar y Comunitaria.

El nacimiento de la Unidades Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria en España se acompañó, por Orden Ministerial de 22 de junio de 1995, de la creación de este profesional, experto en temas relacionados con la investigación biomédica, la bioestadística, la salud pública y la atención a la comunidad, que debía asumir la responsabilidad de formación y asesoramiento de la actividad investigadora y comunitaria de los centros de salud docentes.

Estas competencias se ratifican en el nuevo programa de la especialidad de 2005 que añade además las de gestión de la formación, evaluación y mejora continua de la calidad docente, dando lugar a un elemento que formando parte de la estructura central de las Unidades Docentes, da soporte en referencia a la metodología de la investigación, y la medicina comunitaria tanto a residentes como a tutores, participa de forma general en las actividades formativas de la Unidad Docente y colabora en las tomas de decisiones de la Comisiones Asesoras de la Unidades Docentes.

El peso de una denominación

La orientación inicial de la existencia del Técnico de Salud fue ser punto de referencia en materia de salud pública, su contenido y metodología. Esto da una idea por una parte de la importancia que tienen en la formación de un Médico de familia los aspectos relacionados con la investigación médica, el uso de técnicas orientadas al conocimiento de la comunidad y la planificación y seguimiento de programas de salud de ámbito comunitario y por otra de los puntos en común entre las especialidades médicas de Medicina Familiar y Comunitaria y de Medicina Preventiva y Salud Pública. También es esta la explicación del por qué de la denominación de Técnicos de Salud.

De hecho la dotación inicial de la Unidades Docentes provino del campo de la Salud Pública, profesionales que iniciando algunas veces sus primeros pasos en dichas Unidades, fueron poco a poco siendo sustituidos por Médicos de familia, dado su obvia proximidad con los contenidos del programa de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, algunos veces con formación adicional reglada en aspectos metodológicos de la Salud Pública, la metodología de la investigación biomédica, etc, y otras por demostrada valía e inquietud hacia la labor.

Evolución de los Técnicos de Salud en la Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria

Esta figura contextualizada en el marco de una atención primaria de reciente embarque con unas Unidades Docentes que se empezaban a forjar, al igual que la propia organización de los centros de salud, se ha visto obligada a evolucionar. Podría decirse que tal vez, el primer paso en esta evolución sea el afianzamiento de los propios Médicos de familia en el desempeño de este papel, constituyéndose ésta en una nueva habilidad en la ya de por sí variada versatilidad de estos especialistas.

En cuanto a la diversidad de las labores asignadas a los Técnicos de Salud en una Unidad Docente, en algunos casos ha derivado en una subespecilización de los mismos, es decir el Técnico de Salud se verticaliza y orienta más a temas como la atención a la familia o la entrevista clínica, existiendo algunas Unidades Docentes con este tipo de configuración en la que existe un Técnico de Salud especializado en alguna de las áreas docentes del Programa Formativo de la Especialidad: competencias relacionadas con la familia, con la comunidad y con la formación e investigación mayormente.

En un polo diferente se ha producido un fenómeno, que sin bien no ha sido a la inversa, sí que ha ido en un sentido más horizontal, no sólo porque el Técnico de Salud de la Unidad Docente abarca la docencia y formación en áreas como las mencionadas anteriormente, sino debido a que en algunos casos la labor de algunos Técnicos de Salud, precisamente por sus peculiares competencias ha desbordado la Unidad Docente para realizar algunas labores de soporte a los organismos de gestión donde están insertadas las mencionadas Unidades Docentes.

Sea el tipo organizativo de la Unidad Docente que sea, el Técnico de Salud es un profesional que conoce ampliamente el programa formativo de la especialidad, y que cada vez con más frecuencia posee formación específica en salud pública, metodología de la investigación, entrevista clínica, atención a la familia,... bien sea a través de formación postgraduada universitaria o de cursos monográficos sobre estos temas.

Mejorando el futuro

Los Técnicos de Salud de Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria tendrían que adquirir la consideración de tutores de Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, tutores con habilidades específicas demostradas para desarrollar las funciones previstas en los programas de la especialidad. Esto por una parte sería coherente con su labor eminentemente formativa que al igual que el resto de tutores de las Unidades Docentes requeriría del desarrollo de habilidades y técnicas centradas en la docencia, y además situaría al Técnico de Salud en el mismo proceso de acreditación y reacreditación tutorial o en uno de semejante que tuviera por finalidad promover la mejora continua de su calidad, por no mencionar que este reconocimiento sería un factor que contribuiría a prestigiar la labor de los Técnicos de Salud.

Dado que se trata de una labor muy específica y rara, por el relativo escaso número de médicos que se dedican a ella, pero a la vez con unos objetivos claros y comunes estipulados en el Programa de la Especialidad, tal vez este colectivo se beneficiaría de poder participar en foros done poner en común técnicas, procedimientos, innovaciones, preocupaciones,... con el fin de mejorar su labor y ofrecer un mejor servicio a la Unidades Docentes donde la desarrollan. Actualmente, los Técnicos de Salud tienen la oportunidad de participar junto a los Coordinadores de Unidades Docentes en una breve reunión anual que convoca el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Por último, los Técnicos de Salud de Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, especialmente aquellos que desarrollan actividades relacionadas con la atención a la comunidad y la investigación, deberían buscar vías de nexo con los profesionales de la Salud Pública que actuaran sobre el territorio de sus Unidades Docentes así como con los Médicos de familia de las Facultades donde los haya. Tal vez sean los Técnicos de Salud quienes mediante alianzas formales o no con los salubristas y los investigadores consigan promocionar mejor formación para sus residentes y vías de progreso tanto para la Atención Primaria de Salud como para la Salud Pública.

Bibliografía

Orden de 25 de junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de Médicos y Farmacéuticos Especialistas. BOE nº 155, de 30 de Junio de 1995.

Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. BOE nº 105, de 3 de mayo de 2005.

Atención al tabaquismo en el Centro de Salud: ¿atención integrada en la consulta o consultas específicas?

Moderador:

F. Camarelles Guillem

Médico de familia. Centro Salud C/ General Moscardó 7. Madrid. Grupo de Abordaje al Tabaquismo de la SMMFYC.

Ponentes:

B. Sanz Pozo

Médico de familia. Centro de Salud El Greco. Getafe (Madrid). Grupo Abordaje al Tabaquismo de la SMMFYC.

J.M. Vizcaíno Sánchez-Rodrigo

Médico de familia. Centro de Salud Fuentelarreina (Madrid). Grupo Abordaje al Tabaquismo de la SMMFYC.

Introducción

F. Camarelles Guillem

El consumo de tabaco, como factor determinante de diferentes patologías y como primera causa conocida de mortalidad y morbilidad evitables, constituye el principal problema para la salud pública en los países desarrollados.

En 2004 la Comisión Europea examinó la situación del los países de la Unión en relación al desarrollo de sus políticas sobre tabaquismo[1]. En esta evaluación incluyó las seis intervenciones consideradas como más coste-efectivas para el control del tabaquismo, entre las que está el tratamiento para ayudar a los fumadores dependientes a dejar de fumar, incluyendo el acceso a las medicaciones.

Los principales argumentos que justifican la puesta en marcha de respuestas asistenciales de calidad dirigidas a fumadores, son que el tabaquismo es un trastorno adictivo, y está considerado como una enfermedad adictiva crónica; el tabaquismo incrementa las desigualdades sociales en salud; disponemos de tratamientos efectivos para ayudar a dejar de fumar; y que ayudar a dejar de fumar es una actividad costo-efectiva.

La mayoría de los fumadores refieren el deseo de dejar de fumar y un 60% lo ha intentado alguna vez[2]. Sin embargo, sólo un 3-5% al año de los fumadores que realizan intentos de cesación tiene éxito[3]. Esta baja tasa de éxito puede ser explicada en parte por el hecho de que la mayoría de los intentos de abandono se realizan sin ayuda, lo que popularmente se conoce como el ejercicio espontáneo de la «fuerza de voluntad». Hasta muy recientemente, la mayoría de los ex-fumadores abandonaron el consumo de tabaco sin ningún tipo de asistencia[4]. La adicción al tabaco es una condición clínica crónica, difícil de superar, si no se dispone del apoyo y del tratamiento adecuados[5,6].

Del conjunto de estudios de coste-efectividad disponibles se puede concluir que, comparada con otras intervenciones preventivas o asistenciales, la detección y tratamiento de la dependencia del tabaco a través de los servicios asistenciales se considera una acción preventiva relativamente efectiva y coste–efectiva, en términos de coste por año de vida ganado. Esta intervención se ha considerado una referencia frente al que otras intervenciones preventivas y asistenciales con las que puede compararse, por ejemplo, es varias veces más eficiente que la detección y manejo clínico de la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial, o el cribado de cáncer de mama[7].

La Guía Clínica americana[8] hace una serie de recomendaciones a los responsables de los servicios sanitarios: recomienda que cada centro sanitario debería poner en marcha un sistema de identificación de fumadores cuando acuden a consulta; todos los sistemas sanitarios deberían proporcionar educación, recursos y respuestas para promover intervenciones para ayudar a dejar de fumar; los centros sanitarios deberían dedicar personal que proporcione tratamientos para ayudar a dejar de fumar, y asegurarse que se proporciona dicho tratamiento al evaluar las actividades realizadas; los sistemas sanitarios deberían incluir los tratamientos para el abandono del tabaco (de tipo conductual y farmacológico), como una parte más de los servicios que prestan a sus usuarios; y, por último, los sistemas sanitarios deberían recompensar a los clínicos por proporcionar tratamientos efectivos para la cesación tabáquica, e incluir estas intervenciones entre las obligaciones de los sanitarios.

Se estima que un 75% de la población acude a su médico al menos una vez al año, y que las personas que fuman lo hacen con una frecuencia mayor que las que no fuman. Este hecho ofrece una importante oportunidad para promover la intención de dejar de fumar y proporcionar ayuda eficaz a aquellos que han decidido intentarlo. Se ha estimado que si cada médico de familia realizara un breve consejo -protocolizado y de forma sistemática- en las consultas de Atención Primaria se podría conseguir que hasta un 5% de los fumadores dejaran de fumar cada año. Los argumentos principales que justifican el papel de la Atención Primaria en el abordaje del tabaquismo son su accesibilidad, su función de puerta de entrada al sistema sanitario, y la continuidad en la atención al fumador:

1. Accesibilidad. Prácticamente toda la población española tiene asignado médico de familia y enfermera. Más del 75% de la población pasa anualmente por las consultas y el promedio de veces que se les ve anualmente está entre 5 y 6[10]. Esto da una oportunidad única, específica de la atención primaria, de poder intervenir en un gran número de personas, en muchas ocasiones, pero muchas veces en esos momentos claves para la prevención en que la persona aún no ha iniciado ninguna enfermedad.

2. Puerta de entrada. La Atención Primaria, mediante el trabajo conjunto medico de familia y enfermera, puede tener gran poder resolutivo en el tratamiento del fumador, puede ejercer un papel conductor del fumador que desee dejar de fumar y es el nivel de atención optimo para seleccionar a aquellos fumadores que necesiten acceder a un nivel especializado. Probablemente con menos iatrogénia, menor coste y mejor identificación de grupos de riesgo

3. Continuidad en la atención. Los fumadores que acuden a consulta están más receptivos y permeables por salud. Por otro lado más del 60% de los fumadores quieren dejar de fumar y la mayoría han hecho algún intento de abandono. Por último los pacientes esperan que su médico se preocupe por sus hábitos y su estilo de vida. En Atención Primaria se conoce al paciente y su entorno social y existe la posibilidad de seguimiento a largo plazo.

El registro sistemático de la condición de fumador en la historia clínica de cada paciente y el consejo sanitario oportunista para dejar de fumar debe constituir una práctica rutinaria generalizada en el ámbito de la Atención Primaria de salud, siendo esta una de las aproximaciones más eficientes. Esta intervención protocolizada debe incluirse en la cartera de servicios básicos en Atención Primaria[7]. La Atención Primaria debería, además, proporcionar intervenciones breves e intervenciones intensivas a aquellos fumadores que deseen dejar de fumar. La necesidad de establecer consultas específicas para ayudar a dejar de fumar en Atención Primaria es motivo de discusión actualmente, existiendo distintas propuestas de organización de la atención al fumador en Atención Primaria[11].

En cualquier caso, los pacientes fumadores refieren gran satisfacción en la atención de salud prestada cuando se interviene desde atención primaria sobre su hábito tabaquico[12].

Bibliografía

1. European Comission. Tobacco or Health in the European Unión. Past, present and future. Brusels: The ASPECT Consortium and European Commission Directorate-General for Health and Consumer Protection, 2004. Disponible en www.ensp.org
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España. Madrid: MSC, 2003.
3. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. Addiction 2004;99:29-38.
4. Royal College of Physicians. Nicotine Addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians; 2000.
5. U.S. Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta: DHHS; 2000.
6. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3.
7. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la Eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III, 2003. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp

8. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating Tobacco Use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000A.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 14th edition (DSM-IV) Washington: APA, 1995.
10. Cabezas C. Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar. Guía de educación sanitaria y promoción de la salud del PAPPS. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2000.
11. Córdoba R, Nerín I. Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿son necesarias las consultas específicas en atención primaria?. Med Clin. 2002;119:541-9.
12. Conroy B, Majchrzak N, Regan S, Silverman C, Schneider L, Rigotti N. The association between patient-reported receipt of tobacco intervention at a primary care visit and smokers satisfaction with their health care. Nicotine Tob Res. 2005;7:29-34.

Cómo ayudar a dejar de fumar en 5 minutos y no morir en el intento

B. Sanz Pozo

Dentro de los elementos conceptuales de la medicina de familia se encuentran la atención integral, integrada, permanente, etc.. y también la atención continuada, es decir atender al individuo a lo largo de su vida y en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc)[1].

Es por ello que más que «poner el sello» y enviar a cada paciente a la «unidad especializada X, llámese en este caso tabaquismo» que se puedan montar en un centro de salud, sería conveniente que cada médico asumiera el tratamiento y seguimiento de sus pacientes fumadores, igual que asumimos el de los pacientes hipertensos y diabéticos, aún sabiendo que todas estas intervenciones son menos coste-efectivas que el abordaje del tabaquismo[2].

Entonces ¿por qué nos da tanto miedo lanzarnos al mundo del tabaquismo? Pues las respuestas pueden ser muy variadas: porque no tenemos suficiente formación, porque no tenemos demasiada experiencia, porque existe disparidad en las distintas actuaciones, etc... pero creo que el problema fundamental es que nos da miedo sobrecargar más nuestras apretadas agendas. Pero si alguien nos dijera que en 5 minutos, que es lo que muchos de nosotros tenemos por paciente, en el mejor de los casos, podemos ayudar a dejar de fumar a un paciente, ¿qué diríamos?

Lo primero de todo es tener *registrado* en nuestras historias de papel o informáticas el episodio tabaquismo, en un sitio visible, que nos permita saber si el paciente que tenemos delante es fumador o no, como ya ha sido aportado en varias guías de atención al tabaquismo[3]. Una de las ventajas de hacer el abordaje del fumador desde la propia consulta, es que tenemos más conciencia del problema y por lo menos desde nuestra experiencia observamos que se registran más episodios de fumadores aquellos profesionales que están concienciados con el tabaquismo.

Lo segundo es saber la *fase de abandono* en la que se encuentra el fumador que determinará nuestras actuaciones, para aumentar la eficiencia de la intervención que realicemos:

En las fases de precontemplación y contemplación se debe intentar que la persona avance en el proceso de dejar de fumar mediante técnicas de entrevista motivacional. En este tipo de pacientes tendremos que dar un consejo personalizado en relación con el motivo de consulta (catarro, revisión de diabetes mellitus, protocolo de anticonceptivos orales,..), en no más de 5 minutos habremos solucionado el motivo de consulta y dado un consejo que debe ser breve, firme, comprensible y eminentemente positivo. En el caso de los pacientes en precontemplación el objetivo del consejo es informar y en los de contemplación tendremos que aumentar su autoconfianza. En estos pacientes cada vez que acudan a consulta, hay que repetir, repetir y repetir el consejo, debido a que la adicción al tabaco es una condición clínica crónica[4].

En los pacientes en fase de preparación, que consultan para dejar de fumar, en 5 minutos tendríamos que actuar de la siguiente manera:

- Primero es decidir si es un paciente fumador que podemos *atender en atención primaria* o que deberíamos *derivar* a atención especializada. Los fumadores susceptibles de ser derivados a atención especializada son: aquellos que tras haber realizado 2 o 3 intentos serios de abandono del consumo de tabaco, correctamente tratados por un profesional sanitario, no han logrado dejar de fumar; fumadores con enfermedades psiquiátricas controladas; fumadores con cardiopatía isquémica descompensada o de menos de tres meses de evolución; fumadores con enfermedades no controladas (HTA descompensada, arrítmia cardíaca grave, enfermedad vascular); fumadores con otras drogodependencias que lleven 2 años sin recaer, fumadoras embarazadas que desean dejar de fumar)[5].
- Si hemos decidido que lo tratamos en atención primaria, lo siguiente es hacer un *diagnóstico* de este paciente. No tendríamos que determinar la motivación, ya que si consultan para que les ayudemos a dejar de fumar, tienen una motivación alta. El grado de dependencia lo determinaremos mediante el test de Fagerström, o si tenemos poco tiempo con el test de Fagerström modificado, en el que sólo es necesario preguntar sobre el tiempo que transcurre desde que se levanta hasta que consume el primer cigarrillo, cuál es el cigarrillo que más necesita consumir y el número de cigarrillos que consume al día. Si pasa menos de media hora desde que se levanta hasta que se fuma el primer cigarrillo, siendo éste el cigarrillo que más necesita y consume 20 o más cigarrillos diarios, el grado de dependencia a la nicotina es moderado-severo[6,7] El conocimiento del grado de dependencia nos puede orientar sobre la dosis del tratamiento farmacológico[8].
- Lo siguiente es *elegir el día D* (día para dejar de fumar) y pautar un *tratamiento*. El tratamiento puede ser farmacológico y/o no farmacológico. Puede realizarse un consejo intensivo sin ayuda farmacológica en aquellos pacientes que estén muy motivados y con baja dependencia a la nicotina (menos de 10 cigarrillos al día), en mujeres embarazadas o en fase de lactancia, en adolescentes y en individuos que no deseen medicación. En el resto de pacientes es más eficiente usar un tratamiento farmacológico ayudado de un consejo intensivo[9].

El tratamiento farmacológico se pauta en función de las características del fumador y la experiencia previa del médico (bupropión o nicotina, que son los fármacos considerados de primera elección actualmente). Tendríamos que revisar la historia del paciente para comprobar que no existan contraindicaciones o interacciones y lo pautaríamos. También administraríamos una serie de consejos para paliar los síntomas del síndrome de abstinencia y en pacientes que lo han intentado otras veces sería importante determinar que causas le llevaron a recaer para poder poner soluciones. Hasta aquí serían los 5 minutos, que daba título a la ponencia.

Por último planear un *seguimiento,* que en nuestro centro es realizado por los profesionales de enfermería. La evidencia científica señala que existen beneficios en el consejo o el asesoramiento que las enfermeras brindan a los pacientes para dejar de fumar[10]. Es importante que exista buena comunicación con el profesional de enfermería con el que formamos la unidad básica asistencial (UBA). Citaríamos al paciente en la consulta de enfermería el día D (día elegido para dejar de fumar) y después en visitas posteriores para hacer un seguimiento y un apoyo, que como mínimo tiene que constar de una visita en la primera semana después de dejar de fumar y otra visita durante el primer mes, aunque lo ideal sería hacer seguimiento hasta que cumple 3 meses sin fumar[11],

La atención del tabaquismo integrada en la consulta de atención primaria también tiene sus inconvenientes. El primero es que influye mucho la actitud de permisividad del médico frente al tabaco, es decir, un médico «fumador» (término éste que tendría que ser antagónico) aconsejará con menos fuerza a sus pacientes que dejen de fumar. El segundo y más importante es que los resultados hasta ahora de la actividad integrada dentro de las tareas habituales no ha mostrada tasas de efectividad adecuadas. Es verdad que las consultas específicas han tenido tasas de efectividad algo mayores, pero el principal inconveniente de este tipo de programas, es la falta de asistencia de los fumadores. Con lo cual, el gasto de recursos humanos y de tiempo que se necesita para montarlos, a veces no compensa para el número de fumadores que completan el programa. Los recursos en el modelo integrador están más racionalizados y también resulta más cómodo para el paciente.

No debemos conformarnos con decir que en las consultas integradas se traduce en la práctica en que un máximo del 15-20% del equipo atiende muy bien a sus fumadores, mientras el 80-85% de los profesionales los abandona a su suerte en lo que apoyo intensivo se refiere, sino que debemos formarnos y buscar estrategias útiles que no requieran mucho tiempo para ayudar a dejar de fumar a nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Madrid: Elsevier, 2003.
2. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la eficacia, efec-

tividad y coste-efectvidad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. 1ª ed. 2003. Madrid.
3. Fiore MC. US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. Respir Care 2000;45:1200-62.
4. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118
5. Jimenez-Ruiz CA, Solano RS, Barrueco FM, Granada Orive JI, Lorza Blasco JJ, Alonso VS et al. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. Arch Bronconeumol. 2001;37:382-7.
6. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 1991;86:1119-27.
7. Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. J Behav Med. 1989;12:159-82.
8. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. Lancet. 1994;343:139-42.
9. Coleman T. ABC of smoking cessation. Use of simple advice and behavioural support. BMJ. 2004;328:397-9.
10. Rice VH, Stead LF. Intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com
11. Jimenez-Ruiz C, Camarelles F, de Grand Orive JI, Díaz Maroto Muñoz JL. Protocolo de intervención en fumadores. 1ª ed. Madrid: Glaxo Smithkline, 2002.

Tratamiento del tabaquismo ¿por qué la necesidad de unidades de deshabituación en Atención Primaria?

J.M. Vizcaíno Sánchez-Rodrigo

El tabaquismo se considera un problema de salud desde hace décadas, pero su tratamiento es todavía algo novedoso que se está empezando a realizar desde hace poco tiempo en Atención Primaria. Hace unos años existía la creencia popular, incluso a nivel de muchos profesionales sanitarios, que dejar de fumar era cuestión, exclusivamente, de fuerza de voluntad. En la actualidad se cuenta con numerosos estudios que avalan de forma incuestionable la eficacia tanto del consejo sanitario como del tratamiento del tabaquismo, desde un abordaje multidisciplinar.

El problema surge cuando se quiere poner en marcha la intervención en tabaquismo de forma integrada en la consulta de cada día porque, aunque está suficientemente demostrada su eficacia, son múltiples las causas que explican la falta de implicación de muchos profesionales sanitarios en este tema. Entre ellas podríamos destacar la falta de una formación adecuada en su curriculum, la limitación del tiempo en las consultas, el miedo a la utilización de los tratamientos farmacológicos que han demostrado ampliamente su eficacia, todo ello unido a que esta intervención disminuye entre los sanitarios que fuman, nos hace presentar una realidad poco alentadora actualmente en el ámbito del abordaje de tabaquismo. Para poder iniciar una solución, deberíamos empezar por analizar cada una de estas causas y plantear un plan de mejora.

Como Médico de familia el defender la existencia de Unidades de Deshabituación de tabaco en el ámbito de Atención Primaria, parece que va en contra de la filosofía tan ampliamente defendida del abordaje integral del paciente, pero existen suficientes motivos, que pasamos ahora a desarrollar, que justifican su implantación[1].

1. Con un consejo sanitario adecuado de sólo 1-2 minutos de duración, se puede conseguir que entre un 3 y un 10% de pacientes dejen de fumar. Los que así lo consiguen, en general, tienen un bajo nivel de dependencia, según el test de Fagërstrom[2].

Se ha demostrado que sólo entre un 30-40% de los pacientes, son aconsejados por su médico para plantearse el abandono del tabaco. Esto nos hace ver que desgraciadamente, la implicación de los profesionales sanitarios en el tabaquismo, es bastante deficiente[3,4].

Con este marco que hemos reflejado ¿Qué se puede esperar se les ofrezca a aquellos pacientes que con una dependencia media o alta, precisen de ayudas más estructuradas e intensivas?

Lo ideal sería poderlo realizar en consultas programadas, de manera integrada, por parte de la Unidad básica asistencial (médico y enfermera), pero por lo anteriormente expuesto, nos encontramos muy lejos de esa realidad. Ahí es donde se plantea el sentido de las Unidades de Deshabituación de tabaco situadas en Atención Primaria, a cargo de profesionales sanitarios del mismo Centro de Salud con mayor implicación en el problema, que recojan el testigo que a día de hoy está en el aire, y que sirvan como estímulo al resto de compañeros, para el abordaje del problema.

2. Se ha demostrado la eficacia de la intervención avanzada en el tratamiento del tabaquismo, en pacientes que tengan un nivel de dependencia entre medio o alto, o que lo soliciten de forma explícita. Se pactaría un seguimiento del paciente a desarrollar en unas 6 sesiones, con una duración variable de 15 a 30 minutos por sesión[5].

Los pacientes que actualmente persisten en el hábito tabáquico, en general, empiezan a tener dificultades para su abandono sin ayuda profesional, puesto que después de la aprobación de la Ley Reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (26 de diciembre 2005), se ha producido una disminución de prevalencia a costa de los que menor dependencia tenían. Esto es algo que se va a ir produciendo con mayor frecuencia según vaya pasando el tiempo, puesto que la población fumadora tendrá cada vez mayor nivel de dependencia, y precisarán ayudas más allá del consejo sanitario, una vez decidan dejar de fumar. En los países anglosajones, donde nos llevan unos años de ventaja en legislación, en lo que refiere a medidas restrictivas en el consumo del tabaco, se viene observando este hecho.

En general, se va a precisar tanto apoyo farmacológico como terapia de modificación conductual para poder aumentar las tasas de éxito con la población fumadora que se encuentre motivada para el abandono del hábito. Ello requerirá motivación y formación del personal sanitario para poder realizar una terapia avanzada en deshabituación tabáquica sobre los pacientes que así lo precisaran. Las Unidades de Deshabituación en Atención Primaria deberían ser las que apoyen a los profesionales del Centro motivados en estas terapias, favoreciendo su actuación, la formación de los menos implicados, así como plantear la posibilidad de realizar terapias grupales.

3. Las Unidades de Deshabituación de tabaco van a permitir la posibilidad de terapia grupal, que ha demostrado en los pacientes que aceptan este tipo de intervención, ser tan eficaz como las terapias intensivas individuales[6].

4. La ubicación de dichas Unidades de Deshabituación de tabaco en Atención Primaria y no en Especializada, debería ser porque desde las primeras está garantizada la accesibilidad de los pacientes, tanto en tiempo como en una ubicación, así como el seguimiento del mismo. Ello tiene importancia porque de esa manera también se facilita la evaluación de los resultados a medio y largo plazo.

Como conclusión, estoy convencido, de la importancia del abordaje de las patologías de una forma integrada en la consulta en Atención Primaria, pero en el caso del tabaquismo se plantea la necesidad de Unidades de deshabituación por cuanto nos enfrentamos a una realidad en la que la implicación de los profesionales en este tema es todavía insuficiente, y la población solicita por diferentes motivos, mayor compromiso. Las Unidades deben valorarse como motor para terminar de arrancar en el marco de Atención Primaria, algo que ha demostrado ser eficaz, como es el tratamiento del tabaquismo[7].

Bibliografía

1. Córdoba-García R, Nerón de la Puerta I, Niveles de intervención en tabaquismo ¿Son necesarias las consultas específicas en Atención Primaria? Medicina Clínica. 2002;119:541-9.
2. Cummings SR, Rubin SM, Ester G. The cost-efectiveness of conseling smokers to quit. JAMA. 1989;261:75-9.
3. Subias P, García-Mata JR, Perula L y grupo de evaluación del PAPPS. Efectividad de las actividades preventivas en el ámbito de los Centros de Salud adscrito al Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Semfyc. Atención Primaria. 2000;25:383-9.
4. Goldstein MG, DePue JD, Monroe AD, Lessne CW, Rakowski W, Dube CE. A population based survey of a physician smoking cessation clinic. Prev Med. 1998;27:720-9.
5. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste - efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. 1ª ed. 2003. Madrid.
6. Biblioteca Cochrane Plus 2006, Nº 1. Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar.
7. Jiménez - Ruiz CA, Solano RS, Barrueco FM, Granada Orive JI, Lorza Blasco JJ, Alonso VS et al. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. Arch Bronchoneumology. 2001;37:382-7.

Atención al paciente con demencia avanzada

Moderador:

S. Riu Subirana

Médico y Gerontólogo. Centro geriátrico "Llars Mundet". Diputación de Barcelona. Grupo de Trabajo de Demencias semFYC

Ponentes:

E. Cucurella Fabregat

Trabajadora social. Departament de Benestar i Familia. Generalitat de Catalunya Presidenta de Alzheimer Catalunya.

A. Alonso Babarro

Médico de familia. ESAD Área 5. Madrid. Coordinador del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de semFYC.

M.J. Megido Badía

Enfermera y Pedagoga. ABS Centre, Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Institut Català de la Salut. Grupo de Trabajo de Demencias semFYC.

V.M. González Rodríguez

Médico de familia. Centro de Salud de Villoria, Salamanca. SACYL, Sanidad de Castilla y León. Grupo de Trabajo de Demencias de semFYC.

Introducción

S. Riu Subirana

El abordaje de las demencias requiere, por nuestra parte, una formación cada vez mayor sobre esta enfermedad y los recursos para afrontarla.

La realización del proceso diagnóstico nos lleva desde el mismo momento de la sospecha inicial, pasando por el diagnóstico sindrómico (momento en el que afirmamos que presenta una demencia), buscando posteriormente la diferenciación con otras patologías que pueden emular una demencia (diagnóstico diferencial), hasta encontrar qué enfermedad es la causante de los trastornos que presenta el paciente (diagnóstico etiológico). Por otra parte la evaluación del entorno sociofamiliar es clave en esta patología y ver el momento evolutivo en el cual se encuentra el enfermo es crucial, pues no olvidemos que estos pacientes presentan un pronóstico de vida promedio de entre 8 y 10 años.

Es en este momento (diagnóstico evolutivo) donde podemos definir la presencia de la demencia avanzada. Si utilizamos para ello la escala GDS-FAST (Global Deterioration Scale-Functional Assessment Stages) de Reisberg, observaremos que es en los subestadios finales donde podemos encontrar la delimitación de la misma.

Clásicamente correspondía al estadio 7c, pero reconsideraciones más recientes parecen situarla en el estadio 7.

La AP cada vez se enfrenta a un mayor número de casos de pacientes que evolucionan hasta las últimas fases de la enfermedad, por lo que debemos abordar de forma adecuada aquellas necesidades que se presentan.

Para ello hemos elaborado un decálogo de la atención al paciente con demencia avanzada en el que creemos que se nos abre una oportunidad para la intervención, que nos obliga a implicarnos y a no inhibirnos:

1. Interdisciplinar. Por la presencia de un conjunto de profesionales y recursos que precisa de una adecuada coordinación entre ellos para asegurar una continuidad de los cuidados
2. Multidimensional. Abarcando las diferentes necesidades de los distintos actores que participan en la atención al enfermo (familia, cuidador, profesionales,..)
3. Actuando de forma temprana y precoz
4. Anticipándonos a los problemas
5. Con un control agresivo de los síntomas que crean disconfort
6. Bajo la filosofía de los cuidados paliativos de enfermedades no oncológicas
7. Desde la proximidad y accesibilidad
8. Comprometidos explícitamente con la atención, el cuidado y la asistencia
9. Integrando la experiencia del final de la vida
10. Acompañando en todo momento

La perspectiva multidimensional del cuidador del paciente afecto de demencia avanzada

E. Cucurella Fabregat

La demencia produce tanto en el individuo que la sufre como en su familia o personas de referencia, situaciones que modifican la vida cotidiana y les obligan a adaptarse con una mayor o menor premura de tiempo a las diferentes situaciones, consecuencia del proceso de la enfermedad. De la misma manera que cada persona que sufre de demencia es diferente y reacciona diferente, las reacciones y forma de afrontarla por parte de la familia o el cuidador principal también son distintas, como también lo son la de los profesionales influenciados por su formación y rol a desempeñar. Todos tienen su propia personalidad y carácter, distintas vivencias y diferentes maneras de afrontar las dificultades que se plantean en el día a día y una determinada relación y vivencia histórica.

Para la mayoría de personas que se enfrentan a la demencia se trata de una experiencia nueva. La enfermedad progresa y sufre fluctuaciones que obligarán a una flexibilidad y adaptación constantes hasta llegar a la fase avanzada y más tarde la muerte. La angustia, el no saber qué hacer y el desconcierto están presentes desde el inicio de la enfermedad. La incertidumbre del qué pasará.

Todo ello se produce a cuatro niveles:

- La persona enferma.
- La familia.
- El cuidador principal.
- El profesional.

Desde un inicio tanto la persona enferma como los miembros de la familia o el que de ellos asuma el papel de cuidador verbalizan en las entrevistas situaciones que los obligan constantemente a asumir, renunciar y adaptarse conjuntamente con sentimientos de pérdida, desánimo y muchas veces depresión y claudicación.

«Cuidar al cuidador» es el lema que se repite constantemente durante todo el proceso de la enfermedad. «Si la persona cuidadora está bien el enfermo está bien» por esta razón la atención al cuidador es importante durante todo el proceso pero en las fases avanzadas, donde hay que vivir más profundamente las pérdidas y los procesos de duelo son más fuertes, donde hay que tomar decisiones que plantean dilemas éticos, en las que física y psicológicamente este cuidador es más frágil, es cuando más ayuda y soporte deben recibir por parte de los profesionales que les atienden. Si por causa de la progresión de la enfermedad la persona afectada va perdiendo la capacidad de auto cuidado, el cuidador también la pierde a causa de querer atender el máximo número posible de necesidades del enfermo.

En todo el proceso pero en algunos aspectos en mayor intensidad las personas cuidadoras de enfermos con deterioro cognitivo presentan mayoritariamente más síntomas psicopatológicos y sociales que los cuidadores de personas afectadas por otras patologías.

En la demencia avanzada el cuidador acusa unas repercusiones psicológicas que afectan a su seguridad emocional, le provocan un mayor grado de estrés lo cual hace que disponga de menos herramientas personales frente a las dificultades y que muestre una mayor presencia de ansiedad o depresión. Repercusiones sociales con disminución de las actividades relacionales y de ocio tanto en el domicilio como en una reducción notoria de actividades externas, sentimientos de incapacidad y pasividad. La auto percepción de cuidador será vivida de diversas maneras, dependerá de su personalidad, del contexto sociocultural y de su capacidad de adaptación. Podemos mejorar las condiciones del cuidador con una detección precoz del siguiente paso en la enfermedad para poder planificar, con educación sanitaria y social y con la intervención del profesional y equipo de profesionales adecuado en este momento. Si el cuidador es una pieza clave en todo el proceso la forma en que éste es atendido por el profesional principalmente en la toma de decisiones y acompañamiento también lo es.

Hay que acompañarles en la toma de decisiones asesorándoles, formándolos, informándolos, prepararles para el último duelo «el fallecimiento de su ser querido». En la demencia avanzada crecen los sentimientos de impotencia, aislamiento y soledad, claudicación y pérdida, pero al mismo tiempo crecen de forma notable los sentimientos de afecto, cariño y ternura hacia la persona enferma. Tras el fallecimiento, en muchos casos, persiste una dependencia psicológica entre el cuidador y el enfermo (aunque ya no está), es difícil desprenderse.
Hay cuidadores que cuidan a más de una persona, o bien ellos mismos deberían recibir algunos cuidados por un estado precario de salud o por sufrir alguna discapacidad.
Una de las maneras, todo y que no es fácil, de vivir con la demencia es con la aceptación social y familiar y con la ayuda de los profesionales, también estableciendo relaciones estrechas y fluidas entre el ámbito sanitario y el social.

Complicaciones médicas en la demencia avanzada

A. Alonso Babarro

¿Podemos predecir la supervivencia en pacientes con demencia avanzada?

Aunque la predicción de la supervivencia en enfermos con demencia es difícil algunos trabajos en los últimos años han puesto de manifiesto diferentes criterios que pueden ser aplicados para ayudar en la determinación del pronóstico. La Nacional Hospice Organization (NHO)[1] clasifica como demencia terminal a los pacientes a partir del estadio 7a de la Functional Assesssment Staging (FAST). Básicamente son enfermos con un deterioro cognitivo muy severo (MMSE < 6), una situación de dependencia para la realización de todas las actividades básicas de la vida diaria y numerosas complicaciones asociadas a la enfermedad. A pesar de que no existen estudios que corroboren estos criterios, la utilidad de definirlos radica en poder enfatizar los cuidados en estos pacientes evitando medidas agresivas que no aportan nada a su calidad de vida ni probablemente a su supervivencia. Se han construido también algunos índices que mediante varios factores pronósticos permiten estratificar a los pacientes según su mayor o menor riesgo de mortalidad y que pueden ser útiles para predecir la supervivencia[2].

Manejo de las complicaciones

Las complicaciones son la regla en enfermos con demencia avanzada. El control de la sintomatología asociada es la clave que nos permitirá conseguir una aceptable calidad de vida.
El dolor es una causa frecuente de aumento del deterioro y, en general, cualquier conducta inhabitual debe hacer pensar en él como causa potencial. Se debe dedicar tiempo suficiente a la evaluación del dolor en los pacientes con deterioro cognitivo, con especial atención a las conductas verbales o no verbales, a los cambios en el funcionamiento habitual y a la opinión de los cuidadores[3]. Existen escalas específicamente diseñadas para reconocer y evaluar el dolor en estos pacientes. En caso de duda lo aconsejable sería realizar un ensayo terapéutico con un analgésico y valorar la respuesta sobre el deterioro funcional o el trastorno de conducta.
Los trastornos de conducta y agitación suelen constituir un problema importante en la demencia avanzada que requiere de la utilización de múltiples estrategias para su tratamiento. Las medidas no farmacológicas deben ser consideradas en todos los casos. En los últimos años se ha empezado a valorar el papel de los inhibidores de la acetilcolinesterasa en las fases más avanzadas de la enfermedad de Alzheimer, e incluso en demencias de tipo vascular, para el control de este tipo de sintomatología[4,5].
Los neurolépticos atípicos, fundamentalmente la risperidona, son el tratamiento farmacológico de elección en las alteraciones del comportamiento asociadas a la demencia[6]. Otras estrategias farmacológicas que pueden considerarse incluyen la utilización de antidepresivos heterocíclicos, gabapentina y opioides[7,8], si el dolor es la causa del trastorno conductual. En cualquier caso, se debe recordar que en las fases más finales de la demencia generalmente estos trastornos tienden a ser menos frecuentes.
La depresión es difícil de reconocer y en muchas ocasiones merece la práctica de un ensayo terapéutico con antidepresivos.
La infección es una consecuencia inevitable de las fases finales de la demencia. La antibioterapia tiene una eficacia limitada y la decisión en su utilización debe ser discutida entre el equipo asistencial y los cuidadores.
Los cuidados de la piel y específicamente en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión deben ser intensificados. En ocasiones la cura de las úlceras tendrá que ser sólo paliativa para evitar provocar dolor en el paciente.
La nutrición en pacientes con demencia avanzada es, probablemente, el factor que genera más preguntas por parte de los cuidadores y que requiere ser discutido desde fases más tempranas de la enfermedad. Son necesarios cambios en la alimentación para adaptarse a las necesidades del paciente. En general, la utilización de nutrición artificial con sondas de alimentación no aporta ningún beneficio y, por tanto, no están indicadas en estos pacientes[9,10].

Otras estrategias de atención en el paciente con demencia avanzada

El apoyo al cuidador es crucial en este periodo. El ingreso en una institución depende mucho más de la claudicación del cuidador que de la sintomatología del enfermo[11]. Las medidas de apoyo sociofamiliar, incluyendo el tratamiento farmacológico de la ansiedad y depresión, pueden prevenir específicamente la claudicación del cuidador. La anticipación de los problemas que van a ir sucediendo permitirán su discusión previa y facilitarán la toma de decisiones cuando se produzcan.
Por último, es importante recordar que la coordinación con las unidades hospitalarias de referencia y con los servicios sociales es fundamental para poder llevar a cabo una asistencia de calidad. La atención compartida ha demostrado su efectividad en el tratamiento de los pacientes con demencia avanzada[12].

Ideas clave

- Existen criterios que pueden considerarse como orientativos para predecir la supervivencia del paciente con demencia avanzada.
- El tratamiento adecuado de las complicaciones nos permitirá conseguir una adecuada calidad de vida tanto para el paciente como para el cuidador.
- La utilización de nutrición artificial con sondas de alimentación no aporta ningún beneficio en enfermos con demencia avanzada.
- El tratamiento precoz de la ansiedad y depresión del cuidador puede ayudar a prevenir su claudicación y, en consecuencia, el ingreso de estos pacientes.
- La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales es una estrategia fundamental para asegurar el adecuado manejo de los pacientes con demencia avanzada.

Bibliografía

1. Stuart B, Alexander C, Arenella C, Connor S, Herbst L, Jones D et al. Medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. 2nd Ed The National Hospice and Palliative Care Organization. Alexandria, 1998. p. 12-3.
2. Newcomer RJ, Clay TH, Yaffe K, Covinsky KE. Mortality risk and prospective medicare expenditures for persons with dementia. J Am Geriatr Soc. 2005;53:2001-6.
3. The Management of Persistent Pain in Older Persons. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. J Am Geriatr Soc. 2002;50:205-24.
4. Trinh NH, Hoblyn J, Mohanty S, Yaffe K. Efficacy of cholinesterase inhibitors in the treatment of neuropsychiatric symptoms and functional impairment in Alzheimer disease: a meta-analysis. JAMA. 2003;289:210-6.
5. Feldman H, Gauthier S, Hecker J, Vellas B, Xu Y, Ieni JR et al. Efficacy and safety of donepezil in patients with more severe Alzheimer's disease: a subgroup analysis from a randomized placebo-controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry. 2005;20:559-69.
6. Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J, Fischer MA, Mogun H, Solomon DH et al. Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications. New Eng J Med. 2005;353:2335-42.
7. Inouye SK. Delirium in older persons. N Engl J Med. 2006;354:1157-65.
8. Manfredi PL, Breuer B, Wallenstein S, Stegmann M, Bottomly G, Libow L. Opioid treatment for agitation in patients with advanced dementia. Int J Geriatr Psychiatry. 2003;18:700-5.
9. Finucane TE, Chrismas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: review of the evidence. JAMA. 1999;282:1365-70.
10. Gillick MR. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. N Engl J Med. 2000;342:206-10.
11. Colerick EJ, George LK. Predictors of institutionalisation among caregivers of patients with Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc. 1986;34:493-8.
12. Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer Disease in Primary Care. JAMA. 2006;295:2148-57.

Las necesidades del enfermo y de los profesionales en la demencia avanzada

M.J. Megido Badía

No estamos al final del camino, sino al inicio de una etapa en la que podemos ayudar a que el camino sea más llano y agradable para los enfermos y sus cuidadores.
En los equipos de atención primaria tenemos muchas posibilidades para ayudarles, conocemos a los enfermos con demencia, en la mayoría de los casos incluso antes de que contraigan la enfermedad, conocemos a sus cuidadores, sus posibles recursos o la falta de los mismos (posibilidades económicas, red social de apoyo), y la atención en el domicilio. Y somos un equipo multidisciplinar. Debemos pues aprovechar esta oportunidad.
El pilar básico para poder prestar cuidados de forma integrada, interdisciplinar y sobre todo efectiva es realizar un plan de cuidados individualizado en colaboración con la familia. Debemos valorar las necesidades, planificar, determinar actividades y sobre todo ir actualizando dicho plan según la evolución de cada paciente.
Es un instrumento sencillo, fácil y que nos ayuda a todo el equipo a definir tareas, priorizarlas, a coordinarnos y a evaluar periódicamente la situación. Pero…no siempre se lleva a cabo.
La valoración de las necesidades del paciente en esta etapa, nos demuestra una clara dependencia por lo que prácticamente todas son realizadas con ayuda del cuidador. Por tanto es preciso ayudar al cuidador facilitándole todos los consejos prácticos en relación a alimentación (adaptación dietas y texturas, espesantes, en los trastornos del comportamiento alimentario), respiración (riesgo de bronco aspiración, vacuna antigripal, fluidificación mucosidad), en la eliminación (consejos cambio pañal, adaptación WC), en todos los cuidados propios del paciente encamado (higiene, movilización, peligros caídas, hidratación piel, etc). Así como facilitar la comunicación (expresión, comunicación no verbal, lenguaje concreto y sencillo) Y siempre teniendo en cuenta sus creencias y valores para que todas las actuaciones sean en concordancia.
También en esta etapa es importante el tener presente las ayudas técnicas que pueden ser un recurso de gran ayuda para los familiares. Por tanto debemos estar informados para ofrecer un consejo que facilite el uso de las ayudas técnicas (grúas, discos giratorios, sillas de baño, etc) al cuidador. Este asesoramiento es vital para que conozcan las posibilidades y ventajas así como para evitar que se compren ayudas que luego no se vayan a utilizar.
Por último las medidas no farmacológicas, deben seguir presentes en los cuidados de esta etapa, por ejemplo ante los problemas de comportamiento valorar: qué sucede, quién está implicado, qué es lo que precede al comportamiento, qué consecuencias conlleva para el paciente y el cuidador, con especial atención a posibles expresiones no verbales del dolor o disconfort o a causas físicas que puedan desencadenar una descompensación aguda (ejemplo: retención fecal).
Debemos apoyar y cuidar a los cuidadores, ofreciéndoles instrumentos y consejos que les faciliten todos los cuidados que implica cuidar a una persona con demencia avanzada.

Aspectos éticos y legales en la asistencia a los pacientes con demencia avanzada y sus familiares desde Atención Primaria

V.M. González Rodríguez

A lo largo de la historia el ejercicio de la medicina siempre ha planteado problemas éticos, aunque probablemente nunca fueron tan evidentes como en nuestra época. Algunas situaciones que han favorecido el auge de los problemas bioéticos son:

- Los cambios en la relación médico – paciente, con nuevos modelos de relación, basados en la autonomía y en la responsabilidad de los pacientes para la toma de las decisiones relativas a su salud. En aquellas ocasiones en las que existe una alteración de la autonomía de los pacientes, como ocurre en los pacientes con demencia avanzada, los dilemas bioéticos aumentan, y entran en conflicto posiciones vitalistas que defienden el derecho a la vida (por encima de todo) con aquellas que anteponen el derecho a una muerte digna.
- Los avances tecnológicos, que han supuesto importantes incrementos en la supervivencia de la especie humana, también de los pacientes con demencia avanzada, aun cuando la calidad de vida de los mismos puede no haber caminado de manera paralela en todos los casos.
- Las dificultades de los Estados para mantener una correcta distribución de los limitados recursos entre todos los miembros de las distintas sociedades, de una manera justa, equitativa, racional, y de la manera más eficiente posible.

Es en ese complejo marco de relaciones que se establecerán entre los profesionales de Atención Primaria y el paciente, entre éstos y sus tutores legales o familiares, en el que aparecerán todos los problemas bioéticos que trataremos de resolver. Sin duda, la premisa inicial de una sociedad que niega la muerte, y el hecho de estar ante una enfermedad crónica, neurodegenerativa e irreversible, ensombrece el paisaje de nuestras actuaciones futuras. Lejos de enfrentarnos a esta situación como un problema podríamos afrontarlo como un reto. Complicado, sin duda, pero atractivo y satisfactorio, en el que, como veremos a continuación, será necesaria la implicación y participación de todos los compañeros que sea posible, y en el que las virtudes fundamentales serán la anticipación y la prudencia. La prudencia, puesto que los juicios morales que realizaremos desde los criterios basados en los principios básicos de la bioética (de justicia, no maleficencia, beneficencia y autonomía), no serán juicios matemáticos, que nos den certeza, sino juicios probables, tomados en condiciones de incertidumbre. La experiencia nos viene dictando que estas situaciones se repiten de manera sistemática en los momentos finales (y antes incluso) de la evolución de los pacientes con demencia, por lo que el trabajo anticipado con el enfermo, sus representantes legales y familiares, en situaciones de menor nivel de estrés y con cierta distancia emocional, facilitaría la toma de decisiones difíciles en los momentos finales, que pudieran parecer urgentes, aun cuando sabemos que no lo son, y que no harán sino prolongar el sufrimiento de los enfermos, el entorno familiar, y nuestra insatisfacción profesional y moral.
En las fases más avanzadas de la enfermedad serán numerosos los problemas bioéticos en los que tomaremos partido:

- La incapacitación legal de aquellos enfermos para los que aún no se haya solicitado este mecanismo que nuestra administración de Justicia pone a su servicio para proteger al presunto incapaz.
- El ingreso en instituciones (hospitales o residencias para personas mayores).
- La ética relacionada con los cuidados en el final de la vida de las personas con demencia (cuestiones relacionadas con el uso de restricciones físicas o químicas, el uso de técnicas de alimentación e hidratación artificial, la utilización de pruebas diagnósticas o tratamientos médicos o quirúrgicos desproporcionados, etc).

No sólo existen problemas éticos relacionados con el enfermo al que prestamos atención. También, cada vez más, estamos presenciando la existencia de problemas éticos relacionados con la persona o personas que se encargan de los cuidados de éste:
- ¿Quién debe asumir (y cómo) el cuidado del enfermo? ¿A cualquier precio?
- ¿Cuál es la responsabilidad moral del cuidador?
- El seguimiento e interpretación de las instrucciones previas, si existen, ¿cómo ha de hacerse? ¿quién lo vigila?
- ¿Cuáles son los derechos y deberes de los familiares en el cuidado de un familiar enfermo?

Ante esta gran cantidad de interrogantes, y otros muchos que pueden acontecer, nuestra actitud, de manera esquemática, se mueve en un espectro que puede ir desde nihilismo diagnóstico terapéutico («no hay nada que hacer»), hasta posturas más vitalistas, que se alían con las ideas comentadas al inicio de negación de la muerte. En el primer caso se podría producir el desahucio, el abandono del paciente, que no sería atendido aun cuando existieran posibilidades para mejorar su calidad de vida y de muerte. En el segundo caso, el uso de todos los medios existentes a nuestro alcance para mantener al paciente con vida podría provocar situaciones de encarnizamiento diagnóstico y terapéutico. En el término medio, como siempre, estaría la virtud, adaptando nuestras actividades a la situación del paciente y su familia, teniendo en cuenta su voluntad expresada previamente, y la interpretación de la misma por su tutor legal: sería la postura conocida como la limitación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico, que establece que no todo lo técnicamente posible es éticamente ad-

misible, de ahí que nos lo plantearíamos cuando existiera una desproporción entre los fines perseguidos y los medios a emplear.
La limitación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico en los pacientes con demencia avanzada requerirá un minucioso análisis de los problemas éticos (según el modelo principialista o aquel que cada grupo de profesionales desee elegir), y el desarrollo de técnicas de comunicación y de contención de cara al paciente y a la familia. Ya hemos comentado que no se trata de situaciones cómodas, y que la resolución de estos conflictos (entre los familiares, entre los familiares y los profesionales, entre los propios profesionales) debe ser tomada como una oportunidad, y no como una amenaza.
Una vez se hayan analizado todos los posibles problemas éticos y se hayan tomado las decisiones oportunas, la filosofía a seguir en el cuidado de los enfermos con demencia avanzada debería basarse en la de los cuidados paliativos, priorizando mejorar la calidad de vida sobre las actividades de curación o de prevención, y realizando actividades que traten de controlar los síntomas y aliviar el dolor, con el objetivo de lograr una muerte digna. Nuestro marco de referencia debería dejar de ser la persona-con-DEMENCIA, para pasar a ser la PERSONA-con-demencia. Este ambicioso reto permitiría así garantizar a nuestros pacientes su derecho a morir con dignidad, teniendo en cuenta que, aunque no sea posible curar, permanece intacta la obligación de cuidar. Siempre será útil una medida de alta rentabilidad terapéutica para el enfermo y sus familiares, de bajo coste, y que se dispensa sin necesidad de utilizar técnicas invasivas: el RESPETO.

Desigualdades en salud, género y Atención Primaria

Moderador:
V. Thomas Mulet
Médico de familia. Centro de Salud Camp Redó, Palma de Mallorca. Servei de Salut Illes Balears.

Ponentes:
M.T. Ruiz-Cantero
Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alicante.

C. Valls Llobet
Especialista en morbilidad diferencial. Presidenta del CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios de Barcelona). Red de Investigación de Género y Salud. Universidad de Barcelona.

R. Peiró Pérez
Técnico de Salud Pública. Red de Investigación de Género y Salud. Centro de Salud Pública de Alzira, Valencia. Consejería de Sanidad. Generalitat Valenciana.

Desigualdades en salud, género y Atención Primaria

V. Thomas Mulet

Los estudios dedicados a las desigualdades sociales en salud han proliferado en las últimas décadas, poniendo de manifiesto que las mujeres, la población de menor nivel socioeconómico o las áreas con mayor privación material, presentan unos indicadores de salud peores.
El desarrollo del llamado «enfoque de género en salud» es un fenómeno nuevo, de los últimos 50 años, y analiza las relaciones sociales entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta que este análisis revela la existencia de desigualdades.
Por ejemplo, nos indican una distribución diferente de los trabajos realizados por parte de las mujeres y los hombres. Continua existiendo una desigual distribución del trabajo doméstico, o en el cuidado de las personas, que se realiza mayoritariamente por las mujeres. También soportan mayores cifras de paro y una mayor proporción de contratos laborales temporales o en precario. De la misma manera, existe segregación en el mercado laboral, tanto vertical (las mujeres ocupan los trabajos menos cualificados) como horizontal (las mujeres se dedican mayoritariamente a unos pocos sectores de la actividad económica relacionados con el cuidado de las personas).
El estudio de las desigualdades sociales en el sistema sanitario es complejo. Abarca desde un análisis de la perspectiva de género en los ensayos clínicos hasta el sesgo de género en el esfuerzo terapéutico: el acceso a los hospitales de ambos sexos para igual necesidad, la comparación de los tiempos de demora y de espera desde los primeros síntomas hasta la atención sanitaria, los tipos de estrategias terapéuticas y el consumo y el gasto de medicamentos por sexo, entre otros.
Aspectos muy interesantes son los relacionados con la salud reproductiva de la mujer (la fecundidad, la anticoncepción, las interrupciones voluntarias de embarazo y la reproducción asistida), los análisis de las desigualdades de género en la aparición y distribución de los trastornos mentales, la utilización de servicios de salud mental o la respuesta al tratamiento.
No podemos olvidarnos de la violencia de pareja y su influencia en la salud de las mujeres, poniendo sobre la mesa un tema oculto durante mucho tiempo y con una alta prevalencia. La violencia de pareja ya ha merecido documentos elaborados por nuestra Sociedad y un espacio importante en anteriores congresos.
Como dice el título de la mesa: Desigualdades en salud, género y atención primaria, no podemos olvidarnos de la práctica profesional y género en atención primaria, de las relaciones entre el sexo de los pacientes y del profesional; de si tienen un mismo estilo de comunicación con sus pacientes, de si hay diferencias en relación con la satisfacción o a elementos técnicos.
Esta mesa tiene dos objetivos principales: por una lado, dar a conocer a los médic@s de familia la influencia del género en la salud y en la atención sanitaria que brindan a sus pacientes; por otro lado, reflexionar sobre cómo los profesionales sanitarios podrían reducir las desigualdades

relacionadas con el género. Para reducir las desigualdades es necesario en primer lugar conocer su existencia, y en segundo lugar el desarrollar políticas de salud pública a nivel estatal y autonómico. No obstante, las intervenciones en cada ámbito sanitario y por cada médic@ de familia, también son efectivas. En nuestro país, también algunas ONG desarrollan programas cuyos objetivos son la reducción de las desigualdades. Evidentemente, hay otros objetivos pero nos centramos en estos.
Tenemos la esperanza de realizar una mesa interesante y fructífera, que nos facilite un foro interesante. Donde se promueva una reflexión sobre el problema de las desigualdades de género en salud y donde todos nos comprometamos en la búsqueda de alternativas para avanzar en su resolución. ¿qué papel pueden jugar los médic@s de familia?

El sesgo de género y las desigualdades que produce

M.T. Ruiz-Cantero

La base de evidencia internacional para las políticas y las prácticas profesionales con sensibilidad de género es limitada, y las confusiones conceptuales son bastante comunes. El enfoque social de la salud pública, aunque no implica la adopción de la perspectiva de género, sin duda facilita que el análisis de género dentro de la Medicina pueda tener lugar.
Considerar en investigación al sistema sexo-género implica priorizarlo realmente, e incorporarlo en los marcos explicativos de las investigaciones, así como en sus diseños y análisis. Para ello, es básico aceptar que el género organiza y subyace en las base de los valores y normas de las estructuras sanitarias asistenciales, pero también investigadoras, académicas, planificadoras y preventivas.
En España no existe gran producción científica sobre desigualdades de género en salud y en la asistencia sanitaria (acceso, uso y la calidad): ni respecto a las mejoras científico-técnicas, ni a los derechos de quienes padecen. Si acaso, existen estudios que involucran principalmente al ámbito hospitalario, pero apenas a la atención primaria.
Es importante que la investigación sobre la asistencia sanitaria contemple al sistema sexo-género pues pese a sus beneficios, en ciertos casos puede perjudicar al estado de salud de los hombres; mientras que en muchos no beneficia sistemáticamente a la salud de las mujeres. En estos casos, se acepta que existen sesgos de género en la asistencia sanitaria, en la medida que se producen cuando las diferencias en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud de los mismos.
En todo el proceso de producción y publicación de conocimientos sobre salud se pueden producir diversos sesgos de género. El manejo de la producción de nuevo conocimiento desde el prejuicio se expresa no preguntando por temas relevantes desde la perspectiva de género, y no presentando los datos desagregados por sexo, oscurecimiento los procesos que explican las desigualdades de género.
Las investigaciones sobre sesgo de género parten de la base de que el sexismo y androcentrismo son sesgos sociales que actúan entre bastidores moviendo los hilos de sus normas; lo que afectará la validez de los conocimientos generados por las mismas. Su objetivo es reformar la ciencia mejorando sus métodos para incrementar su capacidad de inferencia. Pero, solo propone la aplicación de las normas metodológicas para comprobar hipótesis e interpretar datos (contexto de la Justificación).
Este planteamiento no contempla el contexto del Descubrimiento, que es donde se encuentren las principales razones de los sesgos de género. La falsa creencia de una mayor prevalencia de úlcera en hombres que en mujeres hasta el descubrimiento del agente causal *Helicobacter pilori* o la mayor frecuencia de IAM atípicos en mujeres pueden ilustrar estos errores sistemáticos de la ciencia.
Así como se acepta que existen diferencias importantes entre diferentes grupos de mujeres y diferentes grupos de hombres, se acepta sin cuestión que hay muchas similitudes entre la historia natural, la social y las necesidades de cuidados en las mujeres y hombres, cuando de hecho no son tan similares. Consecuentemente, los análisis que pretenden detectar diferencias y consecuencias de género incluyen a ambos sexos para comparar mujeres con hombres, mientras que los análisis que comparan mujeres con mujeres enfatizan la inclusión de la diversidad como categoría transversal a considerar, denuncian el exceso de generalización, y proponen pensar en mujeres (plural) y no en la mujer (en singular) como categoría representante de todo el grupo.
Los estudios sobre salud de las mujeres, y los que pretenden aplicar la perspectiva de género se caracterizan por su eclecticismo metodológico. Los métodos empleados se relacionan con las hipótesis de trabajo, que generalmente desde el empirismo son cuantitativas, y cualitativas desde el punto de partida feminista (feminism stand point). Este es el caso de los métodos planteados conjuntamente desde la epistemológica feminista y la semiótica médica, que invita a reconsiderar el significado de los signos médicos, y girar la mirada crítica a la posición y la habilidad del intérprete; este es el caso del uso del término «inexplicado», que no significa que sea una verdad universal y que no exista explicación.

Las intoxicaciones por productos químicos como ejemplo de desigualdad de género

C. Valls Llobet

Conocemos desde hace tiempo las dificultades que tiene la ciencia biomédica en tomar en consideración los problemas de salud de las mujeres. Desde la invisibilidad de los síntomas y patologías cardiovasculares (Healy B 1991[1]), por la ausencia de mujeres en las cohortes de investigación de la dé cada de los 80 a los 90, hasta la invisibilidad de los problemas de salud en relación con las condiciones de trabajo, precisamente por la ausencia de investigaciones en salud ocupacional en las que se incluyan mujeres (Messing K, Seifert A.M.[2]). En atención primaria es más probable que una queja sea considerada en primer lugar como psicosomática si la persona que la presenta es del sexo femenino (25% de demandas de mujeres frente a 9% de las de hombres fueron consideradas psicosomáticas) (Bernstein 2001[3]).
El sesgo de género en atención sanitaria se ha debido a la falta de investigación en morbilidad diferencial y a la visión androcéntrica que tiene al varón como norma. La rigidez de la visión centrada sólo en el hombre ha producido sesgos en el momento del diagnóstico, tanto por considerar que enferman igual hombres y mujeres, cuando hay diferencias, como por considerar, inversamente, que como son diferentes no pueden tener problemas similares, o bien por no tener en cuenta los condicionantes biopsico-sociales de las enfermedades (Valls-Llobet 2001)[4]. Además de los sesgos en los diagnósticos, también se han producido sesgos de género en los métodos de exploración, en la valoración de la normalidad en los análisis clínicos, y en la aplicación de terapias sin ninguna diferenciación por sexo, ni en dosis ni en vía administrada. El proceso que vamos a relatar es el de la visibilización de la sintomatología de mujeres expuestas en el lugar de trabajo a la aplicación de insecticidas sin cumplir normas de seguridad, a la demostración de que sus síntomas no eran «histéricos» o «psicosomáticos» sino a demostrar su relación con la exposición en el lugar de trabajo, el proceso de colaboración entre las mujeres afectadas, los sindicatos que las representaban, los expertos y expertas que elaboraron protocolos de diagnóstico y cuestionarios para detectar las personas afectadas en las exposiciones y los juristas que han conseguidos las indemnizaciones en los tribunales de justicia. En definitiva el proceso seguido desde la invisibilidad hasta la indemnización.

Las personas expuestas

Habitualmente se tratan con plaguicidas zonas que posteriormente son ocupadas por trabajadores y trabajadoras que han de desarrollar su actividad laboral, y en muchos edificios y zonas de trabajo no se disponen de posibilidades de ventilación exterior. En otros casos la presencia continua de personas hace que no se puedan plantear determinados tratamientos y sin embargo se han hecho con las personas trabajando en su interior. La ocupación posterior rápida y sin haber sido ventilados de los locales en que se han aplicado los plaguicidas ha desencadenado problemas médicos a muchos trabajadores, y en algunos casos de forma inmediata.

Resultados de las exposiciones

El numero total de personas expuestas hasta 2005, han sido 681, de las cuales 302 han resultado afectadas, (291 mujeres y 11 varones) (tabla 1). Aunque inicialmente la clínica de las personas afectadas era muy abigarrada y se presentó de forma insidiosa, los síntomas que afectaban el sistema respiratorio y neurológico, se presentaron desde el primer momento de la exposición, y los que afectaban el sistema endocrinológico, autoinmune, y las alteraciones hipofisarias se presentaron de dos a cuatro meses después de la exposición o de las reexposiciones iniciales. Los síndromes iniciales se produjeron por la inhibición de la colinesterasa sérica

TABLA 1 **Resultados de las exposiciones**

Personas EXPUESTAS:681	Mujeres 518 (75,9%) Hombres 163 (23,6%)
Personas AFECTADAS:302	Mujeres 291 (96,3%) Hombres 11 (3,7%)
Levemente afectadas	Mujeres 52 y Hombres 7
Moderadamente afectadas	Mujeres 107
Gravemente afectadas	Mujeres 132 y Hombres 4

que producen los organofosforados, que paralizan asi el sistema nervioso de los insectos, incrementando los niveles de acetilcolina. (Namba 1971, Coye 1986, Joffe 2001, Ranjabar 2002) y producen síntomas por el estímulo de los recptores nicotínicos y muscarínicos.
Para clarificar la aproximación clínica y los tratamientos hemos clasificado la clínica que han presentado las personas afectadas en seis síndromes.

Síndrome respiratorio
Se manifiesta con irritación de la mucosa nasal, bucal y faríngea, mucosidad nasal y bronquial, tos, dolor al tragar, disnea, salivación, lagrimeo y excitación del olfato (hiperosmia). Lo presentaron el 100% de las personas afectadas desde el primer momento de la exposición. La exploración clínica mostró faringes enrojecidas, hiperactividad bronquial y test de metacolina positivos. Los síntomas eran parecidos a los descritos por la exacerbación de los receptores muscarínicos por el exceso de acetilcolina

Síndrome neurológico
Se manifiesta con la presencia inicial de un estado de confusión mental, dolor de cabeza frontal, pérdida de rapidez de respuesta, pérdida de memoria y de capacidad de concentración, calambres y parestesias en extremidades superiores e inferiores, pérdida de fuerza muscular y sensación de fatiga. Esto síntomas se presentaron inmediatamente después de las exposiciones y empeoraron progresivamente en las personas que habían estado reexpuestas aunque fueran con dosis bajas. Este síndrome ha sido descrito ya en la literatura como afectación crónica del sistema nervioso central inducido por organofosforados (COPIND). El síndrome se ha presentado en el 100% de las personas afectadas. Las exploraciones clínicas han dado como resultado un elentecimiento de los potenciales cognitivos y visuales, resultados alterados del test neuropsicológico, lentitud del flujo sanguineo en la zona temporal y frontal objetivada por el SPECT, y alteraciones en la Resonancia Magnética cerebral con pérdida de mielina que se observa en un 60% de casos un año después de la exposición.

Síndrome de disrupción endocrina con exceso de secreción de estrógenos
Se manifestó en las mujeres afectadas con metrorragias, que se presentaron un mes después de la exposición, ciclos menstruales más cortos, presencia de coágulos, presencia o agravación del Síndrome Premenstrual, incremento de la mastopatía fibroquística, y medio año después incremento de fibromiomas uterinos. En los varones se observó dificultades en la erección, e impotencia sexual. En la exploración se encontró incremento de 17 beta estradiol en segunda fase del ciclo, deficiencia de progesterona, anemia y deficiencia de la reservas de hierro (ferritina bajas).

Síndrome de parasimpaticotonia hipotalámica con hipersecreción de hormona de crecimiento
Medio año después de las primeras exposiciones se observó en algunas personas expuestas un crecimiento del tamaño de los pies, ya que aumentaron un numero en el tamaño de los zapatos que utilizaban. Al estudiar las hormonas hipofisarias se observó el incremento de la secreción de hormona de crecimiento (GH), dos o tres veces por encima de los valores normales, pero sin llegar a cifras compatibles con las observadas en la acromegalia. La secreción de IGF1 estaba disminuida, y la de somatostatina, el factor inhibidor de la GH, estaba disminuida o abolida en la mayoría de los casos. La exploración de la hipofisis señaló incremento del tamaño en un 30% de casos, y en diez personas que estuvieron expuestas a repetidas exposiciones, se ha tenido que extirpar una tumoración hipersecretora de GH.

Síndrome de estimulación de autoinmunidad
A los seis meses de las primeras exposiciones, las personas afectadas desarrollan un incremento de fenómeno autoinmunes, con la aparición o incremento de títulos de anticuerpos antinucleares, anticuerpos antitiroideos, anticuerpos anticitomegalovirus, y anticuerpos antiEpstein-Barr. El incremento de tiroiditis ha dado lugar al desarrollo de hipotiroidismo en un 73% de las personas afectadas, y de hipertiroidismo en un 5%, cifra tres veces más aumentada que la población normal.

Síndrome de fatiga crónica (SFC)
Al 80% de las personas afectadas se pudo diagnosticar a los seis meses un sindrome de fatiga crónica, que cumplía los criterios de Fukuda ( ), con alteración de la función mitocondrial, con bajos niveles de la secreción del ácido pirúvico, reflejando el daño mitocondrial directo que pueden provocar los organofosforados tal como demostró Moreno 1990.

Hipersensibilidad química múltiple (HQM)
Un 70% de personas expuestas han desarrollado un sindrome de hipersensibilidad quimica multiple, que persiste doce años después de la primera exposición.
El problema de la aplicación de insecticidas en los lugares de trabajo sin seguir normas claras de prevención es un problema muy serio porque ha provocado consecuencias muy graves para la salud de 132 mujeres y 4 hombres. En primer lugar muchos años de sufrimiento hasta conseguir el diagnóstico y la demostración de que los problemas de salud que padecían estaban provocados por la exposición a insecticidas. En segundo lugar porque las personas que continuaron trabajando aunque expuestas a bajas dosis, tuvieron afectación más grave y crónica del Sistema Nervioso central, de la Fatiga crónica y han acabado en un 70% de casos afectadas de fibromialgia. Precisamente los trabajos de Pall (2004) y Bell (1998 y 2003) señalan la posibilidad de que un 70% de casos de fibromialgia sea debido a la exposición a sustancias químicas en los lugares de trabajo (insecticidas, solventes, y otros) que se asocian con frecuencia a la Hipersensibilidad Química Múltiple. La hipótesis fisiopatológica es la agresión repetida de la zona hipotalamo-hipofisaria por micritraumatismo físicos o químicos, que acaban produciendo disrupción endocrina, y alteraciones de la inmunidad.
Además el incremento de la exposición que se produce en la sociedad industrial, y el hecho de que las personas afectadas reproducían los síntomas en muy diversos lugares públicos, plantea un reto a la salud pública. ¿Estas exposiciones están en el origen de incremento de tumores y de enfermedades autoinmunes en población laboral sobre todo entre mujeres?¿Están relacionadas con el incremento del dolor muscular generalizado, de la fibromialgia y de los casos de fatiga crónica?. La respuesta a estas preguntas requerirá ulteriores investigaciones.

Intervenciones con perspectiva de género en Atención Primaria

R. Peiró Pérez

Las desigualdades en salud se definen como «*las diferencias innecesarias y potencialmente evitables en uno o más aspectos de la salud en grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente*».

De hecho, aunque la salud de la población ha mejorado globalmente, cuando ésta se analiza teniendo en cuenta los determinantes sociales y culturales, se observa que esta ganancia no se distribuye por igual sino que los grupos de población que mejoran más son aquellos que parten de una posición económica y educativa más elevada. A este efecto se le llama «ley de prevención inversa» y muestra cómo la intervención generalista, sin tener en cuenta los determinantes sociales, tiene como efecto secundario no deseado el incremento de las desigualdades en salud.
La Atención Primaria constituye la puerta de entrada del sistema sanitario, siendo el nivel asistencial con el que gran parte de la población realiza su primer contacto y el que utiliza un mayor porcentaje de la población. Estas características lo hacen idóneo como entorno donde explorar y aplicar estrategias para la reducción de las desigualdades en salud. Diferentes teorías han intentado aportar una explicación social y biológica a las desigualdades en salud. La más importante de estas teorías indica que el nivel socioeconómico y cultural y la presencia de la influencia del género en estos niveles, limita o en ocasiones amplía la capacidad de elec-

ción de determinadas condiciones de vida y de trabajo, así como de comportamientos saludables. Los servicios sanitarios de atención primaria tratan de compensar esto mediante la equidad de acceso territorial, más servicios donde más se necesitan, y equidad poblacional, facilidad para los grupos que lo necesiten más.

Qué se sabe con respecto a las desigualdades en los problemas de salud

En 1993, el Ministerio de Sanidad y Consumo nombró una Comisión Científica para el estudio de las desigualdades en salud con el objetivo de describir la situación en España. Actualmente no hay ningún informe de esta institución que revise la situación de las desigualdades específicamente. Sin embargo la información la última encuesta nacional (2003) muestra los datos desagregados para hombres y mujeres. Se observan diferencias por ejemplo con respecto a la salud percibida, que es un buen indicador de salud general, siendo las mujeres las que perciben peor su estado de salud que los hombres. El 75% de ellos lo perciben bueno o muy bueno frente al 68% de las mujeres. Y los pocos datos disponibles que se esfuerzan en producir información sobre desigualdades muestran resultados que confirman estas desigualdades.

Las desigualdades entre hombres y mujeres se producen, además de por motivos económicos y culturales que afectan a toda la población, por lo que se denomina «género» cuyo concepto incorpora al hecho biológico del sexo, el impacto negativo de los factores sociales asociados a los diferentes patrones de socialización de hombres y mujeres, que tiene que ver con roles familiares, las expectativas laborales y tipos de ocupación. Como resultado, la esperanza de vida en las mujeres es mayor respecto a la de los hombres pero también la presencia de enfermedades crónicas que derivan en discapacidad y dependencia física. Con el incremento del envejecimiento la dependencia aumenta y se produce una desproporción entre necesidades de esta población y recursos disponibles, por lo que la solución a los problemas de dependencia sigue recayendo en la familia y sobre todo en las mujeres (esposa, madre o hija del paciente), que son el agente sanitario más importante de la Atención Primaria. Son mujeres con un perfil determinado, edad media de la vida, con estudios primarios o secundarios, situación laboral activa, escasa ayuda social percibida por parte de la administración, restricción en sus relaciones sociales y disfunción familiar. Estas dificultades sociales son capaces de desencadenar alteraciones en el estado de salud, como trastorno ansioso-depresivo, insomnio y trastornos osteomusculares produciendo el patrón de enfermar que caracteriza el género.

Qué se puede hacer desde atención primaria y el acceso a los servicios

Abordar las causas sociales de la desigualdad de género en salud, aun siendo una prioridad, queda lejos de la posibilidad de acción de la Atención Primaria. Sin embargo, ésta tiene una gran capacidad de actuación previniendo la aparición de problemas de salud especialmente cuando la situación social y personal de las personas se deteriora, y también resolviendo los problemas de salud una vez se han producido. Pero la cuestión más importante y previa para que se realicen actuaciones en alguna dirección es que se identifiquen las desigualdades de género como problema de salud.

Una revisión realizada en España mostró que éste no es un tema prioritario ni en el nivel político, prácticamente ausente de las políticas de salud que se formulan en las administraciones públicas de las Comunidades Autónomas, ni en el nivel técnico, un poco más desarrollado en su descripción pero incipiente en la experiencia de intervención para su reducción. Tampoco constituye una prioridad de investigación. Una búsqueda bibliográfica encontró únicamente ocho artículos desde el año 1995 con respecto a la evaluación de intervenciones para la reducción de desigualdades desde Atención Primaria. Esta situación de invisibilidad de los problemas de salud que la desigualdad de género produce, recorre de una forma transversal tanto las políticas macro como las actividades a un nivel micro; siendo indicativo del bajo nivel de descripción e intervención sobre la reducción de las desigualdades. Una búsqueda de genero encontró 90 artículos

La actuación de la Atención Primaria para reducir las desigualdades en salud viene dada por dos tipos de intervenciones. Una de ellas es minimizar el daño causado por los factores de riesgo, ayudando a las personas a enfrentarse mejor con los mismos y así reducir la probabilidad de enfermar en situaciones de privación. Otra es asegurarse que la cantidad y la calidad de los servicios prestados están de acuerdo con el incremento del volumen y complejidad de los problemas de salud, en los grupos poblacionales que se enfrentan a un exceso de riesgo frente a la enfermedad. Es decir, un esfuerzo para abordar el incremento de necesidades y el tipo de servicios de salud que las desigualdades crean. Con respecto a la equidad territorial, no se ha desarrollado un proceso de monitorización y evaluación del desarrollo de la Atención Primaria, ni se han desarrollado sistemas de información que lo permitan, aunque se mantienen las grandes diferencias en su implantación entre Comunidades Autónomas16. Por lo tanto, aún con la limitada capacidad de acción que la Atención Primaria tiene debido a la sobrecarga asistencial que soporta, se podrían abrir, potenciar y desarrollar algunas estrategias, ligadas a su capacidad de intervención y al desconocimiento sobre utilización y accesibilidad que se tiene, en relación a las desigualdades de género.

La creación de redes de profesionales, produciendo información «ad hoc» y propuestas públicas promoviendo el nivel de discusión profesional, aumentaría la visibilidad de las desigualdades como problema de salud tanto en el entorno profesional como entre la población.

También es necesario el desarrollo de los sistemas de información y la inclusión de la información útil para la monitorización de los problemas de salud por sexo y con sensibilidad de género. La monitorización y captación desde las consultas, seguimiento de enfermedades crónicas con especial hincapié en aquellas personas con mayor riesgo, favorecería su inclusión y permanencia en los programas de salud y aseguraría la continuidad de la atención sanitaria.

Ciertamente, para desarrollar una línea de trabajo en los servicios de salud se requiere el apoyo político, pero una forma de ganarlo es promover el debate y producir la información que evidencie el problema y sugiera soluciones. La intervención de forma efectiva en la reducción de las desigualdades de género en salud es un espacio desierto en este país, con un gran potencial de actuación por parte de Atención Primaria.

Este texto esta basado en la editorial Rosana Peiró Pérez y Nieves Ramón Bou. *Desigualdades en salud: una perspectiva de desarrollo desde Atención Primaria.* Comunidad 2003. Volumen 6; 1-4.

Bibliografía

Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.

Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 1992.

Departamento de Sanidad. Políticas de salud para Euskadi. Plan de Salud 2002-2010. Gobierno Vasco.

Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud en género y clase social. Gac Sanit. 2004;18 Suppl 1:158-67.

Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, Borrell C, García M, Segura A. Desigualdades en salud según la clase social en Cataluña, 1994. Aten Primaria. 2000;25:560-2.

Forssen A, Carlstedt G. Work, health and ill health. New research makes women's experiences visible. Scand J Prim Health Care. 2001;19:154-7.

Ortún. V, Gervás JJ. Potenciar la Atención Primaria de salud. Informe SESPAS 2000. La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Álvarez-Dardet C, Peiró S. eds, 2000.

Peiro R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrell C, Plasència A, Zafra E, Pasarín MI. Sensibilidad de los plaes de slau en España lo que pudo ser y no fue. Gac Sanit. 2004;18 Suppl 2:36-46.

Pinquart M, Sörensen S. Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age. A meta-analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2001;56:195-213.

Rodríguez Ortiz de Salazar B, Martín Galilea MJ. Variabilidad en la utilización de recursos en Atención Primaria. Aten Primaria. 1999;23:110-5.

Rohlfs I, Borrell C, Fonseca M do C. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gac Sanit. 2000;14 suppl 3:60-71.

Silvestre García A, Colomer Revuelta C, Nolasco Bonmati A, González Sáez L, Álvarez-Dardet Díaz C. Nivel de renta y estilos de vida: hacia una ley de prevención inversa? GacSanit. 1990;4:189-92.

Smeeth L, Heath I. Tackling health inequalities in primary care. BMJ. 1999;318:1020-1.

Valles Fernández MN, Gutiérrez Cillan V, Luquin Ajuria AM, Martín Gil MA, López de Castro F. Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia. Aten Primaria. 1998;22:481-5.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992;22:429-45.

Medicina rural: ¿Convergiendo con la urbana?

Moderador:

L. Ávila Lachica

Médico de familia. Consultorio de Almachar. ZBS Axarquía Oeste, Distrito Sanitario Axarquía. Málaga.

Ponentes:

J.A. Morales Ruiz

Médico de familia. Consultorio Valdebotoa, Badajoz. Coordinador del Grupo de Trabajo de Medicina Rural de semFYC.

V. Casado Vicente

Médico de familia. Centro de Salud Parquesol, Valladolid. Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

M.D. Alguacil Herrero

Subdirectora Coordinación de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud.

L. Luque Romero

Médico de familia. Centro de Salud Carmona. Distrito Sanitario Sevilla Norte.

Medicina rural; ¿convergiendo con la urbana?

L. Ávila Lachica

Quizás, una de las características más innovadoras del medio rural, sea su carácter cambiante; primero por las emigraciones al medio urbano y posteriormente por las inmigraciones de personas que huyen del medio urbano y que ven, en el medio rural, una forma diferente de vida o simplemente un medio de conseguir una vivienda mas barata. Además, en determinadas zonas rurales, la llegada masiva de personas de otros países, que acuden con el ánimo de establecerse de forma definitiva en estas zonas, confieren al medio rural un carácter hasta ahora desconocido, con una mezcla de cosmopolitismo y profundas raíces, que lo convierten en una nueva alternativa laboral a la medicina tradicional.

Frente a estas características de crecimiento poblacional, en otras zonas de España sin embargo, se enfrentan a serios problemas de emigración que las están conduciendo a una agonía lenta antes de su desaparición, con una población muy envejecida y aferrada a sus tradiciones. Esto les confiere un carácter muy peculiar y muy atractivo por trabajar con personas con ideales muy claros y que han elegido una forma diferente de vida por encima de otros muchos valores.

Otra característica del medio rural actual es que por la proximidad de algunas de estas zonas rurales a las grandes ciudades están siendo engullidas, perdiendo su carácter rural y pasando a ser zonas "urbanas" dormitorio. Todo esto favorecido por la mejora de las comunicaciones y haciendo del medio rural, un lugar apasionante de trabajo en el que es necesario adaptarse día a día.

Quizás antes de haber entrado a analizar las características actuales del medio rural habría que haberlo definido, aunque esto suponga para mi grandes dificultades, pues a pesar de que la idea de ruralidad está clara en la mente de todos, definirla no es tan fácil.

No es difícil definir la medicina rural en función de sus características de trabajo en solitario, o casi en solitario, con grupos muy pequeños, sin apoyo especializado cercano y con un médico realizando al mismo tiempo mas de una tarea, dado que generalmente estará pasando consulta, esta como médico de urgencias, atendiendo los avisos, urgentes o no que salgan, haciendo de telefonista, secretario, administrativo y celador; que lo mismo rellena un impreso de solicitud de cambio de médico que transporta una caja al almacén con material. Esto conduce a la necesidad de adquirir unos conocimientos administrativos y una serie de habilidades, que en el medio urbano probablemente no sean necesarias.

El hecho de pasar una consulta sabiendo que en cualquier momento pueden interrumpir porque tienes que atender una urgencia o un aviso muchas veces a gran distancia, y que luego tienes que seguir en el mismo punto donde los dejaste, es lo que generalmente ha generado un grado de ansiedad e incertidumbre en el profesional de la medicina que lo ha llevado a huir a la medicina urbana a la menor oportunidad, y esto a su vez ha generado la conciencia general de que el médico rural es un médico de segunda división.

Hoy en día, con la mejora de las comunicaciones y de las condiciones laborales, estamos asistiendo a la creación de una nueva raza de médicos de familia, perfectamente preparados en todos los sentidos como clínicos, que ven el medio rural una oportunidad para realizar la verdadera medicina de familia. El conocimiento del entorno familiar y social de cada paciente, trabajando todos los aspectos biopsicosociales de la medicina, el contacto con los ayuntamientos y alcaldes, con los diferentes servicios sociales, asociaciones, etc, hacen que el trabajo de una medicina cada vez mas súper tecnificada alcance su lado mas humano, sin renunciar a ninguna de las técnicas que pueda tener a mano cualquier profesional de la atención primaria.

La creación de los hospitales comarcales, acercando los medios diagnósticos mas al uso a los pueblos, también han contribuido al trabajo en equipo entre especialistas hospitalarios y de primaria, haciendo una medicina mas resolutiva a un menor coste, dado que se procura evitar en lo posible la repetición de pruebas o peticiones innecesarias, pues además el propio paciente te demanda que se le realice todo lo necesario y se prescinda de lo accesorio, por el trabajo y coste que le suponen los desplazamientos. La profunda relación con la medicina especializada y su tremenda colaboración en la realización de pruebas diagnósticas, nos proporciona la tranquilidad de saber que puedes pedir un scanner ante una perdida de memoria porque los radiólogos también colaboran contigo y el enorme placer de recibir e informar a tu paciente personalmente de los resultados de una fibro o colonoscopia realizadas pocos días antes.

Actualmente hay otro dato que puede cambiar la medicina rural que es la docencia, con la implantación de las rotaciones rurales obligatorias a los residentes de familia. Esto puede dar a conocer a los nuevos médicos de familia un medio que ellos tienen en su visión como de segunda clase y se encuentran con la sorpresa de ver profesionales muy motivados que trabajan en este medio por elección propia, aprendiendo conocimientos o técnicas, difíciles de aprender en otra parte. Además de los procedimientos clínicos, diagnósticos y de tratamiento habituales, el conocimiento profundo de la familia y el medio ambiente en el que se desenvuelve el paciente, hacen recapacitar en la gran influencia que esto tiene para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de determinadas patologías. El manejo de la ansiedad que crea el trabajar en tres puestos al mismo tiempo sin saber que va a pasar al segundo siguiente, el manejo de la incertidumbre, que tanto angustia a los residentes y médicos de familia recién terminados, el manejo de habilidades sociales, el manejo de determinados recursos. Hacer en definitiva una medicina diferente, más humana y cercana al paciente y su entorno, contando con unos recursos diferentes a los que cuenta la medicina que se desarrolla en el medio urbano.

El saber que ser médico rural no implica renunciar a nada, sabiendo estar a la altura de todos, pues por ejemplo, también en el medio rural se realiza investigación de calidad exactamente igual que en el medio urbano, que los recursos para la investigación llegan de la misma forma al medio rural que al urbano, como lo demuestra la experiencia de Huesca actualmente trabajando con un proyecto del FISS y con publicaciones a nivel europeo. La presencia continuada de médicos rurales en los congresos tanto nacionales como internacionales, existiendo además un congreso bienal específico de medicina rural. La aparición de revistas especializadas en medina rural tanto a nivel nacional como internacional y la demanda creciente de médicos para trabajar en el medio rural, hacen que el futuro de este ambiente de trabajo este garantizado pese a los cambios sociales existentes.

Hoy sin embargo necesitamos mas que nunca apoyos en el medio rural, porque donde tradicionalmente hemos encontrado cupos pequeños con poca población, donde contar con tiempo para todo esto era lo habitual, hoy nos encontramos con cupos de mas de 1700 personas a las que atender, con unas imposiciones laborales que cumplir y con los mismos recursos de antaño.

Esto da lugar a nuevos retos organizativos y administrativos que obligan a una forma diferente de organización de los recursos y la creación de otros nuevos que vengan a cubrir en el medio rural lo que los Dispositivos de cuidados críticos y urgencias, SAMUR, etc. cubren en el medio urbano. De tal forma que la equidad en la asistencia sanitaria se mantenga entre ambos medios laborales, pues además es un derecho de los ciudadanos reconocido en la Constitución Española.

Todos somos conscientes de que se están realizando esfuerzos para organizar la atención primaria de una forma diferente, que a todos nos gusta-

ría que los cambios fuesen mas rápidos y mas orientados a nuestras necesidades, que no existiesen cupos de mas de 1000 habitantes por medico rural, que tuviésemos mas y mejores ambulancias, desfibriladores, programas informáticos para las historias clínicas, mas capacidad de interconexión con el hospital, acceso a Internet y toda su capacidad de búsqueda bibliográfica en un momento dado en nuestras consultas, etc, y todo ello sin perder el lado mas humano de nuestra medicina, manteniendo el espíritu familiar, con la atención desde el embarazo de la nieta hasta el entierro de la abuela por el mismo profesional, con el mismo grado de confianza que hace que los pacientes acudan a preguntar si se pueden tomar esta pastillas que les mandaron en el hospital porque allí no saben lo que toma el/ella y vaya a ser malo mezclar, en definitiva con la potenciación de todo lo bueno que presenta la medicina rural, e igualando los recursos con el medio urbano.

Intentar aclararnos un poco las ideas sobre donde estamos en la medicina rural y hacia donde vamos es por lo que hemos organizado esta mesa redonda con representantes de semFYC, de la Comisión Nacional de la Especialidad, de la Administración y por supuesto de la Medicina Rural.

El medio rural desde el punto de vista semFYC, una oportunidad o una amenaza

J.A. Morales Ruiz

El Grupo Rural de SEMFYC, surge hace unos 8 años en Mallorca y asume como tarea inmediata analizar el trabajo de los médicos rurales, elaborándose el Documento SEMFYC: *El medio rural: Una visión mirando al futuro.* Aún resultando próximo en el tiempo y válido en su totalidad, la creación de todos los servicios de salud de las autonomías así como el desarrollo de ciertas tecnologías y la propia des-ruralización han ido introduciendo cambios particulares que muchos hemos vivido, pero también cambios globales de este medio.

Las circunstancias de los médicos rurales son muy diferentes de unos a otros, ya que la ruralidad es difícil definir, también desde el punto de vista sanitario. Este es uno de los aspectos que más tratamos de destacar desde nuestro Grupo de Trabajo. Un entorno sanitario rural incluye aspectos de:

- Zona y población pequeña, bien delimitada y conocida por el médico.
- Actividad laboral bastante ligada a la población y relacionada con el sector primario.
- Equipo Sanitario reducido, que a veces tiene que atender a varias localidades.
- Condiciones de aislamiento o de dificultad de acceso a ciertos recursos.
- Trabajo en condiciones de mayor incertidumbre.
- Importante papel de la familia en los cuidados de la salud.

Sin embargo, actualmente la característica más común en este medio es la diversidad y el profundo cambio social: en unos casos por el envejecimiento extremo y casi la desaparición de los pueblos, en otros, por un fortísimo crecimiento demográfico ocasionado por la cercanía a grandes poblaciones. Unido a la mejora de la red vial y a los avances en telecomunicaciones las fronteras entre lo rural y lo urbano parece se fuera van diluyendo y la realidad del mundo rural se aleja de la visión nostálgica e idílica que conserva la mayoría. Aún así persisten diferencias que justifican esta Mesa.

Otras diferencias en el ejercicio de la medicina rural

- La relación clínica en el medio rural posee en matices especiales: aunque el modelo paternalista ha definido ejercicio del médico rural, actualmente podemos decir que se posibilita un modelo "más familiar", por considerar a la unidad familiar de un modo natural, al estar incluida toda la familia en la unidad de trabajo del médico, pero también muchas veces, por ser considerado el médico como una unidad más «de su familia». Esto es aún más extremo cuando el profesional vive en la misma población. La densidad de las redes familiares que pueblan los núcleos rurales obliga a una especial cautela en el mantenimiento de la confidencialidad y el secreto médico. Pese a esto en el medio rural puede ser más fácil mantener entrevistas más cálidas y de mayor empatía.
- La mayor accesibilidad favorece el seguimiento de los problemas, aunque a veces puede ocasionar una frecuentación excesiva.
- La distancia física y también la diferencia de estilos percibida con el nivel secundario (hospitales y especialistas...) va a producir una menor demanda de servicios especializados por parte de la población, asumiendo el médico rural una mayor responsabilidad en muchos problemas.

Problemas y oportunidades del trabajo en el medio rural

Problemas relacionados con autoridades locales

Lo que inicialmente fue una colaboración ilusionada, de sanitarios, ayuntamientos y servicios de salud, ha evolucionado con el tiempo hacia la desvinculación de los ayuntamientos con los temas sanitarios, que ocasiona falta de planificación y de reuniones con los sanitarios, falta de colaboración en la financiación e importantes desequilibrios y deficiencias, dentro de las mismas zonas de salud, en cuanto a infraestructuras de los consultorios locales. Se depende de la sensibilidad o el interés político de la autoridad local para solucionarlas.

Problemas relacionados con la actividad profesional

El médico

- Falta de apoyo de personal administrativo y auxiliares de enfermería y en algunos casos de personal de enfermería a tiempo completo. Tareas como atender el teléfono, abrir la puerta, sacar las historias,..., pero también manejo de vías, realización de electrocardiogramas, tareas administrativas, tareas de mantenimiento del consultorio son asumidas casi siempre por los médicos rurales. Todo esto es especialmente problemático en aquellos puntos donde además los cupos no son pequeños.
- La falta de definición de las funciones de enfermería puede producir en equipos tan pequeños (1 + 1) problemas en la asistencia, más acentuada en medio rural. La empatía personal y la voluntad pueden por contra, generar una gran compenetración muy satisfactoria para profesionales y pacientes
- Difícil comunicación con otros niveles asistenciales, ya que se depende del teléfono por la dispersión geográfica.

Los pacientes

- Cierta reticencia a las derivaciones a otros niveles asistenciales. En el ámbito rural se espera la resolución de la mayoría de problemas en su propio contexto.
- La población del medio rural está en general más envejecida. Por lo tanto los recursos que deben dedicarse a atención domiciliaria son mayores.
- No hay libertad de elección de médico, puesto que a veces existe «un solo medico en el pueblo». La única alternativa es el desplazamiento a otro municipio.

El equipo de atención primaria

- La dispersión geográfica de sus miembros, crea dificultades organizativas ausentes en otros medios. Las reuniones de equipo suelen ser escasas, poco resolutivas, y con reducida asistencia. Las sesiones clínicas, son difíciles de organizar, escasas o no se realizan.
- No existe una autonomía de gestión real en los equipos, carencia que es más intolerable en el medio rural debido a la desconexión con las gerencias.

Problemas relacionados con la atención continuada

- Se están adoptando cambios por cada servicio de salud que rompen con la continuidad de la asistencia por el EAP, privando en muchos casos a los médicos rurales de la posibilidad de realizar Guardias/Atención continuada, u obligándolos a renunciar a cualquiera de las mejoras reclamadas desde hace..., como el apoyo por personal administrativo y de enfermería, el derecho al saliente de guardia, la cobertura de los gastos de servicios de hostelería y de utilización de vehículos particulares y los riesgos que conllevan. En algunas zonas no se exige la presencia física en el centro de salud y la retribución es menor...

Problemas relacionados con la formación continuada:

- Existe poca oferta de cursos que se puedan realizar a distancia.
- Hay dificultades para acceder a cursos con presencia física en los mismos, por problemas de sustituciones y de presupuestos de la propia área o zona de salud.
- La dificultad de contacto con la atención del segundo nivel.

Oportunidades

La continuidad de la asistencia, el sistema de creencias y cuidados de salud, la accesibilidad, el conocimiento y atención al medio, junto con la posibilidad de una Medicina más integrada, integral y activa, hacen del medio rural el entorno idóneo de aplicabilidad de la mayor parte de los elementos conceptuales de la atención primaria.

Oportunidades relacionadas con la atención primaria de salud

- El perfil del médico del pueblo se identifica con el verdadero médico de familia. El medio rural ofrece la oportunidad de la atención global al individuo en su entorno familiar y social. La continuidad de la asistencia a lo largo de la vida de las personas debiera ser una de estas características a conservar, anteriormente más propias del medio rural.
- La accesibilidad de la población es mayor, muchas veces a costa del esfuerzo de los profesionales que pueden recorrer muchos kilómetros diariamente. La satisfacción de los pacientes también se relaciona con esta facilidad para conseguir cita y con el tiempo que se les dedica en la consulta.
- La atención a la Comunidad y la educación para la salud es más fácilmente articulable en poblaciones más homogéneas y generalmente más estables con representantes sociales y vecinales generalmente más identificables.

Oportunidades relacionadas con las habilidades necesarias

Los profesionales rurales deberán adquirir habilidades que en un medio urbano se realizan casi siempre por personal de otro nivel, debido a su disponibilidad. Por ejemplo, en el manejo de situaciones de urgencias vitales, que requieren de ciertas habilidades y técnicas que en ciudades mayores se van a realizar en hospital o por personal de Emergencias Extrahospitalarias.

Además, es bastante habitual en el medio rural la escasez de pediatras, matronas,... carencia que debe suplir el médico rural. Esta pluripotencialidad del médico rural, quizás sea uno de los mayores atractivos para profesionales interesados y capacitados para desarrollar una actividad más completa y ambiciosa.

Oportunidades relacionadas con Líneas de Investigación

Para investigar en el medio rural se dan las circunstancias ideales: conocimiento de la población y del medio, demarcaciones territoriales bien definidas, posibilidad de seguimiento de procesos en periodos de atención continuada, facilidad para estudios prospectivos por el seguimiento a largo plazo....

Oportunidades relacionadas con la Docencia

El medio rural ofrece indudables ventajas sobre la formación en el perfil profesional del médico de familia. Los elementos conceptuales clásicos de la atención primaria se pueden aprender más fácilmente en comunidades pequeñas como las rurales. En sentido inverso, la docencia puede mejorar ciertas condiciones de trabajo en el medio rural. La actualización de conocimientos, la mejora de la comunicación con el nivel especializado y el incremento de actividades de investigación, mejorarán de categoría el ejercicio rural.

Conclusiones

El aislamiento profesional y personal, las escasas posibilidades de promoción profesional, la lejanía del hospital considerado hasta ahora como única fuente de saber de calidad, y hasta hace unos años la precariedad del trabajo, mal remunerado y con atención permanente las 24 horas del día, situaban la práctica en el medio rural como indeseable.

Afortunadamente, muchas de estas circunstancias han cambiado, y el medio rural es ideal para una atención integral e integrada. Queda por lo tanto incidir sobre factores de equidad tanto para la población como para los profesionales.

Los aspectos de la "Globalización" que hacen centrarse a los medios de comunicación, a los políticos y a los gestores sanitarios en lo más frecuente, homogéneo y rentable; los diferentes intereses de cada Servicio Autonómico e incluso de cada Área, del desmembrado Sistema Nacional de Salud; y la escasa capacidad de consenso propia de la profesión médica, mayor aún si hablamos de médicos rurales cada cual con unos problemas diferentes..., llevan al traste con cualquier ilusión de conseguir grandes avances que repercutan en todos y cada uno de «Nuestros diferentes medios rurales» e incluso con la ilusión de que el «Grupo Rural de SEMFYC» pueda tener una utilidad.

Por el contrario, el conocimiento de la realidad de cada paciente, pueblo y consultorio que tengamos los médicos rurales, junto al reconocimiento por parte de nuestros pacientes, residentes, compañeros y «gerentes» del trabajo bien hecho, pueden reportar mejoras en recursos, organización y resultados, beneficiosas para nuestro trabajo diario, para la salud de nuestros pacientes y la nuestra propia.

¿Qué características presenta el medio rural para que la comisión nacional de la especialidad se plantee una rotación específica por este medio para todos los residentes urbanos?

V. Casado Vicente

«El Médico de familia es el *especialista* cuyo objeto de conocimiento se encuentra en la *persona como un todo*, que ofrece atención médica *sin fragmentación* entre lo físico, lo psíquico y lo social, *eleva el nivel de salud* de las personas sanas y de las comunidades en las que trabaja, *cura* a las personas enfermas, y también *aconseja, cuida y consuela* a las personas que no van a curarse, y todo esto integrado en el *entorno familiar y social* y basado en la *continuidad* de la atención».

Estas características específicas del perfil profesional del Médico de familia conforman un cuerpo propio de conocimientos derivado, fundamentalmente, de su ámbito de actuación específico: el de la Atención Primaria de Salud y de una forma propia de llevar a cabo dicha Atención a través de un enfoque biopsicosocial, en el que adquieren verdadero protagonismo la integración de las actividades de curación de la enfermedad con las actividades de promoción y prevención, rehabilitación y cuidado paliativo.

El nuevo programa de la especialidad de Medican Familiar y Comunitario publicado en el BOE de 3 de mayo de 2005 se caracteriza por:

- La incorporación en la formación de los valores profesionales del médico de familia.
- La revisión del perfil profesional.
- La incorporación de competencias esenciales: la comunicación, el razonamiento clínico, la gestión de la atención y la bioética.
- La adaptación a las necesidades sociales y sanitarias, que se verían reflejados en el área de atención al individuo, tanto en su bloque de atención a problemas y necesidades de salud como en el área de abordaje de grupos poblacionales y de riesgo.
- El cambio de terminología empleada al referirse a las áreas de atención al individuo, ya que el médico de familia no aprende cardiología, neurología o urología, sino que aprende el abordaje de problemas cardiovasculares, problemas del sistema nervioso o problemas de las vías urinarias, etc,... porque este abordaje forma parte tanto de nuestra especialidad como de otras especialidades.
- La profundización en las competencias que se consideran «específicas» del médico de familia, que son la Atención a la Familia y la Atención a la Comunidad.
- El desarrollo de las competencias relativas a la formación, docencia e investigación.
- La ampliación de los entornos docentes: la estancia formativa en centro de salud rural se convierte en una estancia básica
- Las cualidades intrínsecas del programa: *a)* El Programa debe ser flexible. Lo importante son las competencias determinadas por el perfil profesional: tiempos y métodos deben estar a su servicio; *b)* el Programa debe permitir la pluripotencialidad, es decir, formar médicos de familia que puedan trabajar no sólo en el Centro de salud urbano o rural, sino en otros entornos laborales, y servir de base formativa para posterior formación en áreas de capacitación; *c)* el Programa debe pivotar en el eje tutor-residente. La formación central se da en el centro de salud, pero se deben proporcionar estancias electivas y se debe ampliar los entornos docentes con el objetivo de adquirir las competencias. El Tutor principal es el responsable de la formación tutorizada, continuada y estructurada, independientemente de las estancias formativas en el Centro de Salud. Se determina un contacto amplio inicial con Atención Primaria, preferentemente 6 meses; que al menos el 50% del tiempo de la residencia se efectúe en el Centro de Salud; un tiempo de estancia formativa en Centro de Salud todos los años, y que la formación debe ser individualizada, con un incremento progresivo de la responsabilidad; *d)* se establece el formato estructural del Programa.

Es difícil concebir un médico holístico con orientación biopsicosocial y familiar y comunitaria cercano a las personas sin que parte de su formación no se realice en los entornos dónde se encuentran las personas, es decir que la formación en Atención Primaria debe darse en todos los entornos dónde esta se desarrolla y por lo tanto debe realizarse en el medio urbano y en el medio rural. A pesar de las dificultades iniciales que pueden encontrarse para su extensión a todas las UUDD la potencia formativa de la estancia en medio rural está fuera de toda duda no sólo en nuestro programa sino en la mayor parte de los programas avanzados en MFyC de Europa y América.
La Medicina de Familia es una especialidad universal que está presente en todos los países de la UE. Los tiempos de formación en MFyC oscilan entre 3 años (Austria, Bélgica, Bosnia, Croacia, R. checa, Estonia, Francia, Lituania, Holanda, Portugal, Rumania. Eslovaquia, Turquía, Reino Unido), 4 años (Grecia, Israel, Polonia, Eslovenia, España, Irlanda), 5 años (Dinamarca, Alemania, Hungría, Noruega, Suecia, Suiza) y 6 años (Finlandia).
En cuanto al tiempo de formación entre AP y Hospital se observa en Europa que hay el mismo tiempo de formación en AP que en Hospital en: Croacia, Estonia, Alemania, Israel, España, Polonia, Rumania, Eslovenia, Reino Unido; Más tiempo en AP: Bélgica, Bosnia, Finlandia, Hungría, Holanda, Noruega, Portugal, Suecia y Más tiempo en Hospital: Albania, Austria, R. checa, Dinamarca, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Lituania, Rusia, Eslovaquia, Suiza, Turquía.
En los países con programas más sólidos y avanzados la formación es más larga y el entorno rural está siempre presente.
El médico de familia debe conocer a las personas en los entornos más comunes y habituales y aunque es imprescindible la formación hospitalaria el MF debe conocer como es el proceso salud-enfermedad en el entorno habitual del paciente que es su comunidad, ya sea esta rural o urbana. El MF debe conocer a sus pacientes y sus condiciones de vida y comprender su situación en su medio habitual.
El médico de familia rural atiende unos problemas de salud cuyo abordaje es cualitativamente diferente al médico urbano y con unas condiciones que le obligan a adquirir determinadas habilidades que normalmente no son necesarias en el medio urbano. El MF rural cuenta con más cercanía y accesibilidad a la población, sin embargo también cuenta con menor accesibilidad a otros recursos. El MF rural tiene, por las propias necesidades de sus pacientes, que presentar unos altos niveles de resolutividad y sin embargo sus condiciones de incertidumbre son mayores. Estas diferencias se incrementan en función de la distancia al hospital de referencia.
Si bien los problemas de salud pueden en algunas ocasiones no ser muy diferentes, las competencias genéricas que han de ponerse en marcha tiene connotaciones especificas así como la atención al individuo, a los grupos poblacionales, a la familia, a la comunidad y esto se extiende también a la formación y a la investigación. Algunas de estas actividades se desarrollan con mayor dificultad en el medio rural y otras sin embargo se desarrollan de forma más clara y evidente en este medio. Y esta diferencia es la que nuestros residentes deben conocer y adquirir las habilidades necesarias, tanto si su futuro pasa por trabajar en el medio rural o urbano.
Cada Unidad Docente debe analizar sus recursos y aprovechar los recursos formativos disponibles en su «Entorno Rural». El grupo de Salud Rural de semFYC propuso a la CNE definir lo que debe entenderse como atención primaria en el medio rural y es aquella que se desarrolla en Centros o Consultorios Rurales que reúnen el mayor número posible de las siguientes características:

- Entorno bien delimitado con población inferior a 2.000 habitantes, en otros contextos se amplía hasta 5.000 habitantes.
- Trabajo casi en solitario o con equipos muy pequeños.
- Cierto grado de aislamiento marcado por la distancia y dificultad de accesibilidad a recursos especializados.
- Actividad económica de la población ligada al sector primario (Agricultura, ganadería, pesca, minería).

Asimismo la CNE propuso a los Ministerios de Sanidad y Educación los criterios de acreditación de las UUDD y de sus dispositivos que finalmente se tradujeron en la Resolución conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia por la que se establecen los Requisitos Generales de Acreditación de las Unidades Docentes para la formación de Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de 12 de Junio de 2005.

En esta Resolución se define que a la Unidad Docente deberán incorporarse:

- Centros de Salud rurales o de otro tipo, destinados a la realización de estancias formativas y electivas, o en su caso, guardias. Las estancias en centro rural se harán:
- En centros rurales que sean acreditados como el resto de centros de salud (criterios del apartado III.2 de la Resolución).
- En centros de salud rurales acreditados de otras Unidades Docentes cuando la unidad docente no tenga ninguna zona rural o éstas sean insuficientes.
- En centros de salud rurales que aun cuando no reúnan los requisitos del apartado III.2 se acrediten para actividades específicas, siempre que exista informe favorable de la comisión asesora y se justifique en la correspondiente memoria, en la que se hará constar el contenido de las actividades formativas a llevar a cabo en los centros rurales de que se trate y siempre que se acrediten tutores según apartado II-3 de la misma resolución.

Tal y como sugieren los miembros del grupo de trabajo de Salud Rural de semFYC, todas las áreas de competencia del programa son susceptibles de abordarse en el medio rural, pero tienen especial interés las competencias:

- Esenciales: Comunicación asistencial, Razonamiento clínico, Gestión de la atención y La ética de lo cotidiano.
- Atención al individuo: especialmente en lo referente a toma de decisiones en condiciones de incertidumbre y Habilidades técnicas básicas: RCP básica, Atención al politraumatizado, inmovilizaciones, Cirugía menor,
- Atención a grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo: Se incluyen todos los grupos (niño, adolescente, mujer, adulto, trabajador...) pero con especial atención al anciano, al paciente inmovilizado, el paciente Terminal y a las situaciones de riesgo familiar y social).
- Atención a la familia y a la comunidad
- Formación en el medio rural
- Investigación en el medio rural

La Atención Primaria es un entorno formativo de primer orden y por lo tanto, tanto el medio rural como el urbano lo son y no sólo para la formación en Medicina de Familia sino para otras especialidades con las que compartimos tronco.

La planificación sanitaria de Atención Primaria en el medio rural. Equidad en la atención médica

M.D. Alguacil Herrero

Introducción

Nos planteamos nuestra participación en esta mesa haciendo un análisis de cuáles son los elementos más importantes que desde la administración sanitaria andaluza, se tienen en cuenta a la hora de abordar la planificación de la atención primaria en el medio rural andaluz.
De entre la amplitud de vertientes desde la que podíamos acercarnos a este análisis, nos ha parecido importante hacerlo, por razón de tiempo, incidiendo en tres de ellas: desde la perspectiva poblacional, desde la de los profesionales y desde asignación de recursos. No podemos olvidar que en la base de la planificación sanitaria se encuentran elementos irrenunciables del modelo que define nuestro Sistema Sanitario Público: *La Universalidad de la atención y la Equidad en el acceso a los servicios;* hacer compatible el cumplimiento de estos principios con las necesidades poblacionales, sus características epidemiológicas y demográficas, la disponibilidad de recursos y la necesaria eficiencia de un sistema que siempre está en expansión, nos sitúa delante de un gran reto: medir y valorar, lo más exactamente posible, los costes de oportunidad que significa dotar de recursos a unos lugares frente a otros, y que la eficacia, efectividad y eficiencia del sistema no se resquebraje y se mantenga viable. Todo esto se complica aún más, porque no siempre es bien entendido, desde el punto de vista político; hacer viable esta complejidad, es realmente un gran reto para el planificador. Haremos explícitos, los criterios que en Andalucía se están aplicando bajo los principios fundamentales de equidad en el acceso, teniendo en cuenta la complejidad poblacional de la misma.

La población andaluza y su perfil de demanda

Según el padrón municipal del año 2005, en la comunidad autónoma andaluza viven 7.357.558 habitantes en un total de 770 municipios. El 86,87% de la población andaluza vive en municipios de más de 5.000 habitantes y sólo 966.055 personas, lo hacen en municipios menores de 5000 habitantes. En el año 2005, se realizaron 50.296.233 consultas médicas, un 2% más que en el año 2004, con una frecuentación de 8,053 por 1000 habitantes, como media, cada andaluz consultó 8 veces al año con su médico de familia y la media de consultas por profesional y día fue de 45 pacientes. Se atendieron a 5.052.758 urgencias médicas en nuestros dispositivos de urgencias, con una tendencia de ligero crecimiento. Esta actividad supone el 10% de la actividad total de los médicos de Atención Primaria en Andalucía. El 2,44% de la actividad es realizada por los médicos andaluces en los domicilios de los pacientes. Según la encuesta de satisfacción del 2005, el 94% de la población andaluza valora a su médico de familia muy bien o bien, y el 96,1% contesta que la atención de su médico en el domicilio fue muy bien/bien.

Cuando analizamos estos mismos datos en los 33 Distritos y Áreas sanitarias andaluzas, observamos que *algunos de los distritos considerados rurales,* presentan mayor actividad por médico y día, mayor volumen de actividad domiciliaria, mayor frecuentación por mil habitantes, mayor frecuentación de urgencias médicas en el centro y en el domicilio. Igual ocurre con los niveles de satisfacción que hemos recogido más arriba. *No podemos afirmar por tanto, que exista un patrón de actividad y satisfacción claramente diferenciado entre distritos rurales, urbanos o mixtos en Andalucía.*

Los profesionales

En Andalucía trabajan 4.543 médicos de familia y 798 médicos de familia en plaza diferenciada de Cuidados Críticos y de Urgencias. Su distribución obedece a criterios de planificación, acordados con la SAMFyC en el año 2001 y que han sido revisados en este año 2006, incluyendo criterios específicos para el mundo rural andaluz. En este momento, la media de pacientes por cupo médico en Andalucía es de 1421.

Los recursos asistenciales

Atendemos a esta población desde 1482 Centros de Atención Primaria, 376 Centros de salud, 697 Consultorios Locales y 409 Consultorios Auxiliares.

Además contamos, para la atención a la Urgencia y a la Emergencia con Recursos específicos: 5 Equipos de Emergencia Aéreos del 061, 25 Equipos de Emergencia Terrestres del 061, 383 Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias (UCCU) compuestas por un total de 416 equipos y 50 Equipos Móviles de Cuidados Críticos y Urgencias (EM) que ascenderán, a finales del 2006 a 128, distribuidos por toda la geografía andaluza. Completan esta red, 75 ambulancias medicalizadas y 287 ambulancias no medicalizadas.

Contamos con 126 unidades de radiología, 189 gabinetes de odontología, 184 salas de fisioterapia de atención primaria, 52 ecógrafos instalados y 28 retinógrafos, además de los espirómetros instalados en los centros de salud andaluces. Son aún escasos los centros de AP que cuentan con Holter y Doppler.

Criterios de planificación en el ámbito rural andaluz

Los Ciudadanos son el Centro del Sistema. La accesibilidad es el elemento más valorado por ellos y los componentes de rapidez, personalización, trato, calidad de la respuesta científico- técnica y la continuidad de la atención, son la esencia que sustenta la satisfacción y la calidad del servicio prestado. La equidad es el principio, por excelencia, que debemos garantizar, para ello, en junio de 2006 se firmó un pacto andaluz por el desarrollo de estrategias para la atención primaria del siglo XXI entre la administración sanitaria andaluza y las sociedades científicas andaluzas; entre los firmantes de dicho pacto, se encuentra la SAMFyC. Se trata de un pacto que contiene 15 líneas de trabajo y muchas de ellas, recogen elementos de planificación en el ámbito rural. El Objetivo del pacto es el desarrollo de los servicios públicos de Atención Primaria en Andalucía, adaptándolos a los cambios culturales, sociales, científicos, tecnológicos, y epidemiológicos, con el fin de mejorar los estándares de salud de los andaluces y la calidad percibida por nuestros ciudadanos. Resaltamos aquí los elementos consolidados de planificación en ámbito rural en los siguientes apartados:

1. La población a atender. Dado que no podemos concluir en todas las variables descritas con anterioridad que exista un patrón de uso de servicios sanitarios en el ámbito rural, estamos profundizando aún más en el análisis, de modo que para el próximo año 2007 dispondremos de un análisis epidemiológico de los Distritos y Áreas Sanitarias e identificaremos zonas con necesidades distintas para desarrollar actuaciones diferenciadas en ellas y con los equipos de profesionales que las atienden.

2. Los recursos. No prevemos aumentar el nº de centros de salud, salvo en situaciones excepcionales. No obstante, en el pacto se recoge expresamente un plan especial de inversiones en infraestructuras, mantenimiento y reposición de los Centros de Salud actuales y que continuará con el plan de inversiones de nuevos Centros de Salud en Andalucía. Este plan tendrá un especial seguimiento en el ámbito rural. Un planteamiento especial se ha hecho en el ámbito de la reorganización sanitaria de la atención sanitaria urgente, los puntos de atención a la urgencia, se planifican siguiendo los siguientes criterios:

Unidades de cuidados críticos y de urgencias (UCCU). El 87,90% de los municipios andaluces tienen hoy un punto de atención a la urgencia. No obstante, hemos ampliado la red siguiendo los siguientes criterios de planificación:

a) Que todos los núcleos poblacionales mayores de 10.000 habitantes tengan una UCCU.

b) Que ningún núcleo municipal mayor de 1.500 habitantes esté a más de 20 minutos de distancia de una UCCU.

c) En municipios sin Hospital, Se crea un equipo de atención a las urgencias (UCCU) por cada 30.000 habitantes o fracción superior.

d) En Municipios con Hospital se crea un equipo por cada 125.000 habitantes o fracción superior.

Red de equipos móviles. Atienden a los ciudadanos 365 días, 24 horas al día
- Están formados por equipos de 1 médico, 1 enfermera y una ambulancia medicalizada con conductor.
- Para un máximo de 100.000 habitantes y para poblaciones que distan de puntos de atención a la Urgencia una crona máxima de 20 ó 25 minutos en caso de pequeños municipios.
- Que actúan de forma mancomunada en agregaciones poblacionales superiores a 50.000 habitantes.
- Permiten que los profesionales de los EBAP, puedan realizar su actividad ordinaria sin necesidad de ausentarse de la consulta.

En el año 2006, se han planificado 78 nuevos equipos, que se localizan fundamentalmente en el ámbito rural.

La dotación tecnológica. Hoy llegamos con la informatización al 100% de los centros de Atención Primaria. El propio pacto recoge como uno de sus elementos, seguir incrementando la capacidad resolutiva de los distintos profesionales de Atención Primaria mediante la dotación de tecnología diagnóstica y facilitar el acceso a la tecnología en otros niveles en función de los criterios y estándares que se definan y en sintonía con las competencias de los profesionales y de la evidencia científica. El desarrollo de los Centros de Alta Resolución en Andalucía está permitiendo que los médicos de Atención Primaria, puedan disponer de acceso a tecnología digital en aquellos lugares en donde se están implantando, precisamente el ámbito rural andaluz.

3. Los profesionales. Se han definido criterios de planificación de recursos ajustados a características poblacionales adaptadas a la situación epidemiológica de cada zona y a las necesidades de la población a la que atendemos, que incluyan entre otros, la edad de las personas y la comorbilidad atendida, el nivel socioeconómico, la dependencia, la dispersión geográfica y el propio modelo organizativo funcional. En este sentido, se han propuesto a la SAMFyC planificar los recursos humanos para el año 2007, con los criterios siguientes: Edad de los pacientes, nº de médicos del centro de salud o consultorio, y si el centro atiende a población con necesidades de transformación social, como medidas indirectas de la dependencia.

Se firmarán convenios específicos de colaboración con la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC), para la formación de los profesionales, facilitándoles su aprendizaje a través de la teleformación, para consolidar un apoyo para ellos en el desempeño de su trabajo, en la mejora de sus competencias profesionales y que redunde en el nivel de calidad científico técnico y la calidad percibida por los ciudadanos.

No podemos olvidar tampoco, el impulso de la investigación en Atención Primaria, la capacitación de los profesionales, el apoyo metodológico, facilitando las condiciones laborales que la permitan y hagan posible.
En estas condiciones laborales también se ha avanzado; Así en los acuerdos sindicales firmados el pasado 16 de mayo, y publicados en BOJA el 31 de julio, se garantiza el descanso de 12 horas tras la guardia, se amplían los equipos móviles de atención a la urgencia, se generan plazas en los distritos rurales donde menor nº de profesionales existen para garantizar la atención en los puntos de urgencia (más numerosos y dispersos en el ámbito rural) se incrementa la retribución de la hora de la jornada complementaria y se iguala a la de atención especializada, y como innovación, se retribuye con un 20% de incremento, sobre el concepto retributivo de la capitación (tarjetas ajustadas por edad) a los profesionales que trabajan en zonas de especial aislamiento y cobertura, los profesionales de 118 centros de atención primaria considerados de aislamiento y 52 de los que tienen refuerzos de temporada se benefician ya de este tratamiento especial.
Tenemos plena certeza de que en que el desarrollo del pacto firmado con Samfyc se avanzará de forma decidida en el desarrollo de la medicina de familia, también en el ámbito rural.

La visión de un Médico de familia de la Medicina rural

L. Luque Romero

En realidad no hay una medicina rural sino diferentes medicinas rurales, casi una por cada centro de salud rural.
La palabra rural viene del latín ruralis de «rus, ruris» que define todo lo referente al campo y no a la ciudad, según lo define el diccionario de María Moliner, o como lo define el DRAE perteneciente o relativo a la vida del campo y a sus labores, inculto, tosco , apegado a cosas lugareñas.
La realidad de la medicina rural la definen varios aspectos de los que cabe destacar el número de habitantes de la población a la que atiende el centro, la distancia a la ciudad, la distancia que separa el centro de la cabecera de la Zona Básica de Salud (ZBS) y del Distrito Sanitario de Atención Primaria (DSAP), el tamaño del centro, número y disposición de las consultas, la existencia de equipo de atención continuada, estar en el área de influencia de los equipos de emergencias, las comunicaciones viarias, postales y electrónicas, el número de profesionales de medicina, pediatría, enfermería, la existencia de auxiliares de clínica, administrativos, celadores, servicio de urgencias, dirección,...; todos estos aspectos van a influir en mayor o menor grado en el funcionamiento y la idiosincrasia del equipo de atención primaria.
La medicina rural cumple con las premisas fundamentales de la medicina de familia ya que se basa en humanizar, integrar y revalorizar la medicina ambulatoria que es donde se producen la mayoría de los contactos entre los médicos y pacientes, facilitar la continuidad asistencial, la accesibilidad, la equidad, el manejo más eficiente de los recursos,...
Fortalezas de la atención primaria en la atención al individuo, la familia y la comunidad:

1. El equipo de atención primaria está inmerso en la población a la que atiende y el ambiente que le rodea. A mayor grado de «aislamiento» (mayor distancia y/o menor calidad de las comunicaciones con la ciudad, mayor grado de integración e implicación se le pide al equipo sanitario en las actividades sociales de la población. Por un lado esto nos permite conocer las relaciones familiares y sus posibles relaciones con la enfermedad y por otro lado genera una dificultad añadida para mantener la distancia terapéutica.

2. Se facilita el seguimiento de las enfermedades en las familias.

3. Se facilitan las medidas preventivas y las actividades de promoción de la salud gracias a la cercanía de las relaciones con las instituciones municipales y de la comunidad educativa, que permiten la creación de foros de profesionales o con pacientes o población sana y grupos de trabajo multidisciplinares que permiten un adecuado abordaje de los problemas socio-sanitarios.

4. Cuanto mayor sea la distancia al centro hospitalario de referencia más se ve favorecida la continuidad asistencial por el equipo de atención primaria, ya que acuden primariamente a éste para descartar enfermedades que precisen atención urgente de tercer nivel. También se favorece el desarrollo de los profesionales y la disminución de las derivaciones porque los profesionales sanitarios tienen que asumir mayor cantidad y grado de competencias que en ocasiones son derivadas a segundo nivel cuando la disponibilidad y cercanía de este último así lo permite.

5. La inmersión en el medio permite una visión más holística del individuo y la comunidad.

6. El asumir mayor cantidad de competencias induce un mayor desarrollo profesional en lo que respecta a actividades propias de la medicina de familia.

Puntos negativos, debilidades y amenazas:

1. Mayor angustia ante las emergencias sanitarias vitales debido a la dificultad para el acceso a los equipos de soporte de emergencia y a las urgencias hospitalarias.

2. Jornadas que parecen no acabar ya que el mismo equipo de atención primaria asume las urgencias en el propio centro.

3. En ocasiones, el médico en centros mono u oligo-profesionales tiene que asumir competencias profesionales de otras especialidades o estamentos, así puede tener que hacer el papel de administrativo, celador, enfermero, auxiliar de enfermería, personal de limpieza, etc.

4. Con mayor frecuencia suele asumir papeles de trabajador social, matrón, pediatra, equipo de salud mental, atención domiciliaria, orientador,...

5. Interrupciones frecuentes de las consultas a causa de las urgencias o emergencias en horario de atención a demanda, lo que genera ansiedad en el equipo y malestar en los pacientes por el retraso en la atención. La solución se encuentra en marcha en algunos Distritos sanitarios de Atención Primaria donde han constituido equipos de soporte que atienden las emergencias durante el horario de atención a demanda.

6. A mayor distancia al centro hospitalario menor acceso a los medios de transporte y atención de enfermos críticos tipo 061.

7. A menor tamaño del centro, peor calidad de medios de comunicación y mayor distancia al centro de salud cabecera de la ZBS, centro de especialidades u hospital de referencia, menor acceso a pruebas diagnósticas y medios terapéuticos.

8. La distancia a la dirección de la ZBS y del DSAP dificulta la comunicación con los directivos y afecta negativamente al sentimiento del profesional como parte del equipo.

9. A menor número de profesionales y mayor dispersión de centros menos posibilidades de participar en foros de formación continua y discusión científica que permitan el reciclaje y la actualización de conocimientos y habilidades al tiempo que hace que mermen las actitudes proactivas por la formación docencia e investigación.

10. La pérdida de actualización y falta de contacto con otros profesionales favorece la «monotonía diagnostico-terapéutica» y el síndrome del quemado del profesional.

11. El estar tan implicado en las actividades sanitarias y sociales de la población hace que se difumine la frontera entre la atención profesional y la personal y hace más difícil delimitar claramente horarios, cartera de servicio,...

El grupo de médicos rurales de WONCA (EURIPA) hace hincapié en la necesidad de formación y medios para la atención de emergencias en el medio rural que permitan una atención de calidad similar en los habitantes de zonas rurales a los de zonas urbanas. Necesidad de desarrollar de líneas de investigación mediante la formación de los profesionales para desarrollar este tipo de actividades y gestión de nodos y redes de investigación en AP. Pone de manifiesto la necesidad de implantar tecnologías informáticas y de telemedicina que mejoren el acceso a pruebas

diagnosticas y terapéuticas que eviten traslados innecesarios de los pacientes, o sea, que facilite el acceso y la equidad.
A pesar de que un importante porcentaje de médicos de familia trabaja en el medio rural y el programa de nuestra doctrina en la formación de residentes incluye la formación en el medio rural, la realidad actual dista mucho de la rotación de los residentes por centros rurales, justificándose en la falta de acreditación, de medios diagnósticos, terapéuticos, etc; cosa que por el contrario define la medicina rural y por tanto hace que los residentes se familiaricen con este medio. Esta rotación a su vez favorecería el reciclaje de los médicos rurales y estimularía su actitud de actualización permanente y adquisición de conocimientos y habilidades que de otro modo tendrían menos accesibles. Al mismo tiempo mejoraría las relaciones con las unidades docentes y los medios profesionales y técnicos del hospital. Por otro lado el residente se beneficiaría del contacto más cercano con el paciente, su comunidad y el medio ambiente y matizaría positivamente sus conocimientos hasta ahora tan «hospitalarios».
Como se ha descrito el trabajo en equipo se ve dificultado por la dispersión geográfica y temporal de las plantillas de las ZBS. Se han realizado propuestas en el sentido de facilitar la autogestión de cargas de trabajo y recursos por parte del personal de cada centro.
El envejecimiento de la población rural y la aparición de programas de salud específicos para la población anciana hace necesaria la formación en conocimientos y habilidades y el estímulo de actitudes proactivas que permitan una atención de calidad a los pacientes ancianos. Estas intervenciones que van dirigidas a retrasar y en su defecto a compensar la incapacidad y dependencia precisan de una formación específica de los profesionales sanitarios. Dentro de esta formación debe incluirse la atención a los cuidadores y a la gestión de las redes asistenciales paralelas, que en su defecto llevaría a una atención desigual. La coordinación de las redes y recursos sociales, la atención de los ancianos en riesgo o frágiles, el uso adecuado de los elementos de Valoración Geriátrica Integral, el desarrollo de líneas de investigación y la sistematización de las actividades preventivas y de promoción de la salud del anciano necesita una formación específica que debe coordinarse desde los DSAP.
En cuanto a medios diagnósticos y terapéuticos hay que referir que el médico rural toma decisiones con un mayor grado de incertidumbre, si cabe, al de los profesionales que desarrollan su actividad en el medio urbano. Además los recursos materiales y formativos también son menores en el ámbito rural. En algunas comunidades el desarrollo de la teledermatología, retinografía, terapia con anticoagulantes orales, etc; han facilitado la accesibilidad del paciente, pero han aumentado considerablemente la responsabilidad y la cartera de servicio de los médicos rurales que han acogido estas novedades, en ocasiones con reticencias y en otras con esperanza de mejorar su atención. Pero en general la mayoría de los profesionales refieren temores por la responsabilidad que están asumiendo, falta de reconocimiento profesional y ausencia de incentivación económica o de otro tipo.
Es una preocupación de las sociedades científicas y profesionales y algunas fundaciones; el buscar una solución óptima y un mayor reconocimiento a la labor de los médicos rurales así como buscar medidas que sirvan para superar las debilidades de este segmento de profesionales de la atención primaria. Desde esta tribuna deseo lanzar una invitación a todos los presentes para generar propuestas que nos ayuden a fomentar y extender nuestras fortalezas a otros colectivos y médicos urbanos y otras para corregir nuestras debilidades.

¿Le convendría a nuestra Atención Primaria la existencia de un Colegio Español de Médicos de Atención Primaria?

Moderador:

J. Simó Miñana
Médico de familia. Centro de Salud Altabix - Elche. Alicante.

Ponentes:

J. Aguirre Muñoz
Vicepresidente de la OMC (Organización Médica Colegial).

J. Martínez Olmos
Secretario General de Sanidad del Ministerio de Sanidad.

J. Fernández Torrente
Miembro de SEMG (Sociedad Española de Medicina General)

J.A. Otero Rodríguez
Vicepresidente de SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)

L. Aguilera García
Presidente de la semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria)

J. Soriano Faura
Pediatra. Miembro de la Junta Directiva de la AEPAP (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria)

J.L. Bonal Villanueva
Presidente de la SEPEAP (Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria)

R. De Pablo González
Coordinador Nacional de la Plataforma 10 minutos

J. Aguirre Muñoz

La contestación al interrogante la realizó bajo dos vertientes:

1ª. Análisis Jurídico Legal:
Es muy importante el estudio del marco jurídico en el que se mueven los colegios profesionales de cara a la idoneidad y posibilidad de segregar e independizar un nuevo colegio que agrupe a los profesionales de atención primaria que según mi criterio englobaría por ahora a médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria y médicos pediatras extrahospitalarios.
En primer lugar hemos de decir, que el Colegio Profesional es una creación constitucional que recoge una tradición jurídica y asociativa muy larga en la historia y que a través del art. 36 de la Constitución Española ha recibido la sanción correspondiente y su reconocimiento «La Ley regulara las peculiaridades propias de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas. La estructura interna y el funcionamiento de los Colegios deberán ser democráticos». Este articulo reconoce explícitamente a nuestros Colegios Profesionales, lo que constituyo una autentica novedad en nuestra historia constitucional.
A partir de es momento la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, define y caracteriza lo que es un Colegio Profesional, así la sentencia. 23/1984 de 20 de febrero en cuyo texto se puede apreciar como el Tribunal Constitucional partiendo del pluralismo de la libertad asociativa y de la existencia de entes sociales, se alude a otros entes de base asociativa representativos de intereses profesionales cuyas funciones se dirigen, en parte, a la consecución del interés particular de sus miembros al propio tiempo que están investidos por el legislador de prerrogativas del poder publico.

Dicho lo anterior hay que concluir que existe un reconocimiento constitucional de los colegios y su verdadero sentido institucional esta estrechamente ligado a la tutela de derechos publico implicados en el ejercicio de profesiones tituladas, es decir, el Colegio profesional cumple con una importante función social como es servir de garantía frente a la sociedad en el correcto ejercicio profesional, y que en el mismo se ven comprometidos valores y derechos fundamentales de los ciudadanos, presentando así un perfil publico-social, al quedar orientados los colegios hacia metas o fines de interés colectivo.
Con estos antecedentes habrá que entender que la creación, modificación, segregación o disolución de un Colegio Profesional no es fruto solo de la voluntad de quienes lo propone, sino que una norma de rango de ley será la encargada de sancionar cualquiera de aquellos pasos en torno a los colegios profesionales. Quiero decir que no solo es posible que determinados grupos pretenda la creación de un nuevo colegio profesional sino que precisamente el interés públicos que se le reconoce a estos entes y su función institucional, precisan de una tutela publica de la Administración a través de leyes de un alto contenido de interés publico.
En este sentido la jurisprudencia constitucional ha reconocido que existe un especial vinculo de conexión que permite al estado regular los colegios profesionales, al menos en sus aspecto básicos, entre los que se encuentra precisamente la creación o segregación de los mismos.
Desde el punto de vista autonómico, y me referiré en especial a la normativa de mi Comunidad, pero que es extrapolable en gran parte al resto de las Autonomías, las competencias de nuestra comunidad, contemplada desde el art. 13.24 del estatuto de Autonomía de Andalucía, puede considerarse como competencia exclusiva de esta materia reconocida a nuestra comunidad. Esto le permite regular a estas Corporaciones en su territorio sin mas limite que el resto de los principios contenidos en el art. 36 de la Constitución.
Es por ello que hay que tener muy en cuenta a la valorar esta iniciativa lo que dispone, no solo la Constitución Española, sino también la Ley 2/74 de colegios Profesionales con las modificaciones contenidas en la Ley 7,/97 de 14 de abril sobre medidas liberalizadoras en materia de suelo y de Colegios Profesionales así como el Real Decreto 6/2000, sobre medidas urgentes de identificación de la competencia de mercado de bienes y servicios que introdujo algunas modificaciones a la ley 2/74.
Expreso lo anterior porque aunque las competencias son exclusivas para la comunidad autónoma en materia de colegios profesionales, no pueden ir en contra de la Ley básicas del estado, entre las que se encuentran la ley 21/74, la norma que regula la obligatoriedad de la colegiación, que se considera norma básica del estado.
Hecha esta salvedad, en materia de creación de colegios profesionales, habrá que estar a lo dispuesto en la Ley de Colegio Profesionales de Andalucía, 10/2003 de 6 de noviembre que vamos a analizar.
En el Titulo III de dicha Ley se regula la creación de los Colegios Profesionales, recogiendo los criterios de la jurisprudencia constitucional que erige al interés publico, el fundamento y principio ineludible en el momento fundacional junto a la titulación académica oficial; igual suerte corre las posibles modificaciones territoriales, lo fines, funciones, así como una posible segregación dentro de un colegio ya preexistente.
El art. 10 de la Ley 10/2003 establece que la creación de un nuevo colegio profesional se ha de acordar por Ley del Parlamento de Andalucía, que avalan los anteriores razonamiento que hicimos en torno al interés público y al carácter institucional de estos entes.
En el Titulo III art. 10 dice que no podrán crearse nuevos colegios profesionales respecto de aquellas profesiones cuya actitud para el ejercicio no venga acreditada por un título académico oficial.
A este respecto hay que pensar que el médico de Atención Primaria no es por si mismo portador de un titulo académico distinto de cualquier otro que desarrolle su profesión medica en ámbito diferente. Al mismo tiempo la especialidad no puede confundirse con la titulación académica oficial, de tal suerte que el titulo académico oficial reconocido es el de Licenciado en Medicina y la Especialidad puede ser Médico de familia Urólogo, etc, faltaría pues para el propósito que se persigue estar en posesión de título oficial distinto del que se ha obtenido, es decir que ni la especialidad ni el ámbito profesional donde se desarrolla puede asimilarse a titulo académico oficial.
Pero es que además, por si esto fuera poco, en el art. 11.2 de la citada Ley Autonómica, se dice que «No podrá crearse más de un colegio profesional de idéntica profesión dentro del mismo ámbito territorial».
Al mismo tiempo el art. 14 se refiere a la segregación de un colegio para constituir otro y dice lo siguiente:
«La segregación de un colegio con objeto de constituir otro para cuyo ingreso se exija titulación diferente, se aprobara por Ley del Parlamento de Andalucía, requiriéndose idénticos requisitos que para la creación».
Es decir volvemos de nuevo a la cuestión nuclear, y es que no es posible constituir ningún Colegio Profesional por segregación desde otro si no se exige titulación académica diferente de la del colegio de origen.

2º.- Después del estudio jurídico mi posicionamiento referente a la conveniencia o no de segregar de los Colegio de Médicos Provinciales, autonómicos y nacionales unos específicos de atención primaria, es un NO rotundo basándome principalmente en la poca operatividad ya que disminuiría el peso especifico que los colegios profesionales tienen en la sociedad y sus relaciones con la Administración al sectorizar los intereses profesionales de los médicos restando eficacia y potencialidad. Atomizar los Colegios de Médicos por especialidades nos restaría fuerza y credibilidad, ya que las funciones colegiales que nos reconoce el Tribunal Constitucional difieren mucho de las sindicales o de las que tienen las propia Sociedades Científica. Intereses profesionales que defienden los colegios teniendo en cuenta su interés público, como son el derecho de los ciudadanos a una asistencia correcta, control Deontológico, control disciplinario, ordenación profesional, lucha contra el intrusismo, etc. Esta actuaciones se abordaran mejor desde un todo que desde pequeños Reinos de Taifas que romperían la unidad de acción.
La tendencia actual es unir, es decir, potenciar la mesa de la profesión médica como foro de debate y negociación en todo lo que nos afecta a los médicos e integrada por Colegios , Sindicatos, Sociedades Científicas, Facultades y Academias de Medicina.

J. Fumadó Queral y J. Fernández Torrente

En el momento actual los médicos de AP estamos representados por tres tipos de organizaciones: las Sociedades Científicas (SEMFYC, SEMG, SEMERGEN y las de Pediatría, AEPAP y SEPEAP), los Sindicatos (siendo el CEMS el Sindicato mayoritario) y los Colegios de Médicos con su Consejo General.
Hay bastantes objetivos de las tres organizaciones que se solapan teniendo el Consejo General de Colegios de Médicos además de órgano de agrupa, coordina y representa a todos los Colegios Oficiales de Médicos a nivel estatal, la representación exclusiva, ordenación y defensa de la profesión en el ámbito de todo Estado y ante las organizaciones médicas y sanitarias internacionales; también establece la normas de ética y de la deontología médica además de velar por la homologación y la equidad del ejercicio de la profesión entre otros aspectos.
Existen muchos más aspectos de acercamiento que de distancia entre las Sociedades Científicas y los Colegios de Médicos. Sin embargo es una realidad que ha existido y existe una ausencia de sentimiento de pertinencia y representación de los médicos de atención primaria en las instituciones colegiales, profesionales, cuestión de la que tampoco quedan exentos los Sindicatos y las Sociedades Científicas.
También es una realidad que la diversidad de la primaria se ha mostrado incompatible con el establecimiento de alianzas y compromisos entre las Sociedades Científicas en beneficio de una Atención Primaria potente, como también es un hecho que la Plataforma 10 minutos ha aglutinado a todos los profesionales de AP. ¿Porqué?
¿Porqué las Sociedades no nos hemos aglutinado en torno a los Colegios de Médicos y la OMC, para desarrollar un papel más activo dado que las herramientas existen? Ha faltado la PARTICIPACIÓN y COMPROMISO.
Las organizaciones de los médicos y los médicos serán y seremos lo que los médicos quieran que sean y queramos ser.
La representación colegial de los médicos de AP en nuestro entorno europeo, es similar a la nuestra salvo en Inglaterra que disponen en la BMA de autonomía para negociar con el gobierno en nombre de todos los médicos generalistas que trabajan en el SNS. A pesar de ello tienen que importar médicos del exterior y el sistema inglés no es la excelencia de modelo.
Los nuevos estatutos de la OMC publicados en el BOE núm. 144 del 17/06/2006, RD 757/2006, marca un antes y un después de la organización médica.
Con estos nuevos estatutos formaran parte de la Asamblea también representantes de la Universidad, de las Sociedades Científicas y otras entidades médicas, con voz pero sin voto que la propia Asamblea acuerde incorporar (ej. Plataforma 10 minutos).

Es un paso importante para el reforzamiento de la AP en la OMC.
Crear un Colegio Español de Médicos de AP, sería una nueva estructura de representación (más estructura, más burocracia, más gastos, etc.) quizás también pérdida de energías ante la Administración como OMC.
Si, consideramos muy importante la unificación de las Sociedades Científicas de Primaria y trabajar por la AP desde la actual OMC con los nuevos estatutos que nos permiten participar activamente. Solo hace falta participación activa para que los Médicos de Primaria ocupen los actuales Colegios de Médicos.

J.A. Otero Rodríguez

Los médicos estamos acostumbrados a manejar situaciones complejas con gran número de variables en nuestra consulta diaria, nuestras decisiones siempre van precedidas de un análisis de todos los factores que creemos pueden influir en el motivo por el cual una persona acude a nosotros. Pero tendemos a ser maximalistas cuando enfocamos asuntos profesionales no estrictamente clínicos, tanto en el ámbito del Equipo de Atención Primaria como en cuestiones de otro nivel cercano a lo que podríamos denominar política sanitaria. Puede ser por esto por lo que cuando se nos solicita opinión sobre estos asuntos tendamos al todo o nada, si o no, sin hacer un mínimo análisis de lo que se nos plantea.
Para qué y por qué son las primeras preguntas a responder para un correcto enfoque de lo que se trata de analizar de cuyas contestaciones surgirán nuevas preguntas y consideraciones que nos ayudan a sustentar nuestra posición definitiva.
¿Para qué un Colegio de Médicos de Atención Primaria? Y digo una respuesta también con interrogantes, ¿para defender nuestros intereses?.
¿Por qué? Podría ser porque consideramos que no están suficientemente bien defendidos, o porque en países de nuestro entorno existe algo parecido.
Y ¿Cuáles son nuestros intereses? Los míos, los de mis amigos, los del grupo con el que me identifico o me siento cómodo, los de la profesión médica, los del Sistema Nacional de Salud, los de los ciudadanos...
La Reforma de la Atención Primaria en España desde el Real Decreto 137/84 y posteriormente la Ley General de Sanidad aportaron un cambio sustancial en el panorama sanitario, fantásticas virtudes en los planteamientos teóricos y algunos inconvenientes en su desarrollo. Sin duda tienen más peso las bondades pero son los inconvenientes los que parecen ser la fuente de la que mana la insatisfacción que embarga a muchos médicos que ejercen en Atención Primaria.
Los médicos españoles tenemos organismos que nos representan contemplados y regulados por leyes y normativas de suficiente rango. Sin que el orden signifique conferirles importancia citamos:

- Colegios provinciales de Médicos, muchos de ellos presididos por médicos de Atención Primaria.
- Organización Médica Colegial.
- Comisión Nacional de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria
- Sociedades Científicas
- Sindicatos profesionales y de clase.

Todos ellos tienen funciones y objetivos que considero complementarios, aunque alguna vez han demostrado ser divergentes.
Es en este momento cuando el lector ya ha pensado en varios ejemplos de porqué no funcionan a nuestro gusto todos o algunos de los organismos que nos representan cuando plateo la siguiente pregunta para finalizar este resumen:
¿Cuáles de los vicios, errores o inconvenientes que achacamos a Colegios provinciales, OMC, sociedades o sindicatos no van a cometer las personas que fueran a dirigir un Colegio de Médicos de Atención Primaria?

L. Aguilera García

Vivimos en un país en el que la Medicina se encuentra entre las profesiones mejor consideradas por la población y los médicos españoles son bien valorados en los países de nuestro entorno. Sin embargo, el grado de satisfacción entre los profesionales es cada día menor, especialmente entre los médicos de familia.

Plantear una pregunta sobre la conveniencia o no de crear un Colegio Español de Médicos de Atención Primaria se debe a que los médicos que trabajamos en este ámbito asistencial, de manera extendida, no nos sentimos identificados ni representados por los Colegios de Médicos tal y como están organizados en la actualidad. Algo similar ocurre con los Sindicatos, al no existir ninguno específico, que defienda intereses específicos, sino compartidos y a veces contrapuestos.
El tercer órgano que nos puede representar son las Sociedades Científicas, de las que tenemos cinco en el momento actual (tres de medicina de familia y dos de pediatría). Dado que su campo de actuación viene condicionado por su naturaleza jurídica, se echa en falta el papel de verdadera representación que deberían asumir las Organizaciones colegiales y las sindicales.
La situación actual de los Colegios Médicos es desigual en toda España, existiendo Comunidades Autónomas, como es el caso de Andalucía, en la que la colegiación no es necesaria para ejercer la profesión (salvo en la actividad privada).
En general, los médicos que desarrollamos nuestra actividad profesional en el ámbito de la Atención Primaria sentimos los Colegios Médicos como instituciones muy alejadas de nuestra realidad y sentir profesional, con las que difícilmente podemos identificarnos, que no han sabido adaptarse a los cambios que ha experimentado la profesión.
Recientemente se han puesto en marcha tímidos intentos de mejora, como los nuevos estatutos de la OMC de 2006, pero nos surgen dudas acerca de su influencia y eficacia sobre los Colegios Médicos de las diferentes CCAA.
Cuándo hablamos de un Colegio Médico de Atención Primaria, ¿lo hacemos para crear un nuevo colegio profesional o con el ánimo de mejorar los Colegios Médicos actuales dando el protagonismo en dicha institución a los médicos de familia?
Porque, en el primer caso, vamos a encontrarnos con una serie de impedimentos legales, tanto para la creación de un nuevo colegio como para la segregación de parte del actual. En el segundo caso, hablamos de generar una potencial división de la entidad con el riesgo de pérdida de representatividad que supondría esa fragmentación.
En el ámbito internacional, no existe uniformidad tanto en lo relativo al concepto como a los roles de los equivalentes Colegios de Médicos. Mención especial merece el modelo británico, extendido también a Canadá, Australia y Nueva Zelanda, donde los *Royal Colleges*, como equivalente a las Sociedades Científicas españolas, tienen un papel fundamental en el diseño de la formación, tanto pregrado como postgrado de cada especialidad, además de ostentar la función de acreditación y reacreditación para ejercer las distintas especialidades. Son entidades reconocidas por el Parlamento Británico, que les delega dichas funciones.
En Suecia, los Colegios quedan representados por la Asociación Médica Sueca, de afiliación voluntaria y que adquiere un papel sindical, defendiendo los derechos de los médicos y, por otro lado, representando a la totalidad de la profesión médica. Tanto en Suecia como en Dinamarca, según estudios publicados por la UEMO, los médicos desearían unos colegios más orientados a cada especialidad, hecho que sí sucede en el Reino Unido, siendo éste uno de los pilares de la especialidad en el Reino Unido y el directo vigilante del reconocimiento tanto social como institucional de los *General Practitioners*.
Es en Estados Unidos donde la Asociación de Médicos Americanos (AMA) delega en las secciones de especialidades (*AAFP: American Association of Family Practitioners*, en el caso de Medicina de Familia) todas las funciones de acreditación y reacreditación de cada especialidad; y son las Universidades las que priorizan y establecen los programas de la especialidad.
Como conclusión, es en aquellos los países en los que la especialidad de Medicina de Familia tiene más peso en el sistema sanitario, donde las sociedades científicas, asociaciones de médicos de familia o colegios de especialistas adquieren mayor autonomía y no están bajo el paraguas de toda la profesión médica.
La pregunta que podemos hacernos es si merece la pena modificar el modelo de Colegios de Médicos, dirigido hacia los colegios por especialidades, como ocurre en el Reino Unido, Canadá, Australia y Nueva Zelanda. De esa forma se daría mayor protagonismo a las Sociedades Científicas, que, en el momento actual en nuestro país, son estructuras más modernas, mejor adaptadas a los cambios sociales y profesionales y que el médico de familia siente como más próximas.
El Real Colegio de Médicos de Familia británico es una institución que goza de alto prestigio no sólo en el Reino Unido, sino también fuera de

sus fronteras. Es una organización a la que los médicos de familia ingleses se sienten orgullosos de pertenecer. Trabaja para apoyar a los médicos en su práctica clínica, mejorando la atención a los pacientes. Representa a los médicos ante el gobierno y sus agencias, mantienen al día a sus miembros de los avances de interés para la Atención Primaria a través de sus publicaciones y las aportaciones de sus grupos de trabajo e investigación; proporciona posibilidad de contacto con otros profesionales y trabajo en redes, actúa como foro de discusión de temas relevantes en la Atención Primaria, desarrolla políticas y guías de práctica clínica para la práctica de la medicina de familia, establece estándares de calidad para la atención a los pacientes; son responsables de la formación médica continuada; buscan fondos económicos para numeroso proyectos, publican actualizaciones e innovaciones en medicina general y de forma global mantiene un principio de autoridad sobre todos los médicos que trabajan en este ámbito.
Si cuando hablamos de la conveniencia de un Colegio Español de Médicos de Atención Primaria estamos pensando en algo parecido al *RCGP* británico, quizá todos los esfuerzos serán pocos, a pesar de las trabas legales y burocráticas que podamos encontrarnos y conscientes de que tenemos modelos muy distintos en ambos países. Merecerá la pena si al final podemos ponernos en nuestras tarjetas de visita, como hacen ellos, que somos miembros de dicho organismo.
Si se trata de mantener los Colegios que tenemos en la actualidad, aunque sea potenciando la presencia de la atención primaria en sus organigramas, o crear alguna asociación que funcione de modo similar a los actuales Colegios de Médicos alejados del sentir profesional, terminaremos afirmando con *Groucho* que nunca perteneceríamos a una sociedad que estuviera dispuesta a admitirnos como socios.

J. Ruiz-Canela Cáceres y J. Soriano Faura

La Organización Médica Colegial (OMC), se fundó en el 27 de enero de 1930, hace 76 años. Nuestra impresión como AEPap es que se trata de una institución consolidada con relación al médico e influyente en la sociedad[1].
Para responder a la pregunta, objetivo de la mesa redonda. La AEPap estima lógico en primer lugar, conocer la institución que se pretende sustituir. Tiene una importancia fundamental, sus objetivos y estructura, sobre todo sí el objetivo fuera generar una alternativa denominada «Colegio de Médicos de Primaria».
Las funciones claves de la OMC son:

- El registro profesional de los Médicos y la Ordenación profesional.
- La representación exclusiva y democrática de la profesión médica.
- La defensa de los derechos de los Médicos y de la profesión Médica.
- La vigilancia de la ética y la deontología médicas.
- La formación médica continuada, su acreditación y certificación.

La OMC ha sufrido múltiples cambios a lo largo de su historia, pero ha pervivido. En los nuevos estatutos hay cambios de trascendencia. Se posibilita la presencia en la asamblea de representantes de la universidad y de las sociedades científicas, con voz pero sin voto; limitación de mandato; voto de censura y voto de confianza para los cargos unipersonales; ponderación del voto para los colegios, en función del número de médicos colegiados; votaciones públicas; actualización de la competencia de los médicos colegiados; y la adaptación de la estructura del Consejo a la realidad autonómica del Estado. La Organización Médica Colegial (OMC), debe continuar aunque precise de ajustes que exige el inevitable curso del tiempo.
Sin embargo, en su propia dinámica llama la atención algunas cuestiones relevantes que no han sido reguladas, como son las vocalías.
La OMC dispone de una infraestructura potente para sus vocalias y están repartidas por la totalidad del estado español[1].
Estas vocalías se definen como:

- Representantes de los colectivos profesionales con problemas comunes y agrupan a los Colegiados que tienen una misma modalidad y forma de ejercicio profesional, son los órganos de representación específica de dicho colectivo profesional,
- Elegidos democráticamente por dicho colectivo y que puedan asegurar la voz y el voto de sus médicos de base en los órganos de gobierno de la institución, al nivel de que se trate.

Vocalías ó Secciones Colegiales por tanto tienen como función primordial representar los intereses de sus secciones, estudiar, coordinar y tratar asuntos de su competencia en el ámbito colegial, y además asesorar cuando cualquiera de sus estructuras de gobierno así lo requieran, armonizando los intereses entre los diferentes colectivos profesionales.
Las que se mencionan son: Médicos de Hospital, Medicina Extrahospitalaria, Medicina Rural, Médicos en Desempleo, Médicos Jubilados. La denominación de estos grupos de trabajo no se corresponde con su denominación en el Sistema Nacional de Salud. Finalmente los ámbitos de actividad de algunas vocalias son coincidentes.
Estas vocalías son en nuestra opinión la parte más susceptible de mejora. Se ha perdido la oportunidad de representar en el máximo órgano OMC a la atención primaria, parafraseando a un Vicepresidente de la propia OMC, «donde la Atención Primaria tenga su espacio al más alto nivel, en función de la importancia que tiene en nuestro país»[2].
En conclusión la organización científica que represento en esta mesa considera que tenemos problemas muy serios en atención primaria y anima a sus afiliados a participar en la casa común que es la OMC, de igual manera que en todas las instituciones. También estima como conclusión final que en este momento parafraseando al recientemente reelegido secretario del consejo que dice: «Si primaria no se siente representada, vertebrada y participada en los colegios, la solución no está en copiar estructuras, sino en intentar cambiar las cosas»[2].
Finalmente la OMC en este mundo de la información tendría que tener una comunicación más efectiva y potente con todos los médicos y la sociedad.

Bibliografía

1. El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos Madrid CGCOM 2004 [fecha acceso 18 de julio de 2006] disponible en: http://www.cgcom.org/cgcom/index.htm .
2. Los presidentes rechazan un colegio específico para atención primaria. Diariomedico.com. 30/06/2006. Atención Primaria. Profesión.

J.L. Bonal Villanueva

En la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención primaria siempre hemos tenido claro, hemos defendido y seguimos dispuestos a seguir apoyando, con todos nuestros medios y en cualquier lugar, que el cuidado de la salud de todos los Españoles sea realizada por el sistema publico y en donde la asistencia a todos los niños y adolescentes sea llevada por el Pediatra.
Sistema que perfectamente es compatible con la existencia, como opción, de una sanidad privada.
En la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención primaria nos preguntamos ¿Qué está pasando?
Vivimos y trabajamos en un país, en donde los índices de salud, mortalidad infantil – promedio de vida, son bastante buenos y nos colocan entre los primeros lugares a nivel mundial, motivo por el cual, como ciudadanos y más como médicos nos sentimos orgullosos.
Estamos en un país en donde la profesión más valorada y recomendada entre sus ciudadanos es la profesión de médico. Tenemos que sentirnos orgullosos.
El nivel de calificación profesional de su personal sanitario no solo se aprecia en España, si no también es su entorno, con mayor poder económico.
En cambio el grado de satisfacción del médico de atención primaria cada día desciende y llega al nivel de frustración.
Las sociedades científicas cada día dedican mas tiempo y recursos a las reivindicaciones profesionales, bajando la guardia para lo que es su función principal, es aspecto científico, formación continuada, actualizaciones.

¿Por qué es nivel de frustración?

Los problemas son básicamente los mismos dentro de la atención primaria:
La masificación en la asistencia, problema que va mejorando, pero que aún está bastante lejos de conseguir esa meta tan simple como utópica de 10 minutos por paciente.
Explicar que se puede conseguir en 10 minutos de atención a un paciente parece fuera de lugar y a su vez resulta bastante difícil ya que la Plata-

forma 10 minutos, a la que apoyamos, lleva luchando por esta meta, entre otras, bastante tiempo y aun no lo ha logrado.
El medico dedica gran cantidad de su tiempo a la burocracia.
Tiene dudas razonables sobre la privacidad de la historia clínica, ya que los sistemas y programas informáticos que se están aplicando no consiguen unos resultados los suficientemente satisfactorios.
La formación que recibe por parte del sistema publico, así como el tiempo que le puede de dedicar ¿cómo lo catalogaríamos?
Las condiciones laborales, carrera profesional, salarios, varían mucho entre regiones y mas con los países de nuestro entorno.
No se comprende como los sindicatos prestan, al menos aparentemente, tan poca atención, en los problemas que son los únicos que tienen posibilidad de negociar.
¿Hablamos de la precariedad de muchos compañeros?
¿Hablamos de agresiones?
En el aspecto pediátrico, la situación descrita, hace que cada día mas, profesionales recién terminados decidan marcharse a trabajar a países en donde sus condiciones son, con gran diferencia, mejores.
Si añadimos una mala planificación en cuanto a la formación de especialistas, nos encontramos con una falta de Pediatras que empieza a ser importante y preocupante, en algunas comunidades.
Aunque existen unas directrices sobre el calendario vacunal Español, por parte del Ministerio de Sanidad, cada comunidad autónoma tiene el suyo ¿es tan difícil ponerse de acuerdo?
En el 2006 las dos sociedades pediátricas de atención primaria, AEPap y SEPEAP, tuvimos la oportunidad de exponer nuestras peticiones ante el Ministerio de Sanidad, a la vez que mostrar nuestra disposición a colaborar con total entrega por la mejora del sistema sanitario público.
Pensamos que la problemática de la Atención Primaria es bastante parecida, en los aspectos profesionales, y mostramos nuestra disposición al dialogo y apoyo a cuantas medidas se tomen encaminadas a la mejora del ejercicio de la profesión.
Ante la problemática expuesta ¿qué medidas se toman?
La creación de un Colegio Medico de Atención Primaria es una propuesta que se plantea como marco de encuentro y con poder representativo de la atención primaria.
Sin ser expertos en los temas legales y con el gran riesgo de equivocarnos, vemos que:
Según la Ley 2/1974, de 13 de febrero que regula los colegios profesionales (BOE núm.40 de 15-02-74) en su artículo 4, apartado 3 dice: Dentro del ámbito territorial que venga señalado a cada colegio no podrá constituirse otro de la misma profesión.
A nuestro entender eso complicaría enormemente la posibilidad de la creación de un colegio de atención primaria, ya que se trataría de una especialización dentro de la misma profesión.
Es más, cada comunidad autónoma tiene competencias en los colegios profesionales médicos.
La Comunidad Andaluza, con la Ley 10/2003, de 6 de noviembre BOE núm. 301, de 17-12-2003) (BOJA núm.227, de 25-11-2003) se define en la exposición de motivos Título II:
El articulo 13.24 del Estatuto de Autonomía para Andalucía atribuye a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva en materia de «Colegios Profesionales y ejercicio de las profesiones tituladas, sin perjuicio de lo expuesto en los artículos 36 y 139 de la Constitución»...
En el Título I, artículo 4 dice: Profesionales al servicio de la Administración. El requisito de la colegiación establecido en el artículo 3.3 de esta Ley no se exigirá al personal funcionario, estatutario o laboral, al servicio de las Administraciones Publicas de Andalucía, para el ejercicio de sus funciones o para la realización de actividades propias de su profesión o por cuenta de aquellas. En todo caso, será necesaria la colegiación para el ejercicio privado de la profesión.
Sirva esto como ejemplo por no entrar en la legislación de cada Comunidad Autónoma, anteriores a la andaluza.
El proceso sería, costoso, laborioso sino imposible. Eso sin contar con la oposición de los Colegios médicos actuales.
Si lo que se trata es de crear, dentro de la estructura de los Colegios Médicos actuales una sección llamada atención Primaria, no creemos que hubiera mucha resistencia e impedimentos legales. La pregunta sería ¿realmente tendría alguna utilidad?
Aun con el riesgo de que se nos tache como derrotistas creemos que ese no será el camino, aunque como dijimos con anterioridad estamos dispuestos a apoyar cualquier medida que fortalezca la Atención Primaria en España.

R. De Pablo González

La Atención Primaria tiene unas características muy propias de la asistencia, de perspectiva de la salud y de la enfermedad y de cómo organizar los servicios totalmente diferente del Hospital. Aunque la medicina hospitalaria y la atención primaria tienen unos intereses comunes, su actuación es diametralmente opuesta. Son como dos guantes de manos, aparentemente iguales pero no superponibles. Su valor es el mismo y sus referencias éticas las mismas pero constituyen visiones, actuaciones e, incluso, finalidades complementarias a las que no se puede aplicar las mismas estrategias, pues lo que vale en organización y evaluación para el hospital puede no servir para la primaria, y viceversa.
Generalmente la actividad hospitalaria suele estar bien definida y recortada, pero la actividad de la Atención Primaria está en constantes vaivenes de definición de funciones, de responsabilidades y de sentido. La Atención Primaria está constantemente en la encrucijada de definir su papel, poniendo diques para que su terreno no sea absorbido por el mar de la especialización. A pesar del valor teórico que se da a la Atención Primaria y de las declaraciones públicas de los políticos alabando su papel, la realidad tozuda nos dice que la tendencia es a la descapitalización progresiva en recursos y en personal con respecto al hospital, lo que no sería malo si esta tendencia fuera beneficiosa para la salud de los ciudadanos y la viabilidad del sistema sanitario público, uno de los mejores mecanismos de cohesión social. Pero muchos expertos internacionales nos alertan de la necesidad de disponer de una potente Atención Primaria para la viabilidad, eficiencia y equidad del sistema sanitario. La visión cortopalcista e hipócrita de nuestra politizada gestión sanitaria y los medios de comunicación resaltan mucho más los avances tecnológicos hospitalarios que la labor del día a día, aparentemente poco brillante de la Atención Primaria. Esta «fascinación tecnológica», según el último Informe SESPAS, influye notablemente en la oferta de servicios hospitalarios y, en todo caso, refleja un sistema sanitario más focalizado en la tecnología que en las necesidades de los pacientes.
Estos expertos internacionales abogan por un equilibrio entre la Atención Primaria y el hospital, pero en España los médicos en activo de Atención Primaria sólo representamos el 35% del total, inferior al 50% recomendado por los expertos. A pesar de ello, el crecimiento de recursos humanos en el hospital en los últimos años es muy superior al acaecido en Atención Primaria. También, durante los últimos años, el gasto *per cápita* hospitalario público promedio de las Comunidades Autónomas ha crecido más que el de primaria. Además, la participación de la atención primaria en el gasto sanitario público se ha reducido el doble que lo que se reduce la participación hospitalaria. ¿Hacia dónde vamos? ¿Cuál es nuestro futuro?
Los dos grandes organizaciones de representación conjunta de médicos, los colegios y los sindicatos médicos son claramente controlados por médicos hospitalarios, quedando los médicos de Atención Primaria en un segundo nivel jerárquico, ¿cuándo hemos tenido un presidente de la Organización Médica Colegial procedente de primaria? ¿cuándo el presidente nacional de los sindicatos médicos ha sido un médico de primaria?. Es cierto que cada vez hay mas presidentes de colegios provinciales que son médicos de primaria, pero suelen ser de ciudades de segundo orden, ya que las ciudades principales y, por tanto, las de mayor influencia son presididas en su mayoría por médicos de hospital.
Actualmente, los médicos de atención primaria estamos aglutinados en los aspectos científicos, y la casi totalidad de los médicos de primaria pertenece a una de las cinco sociedades científicas existentes en nuestro país. No es malo e incluso es deseable que existan diferentes perspectivas de ver los aspectos científicos pues la diversidad enriquece, siempre que haya un respeto y sobre todo una colaboración mutua. Afortunadamente se empieza a comprender que es vital para la buena evolución de la Atención Primaria, la necesidad de una colaboración respetuosa de todas la sociedades científicas de médicos de primaria, como lo demuestra el histórico consenso conseguido con el documento «El Compromiso de Buitrago» presentado públicamente el 22 de abril de 2005.
Pero si bien parece que en los aspectos científicos los médicos de atención primaria vamos por el buen camino, otros aspectos que conforman el cuerpo de la medicina de atención primaria, como son los sindicales y los colegiales están abandonados y subordinados al hospital y a otros colectivos.
Somos un gran colectivo de 30 o 40.000 médicos de primaria; tenemos la confianza de los ciudadanos y podemos ser los «directores de orquesta» del sistema sanitario. Toda una fuerza que no aprovechamos y que nos

dejamos arrebatar. No sólo podemos tener el control de nuestro destino como colectivo, sino que podemos tener el control del sistema sanitario, pues de nosotros depende en gran medida la buena marcha de éste y de su viabilidad.
Pero nuestra realidad sindical como colectivo no es que no sea buena, es que no existe. Nuestros intereses están diluidos en los sindicatos existentes, que defienden los intereses de muchos colectivos con frecuencia en conflicto con los nuestros. La gran mayoría de los sindicatos médicos existentes actualmente son gobernados y defienden fundamentalmente intereses hospitalarios y de médicos especialistas que ejercen en la medicina privada. Los intereses de los médicos de primaria quedan pues muy frecuentemente relegados a un segundo plano e incluso constituyen, a menudo, moneda de cambio de otros intereses ajenos a los nuestros.
La Medicina de Atención Primaria tiene unos valores profesionales, una idiosincrasia propia que hay que defender y desarrollar y actualmente estos aspectos están defendidos sólo parcialmente por las Sociedades Científicas que como es lógico se centran más en los aspectos científicos y formativos. La medicina de Atención Primaria no sólo tiene que defender su papel ante la medicina hospitalaria, sino que también tiene que hacer frente común antes otros colectivos profesionales (farmacéuticos, enfermería, etc) que reclaman campos que son propios de los médicos de primaria.
No es para nada descabellado pensar en la creación de un Colegio de Médicos de Atención Primaria, que aglutine a todo el colectivo, que medie en los conflictos entre las Sociedades Científicas, entre conflictos entre sindicatos médicos, que cree un ambiente aglutinador y de respeto mutuo, que desarrolle un cuerpo de valores profesionales que genere sensación de pertenencia y de orgullo de grupo, que sea una institución de gran prestigio profesional y social, con alta capacidad de influencia y negociación entre colectivos y administraciones.
Un Colegio que propicie la coordinación de los aspectos científicos, sindicales y valores profesionales, sin entrar en competencia ni con Sociedades Científicas ni sindicatos médicos de primaria, muy al contrario favoreciendo su actuación en mutua colaboración, dentro de la casa de todos.
Es evidente que el simple planteamiento de la creación de un Colegio de Médicos de Atención Primaria va a producir importantes recelos propios y ajenos y que hay muchos aspectos que madurar y cubrir antes de su puesta en marcha. Pero también es cierto que este planteamiento que nos hace estar hoy aquí indica que existe una cierta conciencia profesional colectiva que necesita ser reanimada y recuperada. Una conciencia profesional colectiva que necesita un cuerpo común, casa de todos, que la sostenga, la refuerce, la potencie y permita la acción. Un Colegio que nos haga fuertes y consistentes en nuestros planteamientos, que potencie eficazmente los valores de nuestro nivel asistencial y los intereses profesionales de nuestro colectivo que no pueden ser otros que los de la atención primaria, proporcionándonos, además, mayor autoestima, cohesión y orgullo de pertenencia.
La existencia de una mesa como esta que se plantea en el congreso de semFYC, que reúne a todas la Sociedades Científicas y grupos representativos de nuestro fragmentado colectivo, indica que existe esta latente necesidad, que evidentemente hay que madurar sin precipitaciones pero también sin parálisis. Desde hace bastante tiempo los médicos de primaria sentimos la necesidad de la unión en los aspectos científicos y profesionales, que desarrolle, defienda y potencie nuestros valores e identidad colectivos. Algo que nos haga sentir que pertenecemos a un colectivo con prestigio social por lo que hace y cómo lo hace y esa institución bien podría ser *el ilustre colegio español de médicos de atención primaria.*

La acupuntura, ¿al margen de la medicina convencional o integrada en la Atención Primaria?

Moderador:
J.A. Guerra de Hoyos
Médico de Atención Primaria. Distrito de Atención Primaria Sevilla.

Ponentes:
M. de la Flor Benítez
Médico de Atención Primaria, Centro de Salud de Lora del Río. Sevilla.

M.C. Andrés Martín
Médico de Atención Primaria. Acupuntora. Grupo de Investigación CTS 505 PAI (Plan Andaluz de Investigación). Sevilla.

M. Vigara Díaz
Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Cerro del Águila. Sevilla.

Conceptos, efectos, indicaciones y puntos de vista occidental y oriental sobre la acupuntura

M. de la Flor Benítez

Historia

La Medicina Tradicional China (MTC) se origina hace varios milenios, en un amplio territorio con diversas topografías, climas y condiciones de vida. Se cree que los precursores de la acupuntura (AC) se sitúan en el valle del río Huanghe (Amarillo) y los de la terapia con hierbas y drogas en el valle del río Yangtze. Desde orígenes separados, ambas fueron combinándose hasta llegar a la MTC actual. Hay constancia de ambas en la literatura, así el *Canon de Medicina Interna (Nei Jing)* recoge conocimientos antiguos de la AC y el *Tratado de las Enfermedades Febriles causadas por el Frío (Shang Han Lun)* representa a la terapia medicinal[1].
La AC se propaga a Japón y Corea en el siglo sexto. En la dinastía Ming, muchos estudiantes japoneses aprendieron MTC en China. Actualmente la AC tiene un componente importante de la medicina tradicional de Corea y Japón. La AC se extendió al Sudeste asiático e India a través de relaciones culturales y rutas de intercambio. Se introdujo en Europa en el siglo XVII por misioneros jesuitas que viajaron a China, aprendieron las técnicas y regresaron. Sólo a finales del siglo XIX se dispuso de datos y traducciones de textos precisos que posibilitaran realizar tratamientos con éxito[1].
En 1970 la AC es reconocida por la OMS[2]. La Federación Mundial de Sociedades de Acupuntura-Moxibustión celebró en Beijing (1987) la *Primera Conferencia de Acupuntura y Moxibustión*, en la que se anunciaba la aceptación internacional del uso de la AC. Hoy día, más de 60 países, incluyendo Estados Unidos, Japón, Francia, Alemania y países del Este de Europa, tienen organizaciones para su investigación y aplicación[3]. En 1997 el National Institute of Health desarrolló un Panel de consenso que suministra recomendaciones de uso e investigación[4]. En este sentido se pronunció la OMS y lo están haciendo la mayoría de los países occidentales[2-4].

Fundamentos de la MTC[1,4]

Los contenidos generales y principios fundamentales son:

- Bases del pensamiento filosófico: teoría Yin Yang y teoría de los 5 elementos.
- Bases estructurales y funcionales: concepto de los órganos (Zang-Fu), meridianos y colaterales, sangre (Qi- Xue) y fluidos corporales (Jin, Ye).
- Bases de la patología: teoría de los 6 factores patógenos exógenos, las siete emociones y la patogénesis.
- Bases del diagnóstico: 4 métodos de examen físico, diagnóstico y tratamiento basados en diferenciación de signos y síntomas.
- Bases de la terapéutica: los principios generales de acupuntura.

Concepto de enfermedad para la MTC[1]

La enfermeda es expresión de un desequilibrio (disarmonía del Orden Universal) de origen exógeno-macrocósmico, o endógeno-microcósmico. La Salud sería un equilibrio o armonía *Yin-Yang y* su pérdida se relacionaría con pérdida de resistencia corporal (disminución del *Qi* correcto o fisiológico «*Zhengqi*»*)* o con la influencia de un *Qi* patógeno sobre el organismo «*Xieqi*». El patógeno puede ser externo o interno. Los externos son fundamentalmente factores climáticos y ambientales. Los internos son manifestación de desequilibrios de órganos y vísceras «*Zangfu*» y de su repercusión sobre la fisiología orgánica. La aparición y progresión de la enfermedad refleja la lucha *Zhengqi - Xieqi*..

Zhengqi hace referencia al funcionalismo y capacidad defensiva del cuerpo humano si está en plenitud será muy difícil que un patógeno dañe al organismo. Es determinado por: la constitución física (relacionada con la herencia), el estado mental, el medio ambiente y los hábitos de vida, la alimentación y el mantenimiento físico del cuerpo. La MTC le da máxima importancia, sin embargo en casos, como las epidemias, el *Xieqi* se convierte en el elemento principal.

Concepto y definición de acupuntura

La AC es una técnica compleja, basa sus orígenes en la MTC, utilizada desde hace más de 2.500 años en China[5]. Comprende una amplia gama de procedimientos que implican penetración de zonas anatómicas superficiales y especificas de la piel (puntos de AC), por agujas delgadas, sólidas, y metálicas, de 1-10 cm y hechas de oro, plata, cobre, acero o de una combinación de metales. Deben insertarse a no más de 8 cm de profundidad[6], se estimulan manualmente o por eléctricidad. Otras técnicas de estimulación de las diferentes áreas son presión, calor (moxibustión) y el láser.

Su teoría general AC se basa en la existencia de patrones de flujo de energía (Qi) en todo el cuerpo, esenciales para el estado de salud. Las interrupciones de estos fluios causarían la aparición de enfermedades. Se busca corregir el desequilibrio insertando agujas para estimular puntos de la piel situados a lo largo de los meridianos (canales por los cuales circula el Qi)[7]. El paciente siente en la zona de inserción entumecimiento, electricidad, cosquilleo u hormigueo, calor o «plenitud» (*de Qi*)[8]. La persona que aplica la AC nota tensión o pesadez en la aguja[9]. Sensaciones que indican que la energía Qi se ha movilizado, pero actualmente hay controversias entre los que practican la AC sobre si es necesario provocar esta sensación para que el tratamiento sea efectivo[8] .

Aunque AC occidental y tradicional se solapan considerablemente[5], existen muchos estilos, cada uno con características propias, como el tratamiento meridiano japonés, la AC energética francesa, la AC coreana constitucional o la AC Lemington del quinto elemento. Se supone que la AC produce un efecto analgésico con varias hipótesis sobre la cadena de eventos que conducen a la analgesia. Algunos autores sugieren que se activan las fibras A-Delta[6], se liberan endorfinas y aumenta el 5-hidroxitriptófano en el cerebro. El acupuntor es libre de elegir los puntos a utilizar existiendo gran variabilidad. Hay técnicas que no utilizan meridianos y pueden utilizarse solas o combinadas con las basadas en los meridianos.

La frecuencia del tratamiento depende del tipo de dolor y de la respuesta, puede oscilar desde una vez al día a una al mes. No es incompatible con la mayoría de los tratamientos para el Dolor Crónico y pueden potenciarse los efectos al combinarla con abordaje psicológico, ejercicio, etc. La inserción es muy poco dolorosa y segura en manos de profesionales con experiencia.

Puntos de vista oriental y occidental sobre la AC

Medicina oriental. El *Qi* es la energía que fluye por el cuerpo en patrones predecibles a través de meridianos, en parte determinado por un balance *yin - yang*. Su interrupción es a veces causa de enfermedad, su manipulación restablece el balance *yin-yang* y el estado de salud. La AC difiere de la medicina alopática en que los órganos se consideran bajo conceptos energéticos, no anatómicos. Diagnóstico y tratamiento se basan en medir y ajustar dicho flujo[10].

Medicina occidental. Las teorías de la MTC son difíciles de conciliar con los conceptos los biomédicos occidentales (anatomía, fisiología). No se conoce correlación circulatoria o neuroanatómica de los meridianos. El mecanismo neuronal de la analgesia de la AC se explica en parte (experimentación animal y clínica) por sensibilidad nerviosa y liberación de endorfinas. La analgesia se inicia por estímulos de los nervios sensitivos musculares, se activan tres centros (médula espinal, cerebro medio, pituitaria) y se liberan sustancias neuroquímicas (endorfinas, serotonina, noerpinefrina) que bloquean las señales del dolor[10].

Indicaciones

La OMS, Betsheda y agencias de evaluación de tecnologías[4], (en particular el informe andaluz), sugieren que pueden beneficiarse de la AC[2,4,11]:

- Migraña.
- Dolor facial, Neuralgias del trigémino, Cervicalgias.
- Dolores musculoesqueléticos.
- Nauseas y vómitos y alteraciones gastrointestinales.
- Asma.
- Estrés.

Efectos adversos

Existe constancia de 4 tipos: infecciones bacterianas/virales, reacciones vegetativas durante el tratamiento, traumatismos en tejidos-órganos y retrasos diagnósticos. La frecuencia es considerablemente menor que en otras intervenciones convencionales y se relacionan con mala praxis, falta de competencia profesional o empleo de materiales no desechables[1].

Técnicas relacionadas[7,8,11,12]

- Moxibustión: Utilización de la hierba *Artemisia vulgaris (*se quema sobre el punto de acupuntura para generar calor local).
- Electroacupuntura: aplica corriente eléctrica (en diferentes frecuencias) a la aguja.
- Acupuntura láser o laserpuntura: un rayo láser estimula los puntos. Otras técnicas consisten en utilizar agujas calientes en los puntos.
- Vacuoterapia, terapia por vacío o ventosas: se produce un vacío sobre los puntos y en algunas situaciones también se genera un sangrado a través de la piel.
- Acupresión. presión con las manos, codos, o varios dispositivos sobre los puntos.
- Auriculoterapia aplicación de agujas en el pabellón auricular.
- Auriculopuntura eléctrica es una variante de la auriculopuntura.
- Estimulación intramuscular: Aplicación de agujas en las áreas sensibles.

Factores importantes para un adecuado tratamiento con AC[13]

- AC en general: Individualizar tratamiento, inducir la sensación (de Qi), selección de puntos según la MTC, uso nomenclatura internacional (OMS) de los puntos de acupuntura, punción con profundidad y duración adecuadas, el número y frecuencia de repeticiones, tipo de estimulación elegida (manual, eléctrica, moxa), el cambio de puntos de una sesión a otra.
- Electroacupuntura: frecuencia, duración, intensidad y tipo de onda usada.

Bibliografía

1. Kaptchuk TJ. Acupuncture: theory, efficacy, and practice. Annals of Internal Medicine. 2002;136:374-83.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: OMS, 2002. WHO/EDM/TRM/2002.1.
3. Fundamentals of acupuncture & moxibustion. Tianjin college of tradittional chinese medicine. 1994.
4. National Institutes of Health Consensus Panel: Acupuncture. Office of Alternative Medicine and Office of Medical Applications of Research. 1997 Nov 3-5; Bethesda, MD.
5. Vickers A, Zollman C. ABC of complementary medicine Acupunture. BMJ. 1999;319:973-6.
6. Leake R, Broderick JE. Treatment efficacy of acupuncture: a review of the research literature. Integrat Medicine. 1999;1:107-15.
7. White AR, Ernst E. A trial method for assessing the adequacy of acupuncture treatments. Alter Therap. 1998;6:66–71.
8. Furlan AD, van Tulder MW, Cherkin DC, Tsukayama H, Lao L, Koes BW, Berman BM. Acupuncture and dry-needling for low back pain. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1. Art. No: CD001351.pub2
9. He L, Zhou D, Wu B, Li N, Zhou MK. Acupuncture for Bell's palsy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. Art. No.:CD002914.pub2.
10. Deirdre P, Schillinger E. Acupuncture: its use in medicine. Best Practice. 1999;171:176-80.
11. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Eficacia y seguridad de la Acupuntura en el Dolor Crónico. Marzo 2005. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA

12. Mayer DJ. Acupuncture: an evidence-based review of the clinical literature. Annu Rev Med. 2000;51:49-63.
13. Rómoli M. Clinical Acupuncture and Oriental Medicine. 2004;4:109-13.

Problemas, soluciones y estado de la investigación en acupuntura

M.C. Andrés Martín

La acupuntura es una intervención que habitualmente se aplica en la práctica clínica de forma individualizada y con alta variabilidad entre los que aplican dicha técnica. Esto junto con aspectos de diseño y realización de los protocolos de investigación, supone una serie de problemas generales y específicos para la investigación en este campo[1,2].

Problemas de investigación[3,4]

Generales:

- Tamaño de muestra insuficiente
- Aleatorización inadecuada
- Medidas de resultados no estandarizadas
- Seguimiento insuficiente
- Descripción insuficiente del protocolo y medidas de control de sesgos

Específicos:

- Definición de: tipo de acupuntura, técnica y cualificación del acupuntor
- Credibilidad del placebo
- Enmascaramiento
- Elección del resultado a medir
- Adaptarse al proceso de diagnóstico - tratamiento oriental
- El rol acupuntor-investigador
- Miscelánea

Estos problemas pueden afectar a diferentes fases del proceso de investigación:

- Diseño
- Realización
- Comunicación

Existen diferentes tipos de placebo:

- «Sham» con o sin estimulo: *a)* sobre punto de acupuntura; *b)* a distancia de puntos de acupuntura, y *c)* con penetración superficial o profunda.
- Placebos sin penetración en la piel: *a)* procedimiento de Streitberger y Park, *b)* presión ungueal.

Si se consigue enmascarar al paciente, es posible conseguir el simple ciego pero no el doble ciego, ya que el terapeuta debe saber la asignación para realizar el tratamiento. Esto se trata de compensar con un evaluador independiente para evitar sesgos en la medición de los resultados.
Existe una visión diferente entre la visión de la medicina china (que es el sistema en el que se fundamenta la acupuntura) y la medicina occidental. La primera plantea un diagnóstico y un tratamiento individualizados y adaptable al estado que el paciente presenta en cada momento para lograr reequilibrar sus energías, mejorando los síntomas o superando la enfermedad y teniendo muy en cuenta las características no solo de la enfermedad sino también del propio paciente, además pueden influir en la elección y aplicación del tratamiento el tipo de escuela de acupuntura y los conocimientos y habilidades técnicas del acupuntor.
En cambio el diagnóstico y el tratamiento de la medicina occidental se basa en conocimientos de etiología, fisiopatología y efectividad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos habitualmente comunes para grupos de pacientes de similares características.
Como miscelánea podríamos añadir que la investigación es cara y la industria no financia este tipo de estudios que no se encuentran habitualmente dentro de sus intereses.
¿Es posible respetar ambos puntos de vista y superar en parte o en todo los problemas generales y específicos mencionados?[5]
Proponemos partir del ensayo aleatorizado y controlado como estándar de evaluaciones de las intervenciones de tratamiento y adaptarlo a este campo con el objetivo de conservar los aspectos tradicionales y únicos del sistema oriental y a la vez buscar el mayor rigor científico posible. Usar un diseño y ejecución rigurosos y publicar los resultados independientemente de si se alcanzan resultados favorables a la acupuntura o no.

Estado del conocimiento científico

En los últimos años está creciendo el número de estudios primarios y secundarios sobre acupuntura[6-8]. Una búsqueda realizada en Abril 2006 en TRIP DATABASE (Turning Research Into Practice) con el descriptor Acupuncture, encontró 110 guias, 180 revisiones sistemáticas y 768 ensayos de tratamiento.
La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)[9] encargó una revisión al centro Cochrane Iberoamericano sobre la eficacia de la acupuntura en el control del dolor, esta utilizó la metodología Cochrane de revisiones sistemáticas, con una búsqueda en Medline, Cochrane Library y otras bases de datos incluyendo artículos desde 1996 a 2005, seleccionando 22 RS y 16 ECA sobre dolor crónico, a partir de los cuales clasificaron las intervenciones en:

Intervenciones beneficiosas

La acupuntura, para el alivio del dolor y mejoría de la función articular a corto plazo en la *OA de rodill*a, en comparación con la acupuntura simulada o el permanecer en lista de espera.
Las intervenciones beneficiosas son las que han demostrado su eficacia por una evidencia clara procedente de RS y/o ensayos clínicos de razonable calidad y consistencia, en las diferentes patologías.

Intervenciones potencialmente beneficiosas

Las Intervenciones potencialmente beneficiosas o de cierta eficacia sugerida por una evidencia escasa o limitada:

- La electroacupuntura, comparada con la electroacupuntura simulada, para el tratamiento a corto plazo del dolor en la *fibromialgi*a.
- La electroacupuntura más diclofenaco comparada con acupuntura simulada más diclofenaco, para el tratamiento a corto plazo del dolor de hombro.
- La acupuntura, comparada con la acupuntura simulada y con el control médico habitual, para el alivio del dolor en la dismenorrea primaria.
- La acupuntura, comparada con ningún tratamiento, para el alivio del dolor y mejoría de la función articular a largo plazo en el síndrome femoro-patelar.

Eficacia desconocida o controvertida

Eficacia desconocida o controvertida son resultados no concluyentes o controvertidos que no permiten clarificar si existe o no eficacia de la intervención.
Dentro de este apartado se incluyen intervenciones sobre fibromialgia, artrosis de cadera, dolor crónico genérico, epicondilitis, artritis reumatoide, síndrome femoropatelar, dolor neuropático, síndrome regional complejo, artrosis de rodilla y hombro doloroso (intervenciones distintas a las incluidas en las categorías superiores)

Conclusiones AETSA

Este informe da respuesta a cuestiones generales relacionadas con la eficacia de la acupuntura, debido a la complejidad de la técnica, la heterogeneidad de los estudios y las dificultades metodológicas La calidad de los estudios incluidos es muy variable, encontrando revisiones y ensayos clínicos aleatorizados de calidad metodológica alta, así como estudios de baja calidad. En los estudios incluidos en la revisión no se han encontrado datos de coste–efectividad, hemos profundizado en este aspecto, encontrado diferentes estudios de coste efectividad sobre la acupuntura, pero ninguno centrado en el dolor crónico en las patologías o dolencias enmarcadas en el informe.

Conclusión final

Pese a los problemas de investigación existentes, la investigación de calidad sobre esta intervención está aumentando, apareciendo informes de evaluación que establecen la eficacia de determinadas técnicas para determinadas indicaciones.
La lista de enfermedades susceptibles de beneficiarse de tratamiento con acupuntura y sus técnicas relacionadas puede cambiar a medida que lo haga el conocimiento científico.

Bibliografía
1. NIH Consensus Conference on Acupuncture. J Am Med Assoc. 1998;280:1518–24.
2. Kaptchuk TJ. Acupuncture: theory, efficacy, and practice. Annals of Internal Medicine. 2002;136:374-83.
3. Tang JL. Review of randomized controlled trials of traditional Chinese medicine. BMJ. 1999;319:160-1.
4. Hammerschlag RH, Milley R, Colbert AP, Yohalem B, Weih J. Randomized controlled trials of acupuncture; 1997-2002: Pilot test of a CONSORT and STRICTA quality of reporting instrument. Proceedings of the 10th Annual Symposium of the Society for Acupuncture Research. Cambridge MA: Society for Acupuncture Research; 2003.
5. Guerra JA et al. Can Quality Research On Acupuncture Be Performed? Medical Acupuncture. 2003;14:2-5.
6. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Acupuncture. Effective Health Care 2001;7(2):1-12. Available from: http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc72.htm.
7. Thomas KJ, MacPherson H, Ratcliffe J, Thorpe L, Brazier J, Campbell M, Fitter M, Roman M, Walters S, Nicholl JP. Longer term clinical and economic benefits of offering acupuncture care to patients with chronic low back pain. Health Technology Assessment. 2005;9:32.
8. Agency for Healthcare Research & Quality. Acupuncture for osteoarthritis. Available from: http://cms.hhs.gov/coverage/download/id84.pdf. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research & Quality; 2003.
9. Consejería de Salud Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía Informe de evaluación. Eficacia de la Acupuntura en el Dolor Crónico. 2005. Disponible en www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA

Experiencias de tratamiento del dolor con acupuntura en AP. Posibles modelos de integración

M. Vigara Díaz

Introducción

Desde los años 80-90 en Estados Unidos y posteriormente en otros países occidentales como Australia, Nueva Zelanda y en Europa[1,2], se produce un importante crecimiento del uso de la población de las llamadas medicinas alternativas y complementarias, entre las que la acupuntura (AC) es una de las más importantes. Se estima que un 25-30% de la población de estos países las utiliza. Este incremento se atribuye a razones como la insatisfacción con la medicina convencional, aspectos culturales (búsqueda de sistemas holísticos), miedo a efectos perjudiciales de fármacos o búsqueda de resultados centrados en el paciente como la calidad de vida.

Ante la demanda se han desarrollado, consultorios, asociaciones profesionales, fundaciones y grupos de investigación, ambos fenómenos han creado cierta presión sobre los poderes públicos y los profesionales ortodoxos cuya reacción inicial, ha sido mas bien la de dejar hacer, pero en los últimos años ante el incremento de los estudios de investigación favorables a algunos de estos tratamientos y el incremento de la presión social, se han desarrollado normas para regular y homologar la formación de los profesionales y las condiciones de la práctica clínica, no obstante en la mayoría de países aun se permite la práctica sin titulación médica, aunque en muchos de ellos ya se exige una formación homologada por organismos oficiales[3,4].

Merece un comentario especial el sistema sanitario público del Reino Unido por algunas similitudes con el nuestro[3]. En 1999 a partir de la reestructuración de la atención primaria (AP) en fundaciones y organizaciones de AP (PC Trusts y PCCGs), las medicinas complementarias como la AC se han incorporado a la cartera de servicios en un porcentaje estimado en el 37%, bien como actividades de los propios médicos de los grupos o como derivación a acupuntores externos médicos o no, paralelamente El Parlamento Británico y la Fundación Príncipe de Gales han emitido recomendaciones y guías para la provisión de servicios y parece que la tendencia de futuro es integrar con la medicina convencional aquellas técnicas complementarias que tienen demostrado un balance favorable entre efectividad, seguridad y costes.

Nuestro país ha seguido una trayectoria similar a la descrita, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó en 2003 el Real Decreto nº 1277 del 10 - Octubre que establece regulaciones para estás medicinas. La transferencia a las CCAA les confiere el desarrollar la normativa de regulación y se han producido en este sentido peticiones a los órganos legislativos y a las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias (entre ellas la Agencia Andaluza para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias) para la elaboración de informes para este proceso de regulación[5].

En el Distrito de AP «Sevilla» se comenzó en 1997 un programa de atención a raquialgias, basado en técnicas de neuroreflejoterapia. En Diciembre de 2002 se hizo una evaluación en 25 centros de salud con una visita personalizada a los profesionales y entrega de un cuestionario de recogida de datos sobre formación, experiencia, dedicación, actuaciones, opinión sobre el programa e instalaciones, perfil de los pacientes y problemas/soluciones al programa. Se realizó un análisis descriptivo con el programa SPSS 10.0 para Windows.

El volumen de actividad para 2002 fue: 17.119 consultas, 2.523 pacientes nuevos atendidos, 17.258 tratamientos aplicados, de ellos 11.925 correspondian a técnicas de auriculoterapia y el resto a AC, electroaAC, o moxibustión. 30 (68,2%) profesionales eran médicos y 14 (31,8%) enfermeras, con igual nº de varones que de mujeres, 41 (95,3%) profesionales tenían formación en auriculoterapia, 15 (31,1%) en AC y 4 (10,3%) en otras técnicas. La dedicación por profesional variaba entre 1 y 5 días/semana, siendo el valor mas frecuente de 1 día/semana, el nº de horas dedicadas al programa era de 2 horas/ semana oscilando entre 1 y 7 horas. Un 34,1% tenían reducidas otras actividades como consultas programadas o visitas a domicilio, mientras que el 65,9% no tenían compensación por la realización de las actividades del programa.

Los Procesos atendidos con mayor frecuencia fueron la cervicálgia (según 11 profesionales) la gonartrosis (8), y la lumbalgia (8). Las técnicas se percibieron como más efectivas en la lumbalgia (12), cervicalgia y (11), y hombro doloroso (10), y con menor eficacia en gonartrosis (11 profesionales) y cefaleas (5). El perfil habitual de los pacientes era: adultos o ancianos con enfermedades asociadas (diabetes, hipertensión, obesidad, fibromialgia, poliartrosis), con dolor crónico de múltiple localización y con reagudizaciones frecuentes. Predominio de revisiones frente a pacientes nuevos y los tratamientos más aplicados fueron la auriculoterapia, laAC, la moxibustión y las ventosas, durante 4-5/semanas por proceso. 42 (de 44) profesionales manifestaron estar satisfechos con su trabajo y que sus pacientes también lo estaban. El 86% utilizaban consulta compartida que consideraban poco adecuada por escasez de espacio, interrupciones, falta de intimidad para el paciente y material o equipamiento inadecuados.

Los problemas más frecuentes fueron falta de consulta adecuada, inadecuada relación con el hospital, no inclusión del programa del dolor en el contrato programa, falta de contacto con otros profesionales del programa, ausencia de formación continuada en este campo, masificación de las consultas, y falta de datos de resultados del programa. Las soluciones sugeridas fueron aumentar los recursos materiales y humanos, reconocimiento a la labor que realizaban, mejorar la formación y la comunicación, unificar criterios, medir resultados y mejorar la coordinación con el hospital.

Las conclusiones de esta evaluación fueron: la mayoría de los profesionales eran médicos, formados en auriculoterapia (solo 1/3 en AC), el origen de la formación era variado (el propio distrito, la facultad de medicina o el Colegio de Médicos), la formación continuada era muy escasa, se atendía un volumen importante de pacientes de dolor crónico con pluripatología y con escasa disponibilidad de tiempo y otros recursos para la atención, las actividades mas frecuentes eran revisiones de pacientes crónicos con aplicación de auriculoterapia y en algunos casos AC y moxibustión, la actividad se percibía como satisfactoria para los propios profesionales y sus pacientes y se sugerían opciones de mejora de formación, de recursos y de comunicación para los problemas existentes.

Modelos de atención con AC y técnicas relacionadas

Existen diferentes modelos en uso en los diferentes países[7-9], debiendo diferenciarse las dimensiones fundamentales que los caracterizan para valorar sus ventajas e inconvenientes:

1. Provisión- prestación de servicios: contexto público, privado o aseguradoras.
2. Regulación legal de la práctica y la formación: diferentes grados regulación o liberalización
3. Tipo de profesional que aplica las técnicas: médicos o no, especializados o no.
4. Enfoque de sistema médico aplicado: AC (china, coreana, francesa) independiente de la medicina occidental, o AC integrada en la medicina occidental, tratamientos basados en la experiencia o tratamientos basados en el conocimiento científico validado.

El contexto público (versus privado) presenta la ventaja de la gratuidad para el paciente, pero puede suponer un tiempo más limitado para apli-

car estas técnicas (posible disminución de efectividad y satisfacción con aumento de carga de trabajo)[10]. La formación es un aspecto clave y los conocimientos, habilidades y experiencia pueden variar mucho entre profesionales e influenciar ampliamente los resultados, por lo que se justifican las normas de los países dirigidas a homologar y garantizar las condiciones de calidad y seguridad.

En un país como el nuestro es difícil defender una AC aislada de la medicina convencional, que no se apoye en investigaciones válidas, o que no tenga en cuenta que técnicas son más efectivas para los diferentes tipos de pacientes[11]. La práctica clínica en la AC y en el resto de intervenciones se debe apoyar en estándares de calidad y guías de actuación que establezcan de forma integrada el papel de todas las opciones de tratamiento disponibles para obtener los máximos beneficios para los pacientes.

Criterios de calidad de aplicación de la acupuntura en AP[11,12]

1. Aplicación integrada con el diagnóstico y tratamiento convencional, evitando su uso como método aislado respecto a este.

2. Aplicada con la supervisión de profesionales con formación universitaria sanitaria convencional o por estos mismos profesionales para garantizar que se eviten retrasos diagnósticos y la no aplicación de tratamientos convencionales indicados y compatibles (definido por el Real Decreto 1177/2003, 10 Oct en el que el Ministerio de Sanidad y Consumo establece bases de la utilización de las terapias no convencionales).

3. Aplicada por profesionales con formación y experiencia contrastadas (cursos homologados con una duración y contenidos teórico- prácticos definidos a nivel nacional o regional en relación a la AC y a la medicina convencional) para evitar los riesgos de lesión de órganos y tejidos corporales que esta técnica puede presentar, y la omisión o retraso de diagnósticos y tratamientos convencionales y para garantizar la efectividad de su aplicación.

4. Utilizar material desechable debidamente esterilizado y homologado para evitar riesgos de transmisión de infecciones, para la aplicación de técnicas relacionadas con la también se deben seguir normas de buena praxis propias de estos procedimientos.

5. Aplicación rutinaria solo de técnicas con efectividad y seguridad demostradas, en los casos de posible indicación en problemas en los que su efectividad o seguridad no está demostrada por los estudios científicos, solo se debe aplicar con una evaluación de resultados rigurosa o en estudios de investigación y ante la ausencia de otras alternativas efectivas disponibles. Es recomendable que los servicios en los que se aplique la AC combinen la práctica clínica rutinaria con la investigación clínica, y se garantice que si tras un periodo de prueba no superior a seis meses no se consigue una mejoría de los síntomas del paciente se le ofrezca otra alternativa de tratamiento y se evite la persistencia de tratamientos ineficaces.

Bibliografía

1. Andrews G, Boon H. CAM in Canada: places, practices, research. .Complementary Therapies in Clinical Practice. 2005;11:21–7.
2. Duke K. A century of CAM in New Zealand: a struggle for recognition. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2005;11:11–6.
3. Saks M. Improving the research base of complementary and alternative medicine. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2005;11:1–3.
4. Fisher P, Ward A. Medicine in Europe: Complementary Medicine in Europe. British Medical Journal. 1994;309:107-11.
5. AETSA-EASP. Informe sobre la Situación actual de las TNC en Andalucía. Diciembre 2005. Disponible en htttp://www.juntadeandalucia/salud/orgdep/AETSA.
6. Consejería de Salud Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía Informe de evaluación. Eficacia de la Acupuntura en el Dolor Crónico. 2005. Disponible en www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA.
7. Kaptchuk TJ. Acupuncture: theory, efficacy, and practice. Annals of Internal Medicine. 2002;136:374-83.
8. Easthope G. Alternative, complementary, or integrative?. Complementary Therapies in Medicine. 2003;11:2–
9. Andrea L, Mulkins, Eng J, Marja J. Verhoef. Working towards a model of integrative healthcare: Critical elements for an effective team. Complementary Therapies in Medicine. 2005;13:115—22.
10. Frenkel M, Borkan J.An approach for integrating complementary– alternative medicine into primary care. Family Practice. 2003;20:324-32.
11. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Eficacia y seguridad de la Acupuntura en el Dolor Crónico. Marzo 2005. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA
12. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso dolor crónico benigno. [en elaboración] Próximamente Disponible en www.juntadeandalucia.es/salud/.

Médicos de familia asistenciales y Médicos de familia gestores: ¿nos acercamos?, ¿nos alejamos?

Moderador:

J. Pou Bordoy

Médico de familia. Centro de Salud Camp Rodó, Palma de Mallorca. Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària.

Ponentes:

G. Tamborero Cao

Médico de familia. Centro de Salud del Coll d'en Rebassa. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Ex-Director de Planificación y Coordinación Asistencial del Servei de Salut de les Illes Balears (IB-Salut).

J.C. March Cerdà

Especialista en Medicina preventiva y Salud Pública. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.

J. Gené Badia

Médico de familia. Doctor en medicina. CAPSE. Profesor asociado del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Barcelona.

Médicos de familia asistenciales y gestores. ¿Nos alejamos?, ¿nos acercamos?

J. Pou Bordoy

En la reforma de la atención primaria en España se han desarrollado estructuras y herramientas de gestión que han acercado las culturas de gestión y asistencial. No obstante la comunicación y la sintonía entre profesionales gestores y asistenciales están muy de lejos de ser las idóneas.

¿Cuáles son las causas de este distanciamiento?, ¿en qué grado dependen de los propios profesionales dedicados a una u otra actividad?, ¿qué importancia tienen los aspectos de comunicación en este hecho?, ¿qué actuaciones se pueden desarrollar para mejorarla?, ¿son útiles herramientas como por ejemplo la gestión clínica para unir objetivos y visiones?.

La existencia de esta distancia (a veces expresada en la literatura como «barrera») entre gestores y asistenciales tiene importancia por cuanto afecta a los resultados y la eficiencia del sistema sanitario. Aproximar la visión que unos y otros tienen del sistema sanitario y «sintonizar» sus objetivos es sin duda eficaz para mejorar el sistema.

El desarrollo de la reforma de la AP ha coincidido, y se debe en buena parte, con el de la de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Desde sus comienzos muchos Médicos de familia se han dedicado a la gestión y buena parte de ellos han alternado en diferentes tiempos la actividad clínica con la de gestión. La formación común de los médicos de familia gestores y asistenciales ofrece una oportunidad para tender puentes que mejoren la comunicación y acerquen la visión y objetivos de unos y otros. Esta mesa pretendes reflexionar sobre cuál es la situación actual de la relación entre gestores y asistenciales, haciendo especial hincapié en los médicos de familia, analizar a qué responde e iniciar una aproximación a las actuaciones que pueden contribuir a mejorarla. Y pretende hacerlo a partir de investigaciones, datos y estudios existentes, pues la utilización de la evidencia en la gestión es una necesidad para su mejora lo es en clínica. De esta manera pretende contribuir en algo a la mejora de nuestro sistema y del servicio que todos prestamos a los ciudadanos.

Gestores y profesionales: ¿pensamientos divergentes?

G. Tamborero Cao

¿Existen diferentes visiones del sistema sanitario por parte de sus protagonistas?

Sin duda, los cuatro protagonistas del sistema sanitario (pacientes, clínicos, gestores y políticos), tienen opiniones y expectativas sobre el sistema sanitario frecuentemente divergentes.

Estas visiones diferenciadas se pueden modificar a lo largo del tiempo. Por ejemplo, distintas presiones (usuarios cada vez más informados y exigentes, empresas centradas en la contención del coste...), pueden inducir al médico a ir cambiando sus criterios, rompiendo el difícil equilibrio entre la equidad y la eficiencia.

¿También existen diferencias entre los gestores y los asistenciales?
Sí, también existen divergencias evidentes entre los gestores y los profesionales asistenciales. Este hecho se da incluso entre los médicos de familia dedicados a la asistencia y los dedicados a la gestión, a pesar de que han compartido una formación básica idéntica.

¿Cómo se han expresado estas diferencias?
De múltiples maneras:

- «barrera entre gestores y asistenciales»
- «dificultades para conseguir objetivos en línea para gestores y asistenciales»
- «la distancia entre gestores y asistenciales es cada vez mayor»
- «los dos colectivos tienen objetivos distintos y se mueven en culturas distintas»
- «dicotomía gerencialismo-profesionalismo»
- «los médicos y los gestores vienen de mundos distintos»
- «la coexistencia entre médicos y gestores es como el agua y el aceite»...

Algunas diferencias entre los médicos y los gestores
«La cultura, contenido y contexto de las disciplinas gestoras difiere considerablemente de la cultura, contenido y contexto de las profesiones clínicas» *(Vicente Ortún. «Gestión clínica y sanitaria»).*
Existen notables diferencias entre médicos y gestores, que se pueden agrupar en diferencias históricas, de formación y de cultura organizativa. Algunos aspectos que caracterizan este desencuentro entre gestores y asistenciales, son:

- Discrepamos en el qué queremos y cómo lo queremos.
- Los valores que compartimos y las expectativas a las que aspiramos son distintos.
- Los profesionales tenemos dificultades para cambiar las actitudes y las habilidades, en cambio es más fácil cambiar conocimientos.
- Las relaciones establecidas entre ambos colectivos se basan en la desconfianza mutua y a la rigidez de posiciones.
- Existen déficits y debilidades en la comunicación interna.
- La valoración de las direcciones por parte de los asistenciales es baja y con escasa credibilidad.
- Los médicos nos sentimos incómodos ante la naturaleza cambiante y llena de incertidumbre de la asistencia sanitaria. En cambio, para los gestores este entorno es el habitual.

¿Cómo hemos llegado a este desencuentro?
Tres fenómenos nos pueden ayudar a comprender cómo hemos llegado a esta situación.
Se han producido importantes cambios en la estructura del Sistema Nacional de Salud:

- Se pasó de un predominio de los médicos sobre el entonces administrador a otra situación con una clara disminución de la autonomía clínica, que es uno de los valores más apreciados por los profesionales. A ello han contribuido: los cambios contractuales, el control administrativo sobre técnicas diagnósticas y de tratamiento, evaluaciones sobre la asistencia...
- La sanidad comenzó a tener repercusión política, fundamentalmente por la gran dimensión económica del sector.
- El centro de atención comenzó a ser ocupado por el paciente, a través de un reconocimiento explícito de sus derechos para la salud, frente al hasta entonces protagonista del sistema: el médico.

Como consecuencia, se ha producido una percepción de la desvalorización profesional, quedando para el médico la imagen del gestor como la de un agente político del gobierno más que como un agente facilitador de sus expectativas.

Nuevas formas de practicar la medicina:
- El desarrollo de diversas herramientas que permiten la medición y evaluación de las practicas médicas (case-mix, GRDs, indicadores, protocolos y vías clínicas...) ha producido una sistematización del conocimiento médico y un intento de disminuir la variabilidad de la práctica médica.
- Se han introducido incentivos financieros y económicos tanto para las organizaciones sanitarias como para los médicos, incentivos habitualmente gestionados desde las gerencias y con resultados en general poco motivadores, cuando no contraproducentes.
- Diferentes disposiciones regulatorias (incompatibilidades, MIR, guardias, planes de calidad...) que en un intento de reordenar estrategias en la prestación de los servicios han afectado el *status quo* de los médicos, fortaleciendo corporativamente a los gestores.

Peculiaridades de la «carrera de gestión»:
- «Amateurismo» generalizado en la formación de los gestores, que contrasta con la formación reglada, estructurada y homogénea de los médicos de familia.
- Frecuente politización en el nombramiento de los gestores.
- Intromisión política en cuestiones técnicas.
- Mientras los médicos deben justificar sus decisiones científicas (medicina basada en la evidencia), los gestores no parecen tener esta obligación.

¿El distanciamiento entre clínicos y gestores tiene solución?
Sí, pero no es una tarea fácil, no existe una solución única y, en todo caso, será a largo plazo.
Es necesario buscar formulas que permitan que la clínica y la gestión conozcan el terreno del otro, complementen sus conocimientos y busquen los puntos de encuentro para responder al gran objetivo común: la salud de nuestros ciudadanos.

¿Por dónde irían las líneas de solución?
- Búsqueda de objetivos comunes
- Disponibilidad de información para la clínica y la gestión, suficiente y adecuada
- Responsabilidades, estímulos e incentivos compartidos
- Mayor y mejor comunicación y cooperación mutua
- Mejora en los instrumentos clínicos y de gestión
- Profesionalización de la gestión.

Algunos de los elementos que componen estas líneas de actuación aparecen en la figura 1.

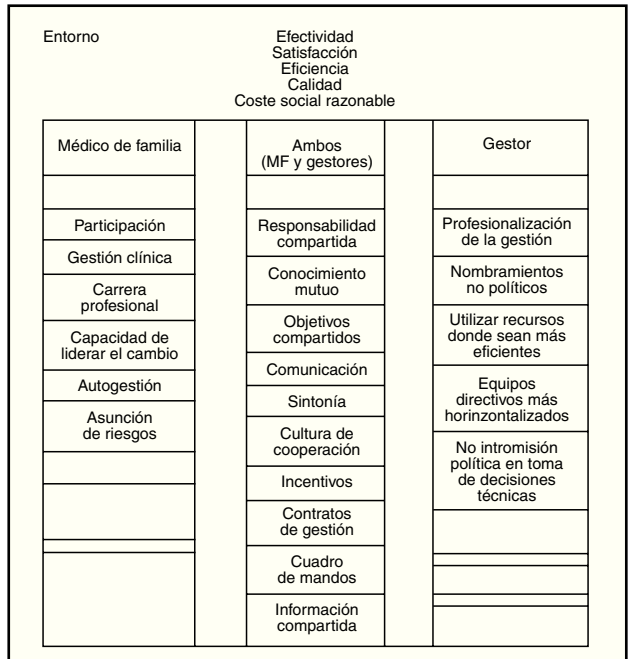

FIGURA 1

¿Y cuando «cambiamos de bando»?: tránsito de la asistencia a la gestión y viceversa

A modo de reflexión, debemos responder a una serie de preguntas clave:
- ¿Qué requiere un médico de familia para ser un buen gestor?
- ¿Cómo superar el «amateurismo» en la gestión?
- ¿Por que la politización en los nombramientos?
- ¿Cuándo se acaba la vida del médico de familia como gestor?
- ¿Por qué las empresas serias utilizan el «outplacement» con sus directivos?, ¿qué hacemos en sanidad?

Comunicarse entre quien dirige y quien hace asistencia: una cuestión de confianza, una necesaria gestión de las expectativas

J.C. March Cerdà, M.A. Prieto, A. Suess, O. Pérez, L. Bono

Es evidente que entre gestores/as y profesionales hay desconfianza, hay elementos que dificultan la relación y la distancia comunicación, hay … En una escala de 1 a 7, profesionales de atención primaria de 4 comunidades autónomas valoran quienes les dirigen en: 3,86, la confianza que les inspiran, (en 3,65 les valoran a sus directivos, el personal médico), 3,87 (3,6), el apoyo que les dan en el trabajo 3,71 (3,48), el fomento a su participación 3,67 (3,57), el mantenerles informados o 3,31 (3,19), el refuerzo que les dan. Hay profesionales que achacan estas diferencias, entre otros, a 6 factores: la falta de tiempo, su elevada carga de trabajo, la distancia física entre los centros y la gerencia, los enfrentamientos personales, y la constante insatisfacción laboral. Por tanto, la comunicación se vive como especialmente dificultosa entre quienes dirigen y quienes hacen asistencia a pacientes. Se señala también la falta de una actitud comunicativa como enemigo de un buen funcionamiento de la comunicación interna. A ello, hay que añadir, la frustración producida por el sentimiento de falta de atención a sus necesidades que conduce a veces, a la generación de una imagen muy crítica de la dirección.

Por tanto, la falta de confianza es un aspecto central para entender las dificultades, los distanciamientos entre personas que gestionan y personas que realizan la asistencia sanitaria a pacientes. Además, la satisfacción profesional es mayor en los profesionales que más confían en sus gestores/as. Por lo tanto, invertir en acciones que incrementen la confianza de los profesionales en sus gestores/as parece una estrategia de interés para los responsables sanitarios. Y ello, se deben centrar en obtener recompensa justa al esfuerzo, fortalecer la pertenencia en el centro y alcanzar metas importantes en el trabajo.

Junto a ello, conocer las emociones en el ámbito laboral y cómo éstas nos influyen, nos provee de información sobre problemas y oportunidades de mejora. Los sentimientos que las personas experimentan como miembros de un grupo pueden centrarse en cuatro polos: el liderazgo, la autoestima profesional, la relación con los compañeros y responsables y los objetivos o productos. Al analizar en profundidad el mapa emocional de los equipos de atención primaria, encontramos que no se sienten parte de las decisiones, hablan de un liderazgo disgregado y poco integrador, creen que dan más de lo que reciben y que faltan ejes y vínculos en el trabajo que den apoyo y confianza. Y los equipos estudiados, en general, tienen las siguientes características: saben hacer su trabajo, respetan la labor del resto de los compañeros, comparten el protagonismo y sienten que sus compañeros se interesan en las metas grupales. PERO.....no se sienten parte de las decisiones, no perciben que se estime lo que cada uno aporta individualmente al proyecto grupal, tienen una significativa sensación de sobrecarga de trabajo individual, con un desgaste individual por la falta de cohesión, AUNQUE.....se comparte cierta ilusión (vocación) en la consecución de los objetivos o productos grupales.

Analizando las expectativas de profesionales y gestores/as, podemos ver que: los profesionales sanitarios en general, identifican, entre otras, cinco expectativas prioritarias en la actualidad: Equilibrio entre esfuerzo profesional y vida privada, Relación de *partnership* con los/as directivos/as y participación en las estrategias organizativas, Oportunidad para una promoción personal y profesional, Posibilidad de hacer una contribución significativa al mundo a través del trabajo, Oportunidades de comunicación y relación humana en el trabajo. Mientras que los cargos directivos y gestores/as, hablan de la importancia de una negociación compartida de expectativas mutuas con los/as profesionales (definición y organización clara de las bajas, vacaciones, sustituciones, contratos a media jornada, refuerzos, ...), de un desarrollo de planes estratégicos y modelos de gestión para la dirección de los centros de salud (Necesidad de una visión no burocratizada de la organización, creación de planes estratégicos, decisión sobre la cartera de servicios, introducción de una cláusula de penalización en el contrato en caso de incumplimiento de los acuerdos, autogestión de los centros) y reflexión sobre incentivos.

Además, para conseguir buenos resultados, *es necesario invertir en comunicación y participación*, para que disminuya el GAP entre la valoración y el deseo, porque es necesario recibir información por vías más formales, junto a tener en cuenta los intereses por cuestiones relacionadas con su trabajo dentro de su centro y en referencia a su puesto de trabajo, o por su carrera profesional y buscando información de temas relacionados con su profesión y los avances científicos que ocurren dentro de su área de estudio y preocupándose más por su formación. El GAP se manifiesta en una menor satisfacción laboral y una percepción más negativa de la imagen del centro así como de la calidad de la información recibida. Por tanto, la participación es un elemento de la comunicación interna que está en conexión directa con la mejora de los niveles de satisfacción laboral de los y las profesionales sanitarios. La participación de la dirección de los centros sanitarios en los procesos de comunicación fortalece los niveles de satisfacción laboral de los profesionales de los centros de atención primaria.

Es decir, los y las profesionales quieren "hablar con su jefe/a" para poder conseguir una mayor confianza. Además, parece importante establecer contactos personales entre dirección y profesionales, no sólo a través de canales formales (entrevistas, reuniones de equipo), sino también a través de canales de carácter informal. Ahondando en la búsqueda de soluciones, en una técnica de grupo nominal con expertos profesionales y directivos/as de atención primaria, las respuestas priorizadas a la pregunta *¿Qué medidas pondríais en marcha para mejorar la Comunicación Interna?,* resultaron 47 ideas de las que priorizaron las siguientes: Establecer canales de comunicación claros que puedan ser conocidos y usados por el personal: 48 votos, Planes de acogida a los trabajadores: 14 votos (5 personas), Formación en habilidades de comunicación a todos los profesionales del centro y responsables: 14 (5) o Realizar entrevistas personales periódicas: 12 (4).

Mejorar la confianza debería implicar intervenir, cambiar, desarrollar acciones que ayuden a mejorar los servicios sanitarios, la relación entre profesionales y gestores/as y con ello conseguir una mayor implicación de unos y otros en la mejora del sistema sanitario. Si la confianza es una variable con un fuerte componente relacional, debemos trabajar desde y en el microespacio de los centros, en su mapa emocional. Además para conseguir mejorar la confianza es necesario un trabajo diario, una batalla por conseguir un acercamiento, para facilitar la relación con «palabras mágicas» y no poner entre los ingredientes «palabras trágicas». Y es que somos una empresa de «doble humanismo»: *trato como a mí me tratan.* Y en ese trato, las palabras son ingrediente básico.

Impacto del proyecto de dirección clínica sobre los profesionales de Atención Primaria y sus pacientes

J. Gené Badia

Las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención clínica ya no se basan en abordajes individuales, sino en estrategias globales y sistemáticas. Incorporan un conjunto de aspectos que inciden sobre la actividad que desarrolla el médico en la consulta de atención primaria: guías de práctica clínica, estándares nacionales, nuevas tecnologías, implicación profesional e incentivos económicos. Muchas instituciones han introducido este enfoque poniendo especial énfasis en cambiar la forma de retribuir a los profesionales, a pesar de disponer de una muy limitada evidencia sobre el impacto de estas reformas sobre la calidad asistencial y la calidad de vida profesional

El Institut Català de la Salut (ICS) a principios del año 2000, inició un programa de mejora de la calidad asistencial denominado Dirección Clínica. Comprendía una serie de medidas entre las que destacan la fijación en cascada de objetivos a cada uno de los niveles de la organización, la firma de contratos con los equipos, la introducción de guías de práctica clínica de la institución, la fijación de estándares de calidad, la implementación de un sistema integrado de información clínica (ECAP), programas de garantía de calidad de los procesos clínicos y un cambio en el modelo retributivo. Aplicó un pago variable por objetivos de calidad a los facultativos y un reconocimiento al desarrollo profesional denominado carrera profesional tanto para médicos como para enfermeras[1-3].

Se presentan algunos datos sobre la evaluación de esta reforma para que puedan contribuir a mejorarla o para ayudar a los que desean aplicar cambios similares en sus organizaciones.

El producto de la atención primaria de salud

No existe un consenso internacional sobre las dimensiones que componen el producto de la atención primaria. En nuestro país, profesionales y usuarios identificaron cuatro dimensiones: 1) accesibilidad; 2) coordinación y continuidad del equipo con otros niveles asistenciales; 3) relación entre profesionales y usuarios; 4) calidad científico-técnica[4]. Un análisis factorial confirmatorio realizado utilizando bases de datos rutinarias en gestión sanitaria colapsó el modelo en tres dimensiones: 1) la personal, que incorpora la accesibilidad a los servicios u los aspectos de relación profesional- paciente; 2) la del equipo, que considera la coordinación dentro del equipo asistencial y con otros niveles del sistema y 3) la de la calidad científico-técnica. Las dos primeras están correlacionadas entre sí, y la tercera es totalmente independiente de las otras dos[5].

Impacto de la dirección clínica sobre el producto de atención primaria

Un análisis multifactorial y longitudinal del efecto de esta reforma sobre las tres dimensiones del producto asistencial de los equipos del ICS, mostró que no ha influido sobre la dimensión accesibilidad y relación profesional – paciente, pero ha mejorado de forma independiente y significativa tanto la coordinación del propio equipo como la calidad científico técnica de la atención clínica. Otras variables como los años transcurridos desde el inicio de la reforma, el nivel social de la población atendida o el ámbito rural o urbano, también condicionaron de forma independiente el resultado final.

Efecto de la incentivación económica sobre la calidad de vida laboral y la satisfacción de los usuarios

Tanto médicos como enfermeras experimentaron una mejora en la percepción de soporte de la estructura de gestión que se relaciona con la implantación de la carrera profesional. Esta iniciativa, en las enfermeras tuvo un impacto positivo sobre la satisfacción de los usuarios.

Los médicos experimentaron también un aumento de la percepción de demandas y presión sobre su actividad que relacionamos con la introducción del modelo de productividad variable ligada a objetivos de calidad. Esta situación se relacionó con un empeoramiento de la satisfacción de los usuarios[6].

Conclusiones

Considerando las limitaciones de las evaluaciones de las reformas organizativas complejas, disponemos de evidencias suficientes para considerar que el proyecto de dirección clínica considerado en su globalidad ha mejorado el producto asistencial de los equipos de atención primaria. Sin embargo, es preciso seguir evaluando el impacto de cada uno de los diferentes aspectos de la intervención, especialmente los que hacen referencia a las retribuciones. Parece que la productividad variable aumenta la percepción de demandas de los profesionales y repercute negativamente sobre la satisfacción de los usuarios. Es necesario continuar estudiando su efecto tanto sobre la calidad asistencial como sobre la salud de los pacientes antes de recomendar la generalización de este tipo de retribución variable.

Bibliografía

1. Gené Badia J, Marzo Castillejos M. La direcció clínica en l'atenció primària. Fulls Econòmics del Sistema Sanitàri. 2003;37:29-32.
2. Gené Badia J, Gallo de Puelles, P. Retribución variable vinculada a la calidad asistencial. Aten Primaria. 2004;34:98-104.
3. Pla Poveda C. Esquema de la carrera profesional en el Institut Cátala de la Salut. Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria. 2003;9:211-6.
4. Pujol Ribera E, Gené Badia J, Sans Corrales M, Sampietro-Colom L, Pasarin Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J, Escaramis-Babiano G. El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. Gaceta Sanitaria (en prensa).
5. Gené Badia J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Catalán Ramos A, Sans Corrales M, Sampietro-Colom L, Pujol Ribera. The three main dimensions of family medicine output. Family Practice (en prensa).
6. Gené-Badia J, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M, Sampietro-Colom L, Aguado-Menguy F, Cabezas-Peña C, Gallo de Puelles P. Impact of economic incentives on quality f professional life and on end-user satisfaction in primary care. Health Policy (en prensa).