

3. Bergman U, Popa C, Tomson Y, Wettermark B, Einarson TR, Aberg H et al. Drug utilization 90% -a simple method for assessing the quality of drug prescribing. Eur J Clin Pharmacol 1998; 54: 113-118.
4. García Rodríguez LA. Nonsteroidal antiinflammatory drugs, ulcers and risk: a collaborative meta-analysis. Semin Arthritis Rheum 1997; 26: 16-20.
5. Anónimo. Efectes indesitjables dels analgèsics i antiinflamatoris de comercialització recent. Butll Groc 1995; 8: 9-12.
6. Sánchez Casado JI. Prescripción de antiinflamatorios no esteroideos y gastroprotectores. Adecuación a criterios de calidad en atención primaria. Aten Primaria 1997; 20: 127-132.

Sobre la Mesa Inaugural del XIX Congreso de semFYC

Sr. Director: Hemos leído con interés el resumen de la comunicación a la mesa inaugural del pasado Congreso semFYC de Medicina de Familia y Comunitaria sobre los primeros años de nuestra especialidad¹. Como quiera que dicha mesa, por su carácter extraordinario, impedía la participación de los asistentes, aprovechamos esta sección para comentar la información ofrecida.

En la tabla 2 del trabajo referido se enumeran las unidades docentes nacidas en 1981 asimilándolas a los primeros centros de atención primaria acreditados para la docencia, adjetivándolos cariñosamente de «míticos». Como «agraviados», debemos mencionar para conocimiento de sus lectores —prácticamente todo el colectivo de médicos de familia— que también perteneció a dicha lista el Centro de Salud de Pozuelo. Citaremos una fuente de autoridad como es el Dr. Segovia de Arana: «Tengo que recordar que el primer centro de salud que se inauguró con el concepto actual fue el de Pozuelo, realizado con fines docentes. Dependía de la Clínica Puerta de Hierro y lo dirigía el Dr. Frieyro, que estuvo demostrando lo que en esencia es la medicina de familia, que conocía y conoce muy bien.»²

La historia de la medicina de familia en España, como en el resto de países, se ha convertido en sí misma en objeto de estudio, siendo así que creemos debería ocupar al menos un capítulo en toda historia de la medici-

na del último cuarto de siglo. Por nuestro respeto a la historia y al trabajo de muchos que nos precedieron, hemos querido completar la brillante exposición y magnífica recopilación documental del Dr. Borrell.

E. Calvo Corbella, B. Ibarrola Muñoz, A. Álamo Antúnez y E. Mena García

Centro de Salud Universitario Pozuelo de Alarcón I. Madrid.

1. Borrell i Carrión F. Medicina Familiar y Comunitaria: los primeros años. Aten Primaria 1999; 24 (2): 49-52.
2. Prieto Orzanco A. Testigos de una especialidad. Entrevista con José M.^a Segovia de Arana. Dimens Hum 1999; 3 (5): 30-35.

La atención a la salud en el domicilio a debate

Atención domiciliaria; Historia; Medicina familia comunitaria; Unidades docentes.

Sr. Director: Ante la carta de respuesta de J. Gené y de J.C. Contel¹ a 2 cartas que escribimos en la revista que dirige^{2,3}, queremos ofrecer algunos argumentos para ayudar a disminuir el escepticismo que manifiestan tener ante los equipos de soporte y que ya comentaban en un editorial anterior⁴.

Primero, cuando hablamos de equipos de soporte, hablamos de equipos desde atención primaria, no de «servicios paralelos creados desde el hospital para cubrir la asistencia que preocupa al jefe de servicio»¹ ni de «servicios extrahospitalarios utilizados como instrumento de poder del hospital dentro del ámbito de la atención primaria»¹. Los equipos de soporte a la atención domiciliaria (ESAD) que se han puesto en marcha en el INSALUD, en las áreas de atención primaria 1, 2 y 4 de Madrid en una primera fase y en 7 áreas más en 1999, dependen de las gerencias de área de AP y están formados por profesionales médicos y de enfermería que provienen de la atención primaria o que tienen amplia experiencia en ella. Así en una evaluación realizada, basada en las opiniones de los profesionales de los centros de salud, hemos encontrado comentarios del tipo de: «El ESAD permite rela-

cionarse de compañero a compañero, son «especialistas» de primaria, conocen cómo se trabaja aquí....». Es verdad que algunos médicos dicen que los equipos de soporte traspasan los límites de la atención primaria y que la formación del médico de EAP es suficiente para atender los pacientes inmovilizados y terminales, pero también es cierto que los profesionales que han tenido contacto con los ESAD comentan que éstos son «algo más que un apoyo: te refuerzan, te dan seguridad y te permiten tomar decisiones mejor fundadas, además de resolver problemas ante los que muchas veces te sientes impotente». Los profesionales de EAP que tienen relación con los ESAD manifiestan que «es imposible estar al día en los últimos avances para mejorar los síntomas de pacientes como los paliativos, que sólo ves de vez en cuando. Los ESAD están más al día; me han propuesto tratamientos y soluciones que yo no conocía». Así, los profesionales hablan de que los ESAD son una ayuda para técnicas difíciles, un soporte para facilitar el cuidado de un paciente en casa, unos proveedores de medios materiales, unos consultores, unos consejeros, unos coordinadores de los procesos y unos intermediarios con el hospital, que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes⁵.

Y en esa línea de hablar de los pacientes, en el pilotaje de un estudio financiado por el FIS, sobre satisfacción de usuarios con la atención domiciliaria a pacientes oncológicos terminales⁶, nos hemos encontrado que existen diferencias significativas en el grado de satisfacción de los pacientes atendidos por EAP sin soporte de los ESAD, los atendidos por una unidad de hospitalización a domicilio o por un EAP apoyado por un EASD, favorables a este último grupo. Además el 81,1% de los pacientes dice preferir la atención en casa, porcentaje que aumenta entre los usuarios de los ESAD. Incluso llegan a afirmar, entre otras cosas positivas, que los profesionales que les atienden (ESAD y EAP) son «un equipo que da la impresión de estar bien coordinados».

Creemos que todos estos elementos refuerzan el papel de los equipos de atención primaria en la atención a los pacientes de su zona y por tanto mejora, incluso, el vínculo afectivo creado a lo largo del tiempo en «ese difícil momento de la fase final de mi vida».