

la población pediátrica. Los hallazgos también sustentan la recomendación de evaluar continuamente los establecimientos de atención primaria en lo referente a la atención que los niños con trastornos nutricionales reciben. El expediente electrónico es una herramienta útil para evaluar el desempeño de los servicios de atención primaria en lo que respecta a la atención de niños con trastornos nutricionales.

Financiación

Ninguna.

Agradecimiento

Se agradece a Licenciado David Gómez Trigo por su valiosa colaboración en la programación de los datos para el análisis.

Bibliografía

1. De Onis M, Blössner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr*. 2010;92:1257–64.

2. Caballero B. A nutrition paradox-underweight and obesity in developing countries. *N Engl J Med*. 2005;352:1514–6.
3. Haemer M, Cluett S, Hassink SG, Liu L, Mangarelli C, Peterson T, et al. Building capacity for childhood obesity prevention and treatment in the medical community: Call to action. *Pediatrics*. 2011;128 Suppl 2:S71–7.
4. World Health Organization: Child Growth standards. Body mass index-for-age tables [consultado 12 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/standards>
5. de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Blössner M, Lutter C, WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. *Public Health Nutr*. 2012;15:1603–10.

Svetlana V. Doubova^{a,*} y Ricardo Pérez-Cuevas^b

^a *Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud, CMN siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F., México*

^b *División de Protección Social y Salud, Banco Interamericano de Desarrollo, México, D.F., México*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: svetlana.doubova@gmail.com (S.V. Doubova).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.03.003>

Reflexiones del Grupo de Ética de CAMFiC al editorial de atención a la cronicidad



Reflections Group CAMFiC ética of editorial attention to chronicity

Sr. Director:

La lectura del editorial de Limón et al.¹ «Las necesidades poblacionales, una llamada a la transformación de la atención primaria» publicado en su revista, nos ha suscitado algunas reflexiones que querríamos compartir.

La evolución demográfica en las últimas décadas y el progresivo envejecimiento tiene múltiples causas, algunas atribuibles a la mejora sanitaria y otras ligadas a la mejora de las condiciones de vida, un elemento más que demostrado, con lo cual la situación y las previsiones demográficas pueden cambiar como resultado de la crisis económica que vivimos y podría reducirse la esperanza de vida de nuestra población.

Es obvio que las personas que tienen mayores problemas de salud consumen más recursos sanitarios y el porcentaje de personas mayores más enfermas va creciendo con la edad. No parece que los datos aportados representen una sorpresa para nadie, solo cabe ver qué cuotas o posibilidad de inscribirse ofrecen las aseguradoras privadas (o cuotas elevadísimas o incluso no aceptación de la persona) para tener claro que a mayor edad, mayor gasto.

Este es el gran logro de la sanidad pública universal, ahora discutida: atender a las personas según sus necesidades, al margen de su edad, estado de salud o nivel socioeconómico.

En el editorial se habla de que las personas con enfermedad crónica avanzada «Se caracterizan por un pronóstico de vida limitado y múltiples necesidades en un modelo de atención que requiere de una mirada paliativa progresiva, que no excluye las opciones curativas y preventivas, y que exige la planificación anticipada de las decisiones (PAD)». Con ello se ratifica un principio básico de la medicina: curar, si es posible, aliviar y cuidar siempre. No creemos que se deba reducir a personas con múltiples necesidades. Creemos que es un concepto dinámico aplicable en los servicios sanitarios desde que las personas nacen hasta que mueren, revisable en cada momento y teniendo en cuenta, evidentemente siempre, los deseos de la persona enferma. En nuestro país desde hace años, en los centros sanitarios y otras instancias se ha trabajado para concienciar a la población en la utilidad de hacer conocer sus voluntades anticipadas.

No siempre las personas lo concretan en un documento escrito pero, a menudo, los profesionales más cercanos, en la atención primaria, su médico y/o enfermero de cabecera, las conocen fruto de los múltiples encuentros a lo largo de su vida. Y una parte de los pacientes mayores complejos no podrán expresar su voluntad ya que entre ellos hay pacientes con deterioro cognitivo. En estos casos es fundamental tener en consideración las personas próximas al enfermo y tener una clara visión de defender al máximo el bienestar y las voluntades de aquellos que no pueden expresarlo.

Y de nuevo, los profesionales que pueden y deben realizar esa misión son los más cercanos, eso es, los de cabecera.

Otra afirmación que plantea el editorial es «Estos pacientes... Desean ser atendidos por quien más sepa y, con frecuencia, atribuyen el liderazgo clínico a agentes no primaristas». Creemos que esta afirmación debería

contrastarse o basarse en datos, pero puestos a hacer afirmaciones a partir de nuestra experiencia podemos decir que este grupo de pacientes, frágiles, complejos, habitualmente mayores, desean ser atendidos por aquellos que les atiendan, valga la redundancia. Es decir aquellos que les presten atención, les consideren plenos de autonomía para decidir siempre que sea posible, les ayuden en sus problemas de salud y también les aconsejen. Por su complejidad es posible que en algunos casos requieran la intervención de varios profesionales ajenos a la atención primaria, pero quienes pueden coordinar mejor toda esta variedad de profesionales vuelven a ser sus referentes de cabecera.

Y el hecho que la atención pivote sobre los profesionales de cabecera no es para minimizar el papel de otros profesionales, sino todo lo contrario, la garantía de una buena atención es el compromiso de todos los profesionales en el bienestar del paciente. Pero, aunque suscribimos del todo la frase: «*un abordaje compartido en el que todos somos importantes y en el que no sobra nadie*» sabemos por experiencia que una falta de concreción o dilución de responsabilidades puede ir en detrimento del paciente, que no tendrá un/os interlocutores claros, en detrimento de una atención primaria potente y en detrimento de una visión global del paciente, sus necesidades, su enfermedad, su entorno y sus deseos.

Y si hay profesionales de atención primaria que dimiten de sus funciones, que entroncan siempre con la globalidad, longitudinalidad y continuidad, sus responsables deben actuar para reconducir la situación. También debe actuarse si hay profesionales de atención hospitalaria que no asumen sus funciones.

Otros sistemas organizativos que ya conviven actualmente en la atención primaria pueden llevar a parcializar la

atención, dividiendo a las personas en función de su enfermedad y, con ello, probablemente incrementar su coste. Si el camino va hacia separar las personas frágiles de la atención primaria en su concepto más clásico, las personas perderán unos referentes que les ven en su integralidad de salud, en su entorno familiar, social, económico, unos referentes que nosotros, cuando seamos pacientes, desearemos tener a nuestro lado.

Financiación

No ha recibido financiación.

Bibliografía

1. Límón E, Blay C, Ledesma A. Las necesidades poblacionales, una llamada a la transformación de la atención primaria. *Aten Primaria*. 2014;47:73-4.

Miquel Reguant, Albert Planes, Irene Alcalá, Noemí Amorós, Carme Batalla*, María José Fernández de Sanmamed, Roser Marquet, Ramon Morera, Eva Peguero, Laia Riera, Marisa Rubio y Gemma Torrell

Grup d'Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC)

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: etica@camfic.org (C. Batalla).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.014>

Estrategias para promocionar la salud podológica, después de 10 años



Strategies to promote podiatric health, after 10 years

Sr. Director:

El Departamento de Podología de la Universidad de Sevilla organiza, desde el curso 1996-97, intervenciones educativas dirigidas al empoderamiento comunitario en materia de salud del pie, para favorecer la mejora de la calidad de vida a nivel general y de los pies de manera especial. Desde el curso 2004-05 el registro de las intervenciones ha sido exhaustivo¹.

Es necesario modificar los determinantes socioeconómicos de la salud podológica, ya que, actualmente, no es posible garantizar el principio de equidad, encontrándose desigualdades sociales en salud podológica debido a la carencia de la figura del podólogo en los Servicios Públicos de Salud españoles, a excepción de las Comunidades Autónomas de Cantabria y Valencia. La Podología, a través de podólogos comprometidos con la tarea comunitaria,

procura conseguir un nivel de salud podológica que permita a todas las personas llevar una vida social y económicamente productiva². El cuidado de los pies no puede seguir siendo, más que un derecho, un privilegio reservado para los grupos más pudientes.

Para fundamentar las intervenciones se han tenido en cuenta los valores que supusieron las declaraciones y cartas de la OMS, que dieron a la participación en la comunidad un papel esencial^{3,4}. Es necesario que se tomen iniciativas implicando cada vez más a la población y a los profesionales sanitarios en actividades que favorezcan que las personas se doten de los recursos necesarios para alcanzar una vida sana, autónoma y alejada de situaciones de dependencia⁵. Con esta idea, desde las líneas de investigación «*Salud Podológica para Todos*» y «*Podología Preventiva y Comunitaria*», englobadas dentro del Grupo de Investigación Hermes (CTS-601), se vienen llevando a cabo en Andalucía Occidental (Sevilla, Cádiz, Huelva y Córdoba) estrategias de intervención para incrementar la salud de los pies y para divulgar la figura del podólogo.

La principal estrategia empleada ha sido el Programa de Salud Escolar Podológica, que ha permitido aplicar el método epidemiológico. Los objetivos, variables y análisis de resultados han quedado reflejados en 2 tesis y 6 trabajos fin de máster que han seguido esta línea de investigación.