



medicina general y de familia

edición digital

www.elsevier.es/mgyf



Artículo de opinión

Los cambios en el paciente desde el punto de vista médico

Francisco Hernansanz Iglesias

UGAP Sabadell Nord, Sabadell, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de enero de 2015

Aceptado el 4 de junio de 2015

On-line el 7 de septiembre de 2015

Palabras clave:

Envejecimiento poblacional

Atención a la cronicidad

Gestión del sistema sanitario

Información al paciente

R E S U M E N

Como sanitarios asistimos al progresivo envejecimiento poblacional que conlleva cronicidad y discapacidad y que precisará no tanto prevención o curación, sino cuidados y mayor coordinación. En el debate actual entran en juego corresponsabilidad con la salud, participación en el diseño y gestión del sistema sanitario, alfabetización sanitaria y la excesiva medicalización de la vida. La inmediatez se ha convertido en urgencia médica y esta inmediatez no está exenta de riesgos. Se constata la transcendencia de saber explicar, escuchar y tranquilizar en los encuentros sanitarios. Internet comienza a facilitar el acceso al historial clínico, trámites administrativos, facilita encuentros no presenciales, provoca cambios en los comportamientos de salud pero a su vez desinformación, ansiedad, expectativas alejadas de la realidad y desigualdades. Saber conciliar los fines de la medicina ante los nuevos entornos y escenarios sanitarios descritos en este texto facilitará el equilibrio entre expectativas futuras de salud que deseáramos conseguir y las posibilidades presentes.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Changes in patients from the medical point of view

A B S T R A C T

As clinicians we witness the gradual ageing of the population that entails chronicity and disability and that will require not only prevention or curing, but also care and better coordination. The current debate is where joint responsibility with health, participation in design and healthcare management, health literacy and excessive medicalization come into play. Immediacy has become a medical emergency and this immediacy is not without risks. The importance of explaining, listening and reassuring during health encounters has been noted. Internet is beginning to facilitate access to clinical history, administrative procedures; it promotes changes in health behaviours, but also misinformation, anxiety, unrealistic expectations and inequalities at the same time. Reconciling the motivations of medicine

Keywords:

Ageing population

Attention to chronicity

Health system management

Patient information

Correo electrónico: fhi2002@comz.org

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.08.008>

1889-5433/© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

when it comes to new health environments and scenarios described in this text will facilitate the balance between future health expectations of what we would want to obtain and present possibilities.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Se trata en este texto de ser lo más imparcial posible, intentando repartir pecado y éxito, que los hay, entre todos los actores implicados en un sistema de salud. No pretende ser una revisión sistemática; al contrario, apoyándonos en la literatura y comentarios de profesionales, y con algunos ejemplos prácticos, se procura señalar las transiciones demográficas, epidemiológicas, tecnológicas y las expectativas en los beneficiarios de nuestro estado de bienestar que bajo el punto de vista de un profesional sanitario marcan y marcarán un futuro no lejano.

De pirámides a columnas poblacionales

Transición epidemiológica (menor mortalidad infantil, disminución de enfermedades infecciosas, aumento de enfermedades crónicas y degenerativas) conlleva longevidad y éxito, tanto del sistema sanitario como de otros determinantes de salud. Asistimos a una progresiva *rectangularización* de la curva de supervivencia acompañada de una compresión de mortalidad en edades más altas de la vida¹. ¿Teníamos octogenarios en 1900? Sí, lo que ocurre es que ahora se acumulan y, como decía aquel anuncio de pilas, «duran, y duran». Transición que dibuja un futuro de envejecimiento, con columnas poblacionales, con poco recambio generacional, en que multimorbilidad, longevidad y discapacidad devienen en un coctel anunciado desde hace años. Las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística, manteniendo las tendencias demográficas actuales, hablan de una pérdida de más de una décima parte de población en los próximos 50 años, crecimiento vegetativo negativo a partir de 2015 y de un 38,7% de la población mayor de 64 años en 2064. Longevidad se asocia a cronicidad y multimorbilidad; más del 80% de la población con 69 años tiene al menos una patología crónica². A la larga, un tercio de la población precisará no tanto de prevención o curación, sino cuidados, que no tendrán que venir siempre del sistema sanitario, pero sí de una mayor coordinación de este con el resto de los actores sanitarios y de propiciar estrategias complementarias para dar continuidad y trato personalizado e integral de la atención, sobre todo en zonas socioeconómicamente desfavorecidas.

La paradoja de la salud

Mayor esperanza de vida y peor salud percibida (paradoja de la salud) nos ofrecen una foto más completa y real que las posiciones de podio o diploma que ocupa nuestro país en las estadísticas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Contribuyen a esta paradoja la reducción de tasas de mortalidad de las enfermedades infecciosas

agudas, la prevalencia de trastornos crónicos y degenerativos, la conciencia amplificada de los síntomas, la incertidumbre, el aumento de prevalencia y gravedad de síntomas, el estatus socioeconómico (diferencias de más de veinte puntos porcentuales entre directores-gerentes y trabajadores no cualificados en lo que respecta a percepción de buena salud), los factores culturales, la comercialización generalizada de la salud y el creciente interés en temas de salud en los medios de comunicación, que instauran en ocasiones un clima de temor, inseguridad y alarma sobre la enfermedad. Concretamente, al medir en Cataluña³ el capital de salud (identificación de eventos negativos y positivos en el curso de vida y su impacto en el envejecimiento y el final de la vida), se observa mayor prevalencia y gravedad de patología osteoarticular y problemas de salud mental en población femenina mayor de 65 años, con las correspondientes limitaciones en las actividades habituales.

Conviene no confundir salud percibida con observada, ya que los países que proporcionan una mayor educación y mejores servicios médicos y de salud están en una mejor posición para diagnosticar y percibir mala salud que los menos favorecidos, en los que hay menos conciencia de enfermedad.

Recurriendo solamente a la morbilidad declarada como medida, tenemos unos estados desarrollados nada saludables en comparación con la salud envidiable (percibida) de algunos países aún en vías de desarrollo con un pobre estado de bienestar⁴.

Pregúntate qué puedes hacer tú por la salud. Parafraseando a John F. Kennedy¹

Consiste en transitar de la crítica pasiva y la indiferencia a la invitación general a asumir responsabilidades en las intervenciones sanitarias más allá del manido copago. Participación en el diseño y gestión del sistema en el ámbito local, debatir cuestiones públicas colaborando en órganos de participación de las administraciones públicas (consejos de salud) o como sociedad civil (jurados ciudadanos, Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria, universidad de pacientes, foro de pacientes, programas de pacientes expertos, escuelas de pacientes, asociaciones de enfermos)⁵; sin olvidar la participación (ciudadana) junto con la transparencia y la rendición de cuentas (instituciones) como instrumento democrático y de buen gobierno sanitario.

Desde el punto de vista clínico, un paciente más activo supone dejar de lado el modelo paternalista y prestar atención centrada en el paciente o, lo que es lo mismo, no hay

¹ No te preguntes qué puede hacer tu país por ti, pregúntate qué puedes hacer tú por tu país. John F. Kennedy.

enfermedades sino enfermos. Parece lógico entonces conocer el contexto, los valores y las preferencias del usuario ante cualquier decisión en la consulta. Nada más lejos de la realidad, como en el caso de las Guías de práctica clínica (nuestro *gold standard* de calidad) y su limitada aplicabilidad en pacientes con multimorbilidad⁶, con el problema añadido de conciliar evidencia científica con valores y preferencias que colisionan con el pago por desempeño.

Una forma de paliar este déficit vendría de la implicación de los usuarios en el diseño de la guías, como ya ofrece el portal GuíaSalud, o del desarrollo metodológico y la elaboración de guías en los pacientes con pluripatología⁷. Y como de todo hay en la viña del señor, resulta lógico que existan usuarios que prefieran el paternalismo a las decisiones compartidas: «Sí, sí, doctor, pero si fuera su madre, ¿usted qué haría?».

Alfabetización sanitaria como determinante de salud

Pero para tener pacientes activos precisamos, requerimiento *sine qua non*, de alfabetización sanitaria (*health literacy*), entendida esta como habilidad para obtener, procesar y entender información básica en salud y así tomar decisiones apropiadas; y aquí estamos pez. La literatura publicada⁸ nos devuelve a la realidad, con niveles bajos de alfabetización en salud en más de un 25% de la población norteamericana, con un patrón evidente de desigualdades socioeconómicas (niveles bajos o muy bajos de alfabetización en salud para estratos que no han terminado educación básica, para negros, hispanos y otras minorías étnicas, para quienes no tienen seguro sanitario y en los mayores de 65 años). Y la cosa no difiere mucho de lo que observamos en Europa; concretamente, en España no estamos para echar cohetes: cerca del 60% presenta niveles inadecuados o problemáticos de alfabetización sanitaria⁹.

Y si de falta de conocimientos básicos adolecemos bastante, no es de extrañar que el paciente desconfíe o dude de conceptos más enrevesados como la «Medicina basada en la evidencia», las decisiones compartidas, la transparencia en costes y los estándares de calidad¹⁰. Los usuarios no se creen que existan variaciones en la práctica médica y profesan alta credibilidad en la profesión médica: al preguntarles sobre infrautilización, sobreutilización y falta de efectividad opinan que cuanto más, cuanto más caro y cuanto más novedoso es siempre mejor, y que alentar a los consumidores a participar activamente en su atención de salud no va con ellos. Llamativa y certera también la opinión sobre protocolos y Guías de práctica clínica: rigidez, tratan enfermedad, no enfermos, y son vistas como un medio de defensa del médico ante potenciales reclamaciones.

¿Y esto de la *health literacy* es tan trascendental? La respuesta no deja lugar a dudas: comenzamos a tener evidencia de cómo la baja alfabetización sanitaria es un factor de riesgo de morbilidad intrínseco en alza, concretamente mayor prevalencia de síntomas depresivos, limitaciones físicas, padecimientos crónicos, tabaquismo, inactividad física, alcoholismo, incremento de hospitalizaciones, uso de emergencias médicas, pobre adhesión a tratamientos y dificultad para interpretar prospectos de medicación. Y en cuanto a mortalidad, las cifras casi se triplican^{11,12}.

Ansia de más y más, que diría Juan Gervas

Sin ánimo de ser exhaustivo, como sanitarios observamos y participamos (activamente) en: una excesiva medicalización de la vida: un fármaco para cada síntoma, síntomas que no pueden quedar huérfanos de diagnóstico, una búsqueda insaciable de salud con una percepción de buena salud a la baja a pesar del incremento de esperanza de vida, una creciente comercialización de la salud, con unos medios de comunicación en los que lo excepcional genera mayor atracción que lo habitual, lo excepcional fascina (implante de cara, genoma humano). Se produce, por un lado, una amplificación social del riesgo (olvidando que el riesgo cero no existe) y, por otro, una simplificación de temas sanitarios complejos (cáncer de cérvix y su solución: vacuna del virus del papiloma humano)¹³.

En relación con la utilización de los servicios sanitarios en nuestro país, hace años que se constató un patrón diferente entre la población que dispone de cobertura sanitaria solo pública, el colectivo de la doble cobertura y el colectivo de mutualistas, patrón que sigue vigente a día de hoy¹⁴. Para los primeros, la probabilidad de visitar al médico general es 2,8 veces mayor que la de visitar al especialista; para los segundos la razón es de 1,4 visitas al médico general por cada visita al especialista; mientras que los mutualistas muestran un patrón «invertido», al visitar un 35% más al médico especialista que al médico general, cuando en realidad confiesan ser los más sanos en las Encuestas Nacionales de Salud. Guiarse entonces por la utilización de cada individuo supone centrarse en las personas de peor salud subjetiva, quienes con bastante frecuencia son los de mejor salud objetiva, que alimentan y acrecientan hasta el infinito la omnipresente «ley de cuidados inversos».

Dice el refrán que «la letra con sangre entra». Plasmamos, pues, algunos ejemplos sangrantes de castigo corporal concreto:

- Ante las nuevas recomendaciones de la USPSTF sobre el cribado de mama, el «85% de encuestadas consideran inseguras las nuevas recomendaciones y un 86% no retrasará el cribado hasta los 50 por mucho que lo diga su médico»¹⁵.
- Ante la citología de cuello uterino, «75% lo prefería anual (de estas, 12% cada 6 meses); sobre la recomendación de hacerlo cada 2 o 3 años, la mitad pensaba que era para ahorrar gastos y el 43% porque tenía justificación científica. Entre las que se hacían una citología anual, el 63% pensaba que no había que dejarlo de hacer a ninguna edad. Lo mismo pensaban las que se habían sometido a una histerectomía total (y no tienen cuello de útero)»¹⁶.
- Preocupante el entusiasmo por el cribado de cáncer en Estados Unidos¹⁷, donde un 40% de la población considera unos irresponsables a todos los octogenarios que no se sigan sometiendo a mamografías periódicas, PSA, citologías y colonoscopias.
- En el mismo original, y como ejemplo de fascinación tecnológica, ante la disyuntiva de poder elegir entre 1.000 USD en mano o una tomografía computarizada de cuerpo entero, la balanza se decanta del lado de la radiación, entusiasmo que crea un ambiente propicio para la difusión prematura de tecnologías y pone en riesgo al usuario con cribados

innecesarios y sobretreatmento. Con este panorama, no es de extrañar que la actividad sanitaria contribuya en ocasiones y de forma nada desdeñable a la mortalidad.

La cultura de la prisa y la impaciencia: la urgencia

La inmediatez ha convertido la urgencia personal en urgencia médica, sin importar quién preste atención, si se presta de inmediato, con uso iatrogénico de tecnología diagnóstica y terapéutica en lugar de fomentar la longitudinalidad de la atención y el «esperar y ver», claves en la eficiencia del primer nivel asistencial. La urgencia de ser visitado, aunque sea por distintos profesionales y por diferentes niveles asistenciales, conlleva triplicar el número de errores médicos¹⁸; las prisas en consultas desbordadas conllevan prescripciones de riesgo. El «capricho» de acudir a Urgencias de hospital sin causa urgente justificada (35% de los casos se consideran utilización inadecuada) tiene consecuencias sobre el resto de los usuarios que también acuden a esa misma puerta: largos tiempos de espera están asociados a mayor riesgo de muerte a corto plazo y mayor probabilidad de ingreso hospitalario¹⁹. Esta masificación de los Servicios de Urgencia hospitalarios puede ser a expensas de casos que podrían ser asistidos en otros niveles de atención sanitaria, fundamentalmente la atención primaria de la salud. Intuitivamente, parece razonable que para disminuir las visitas no urgentes en los hospitales se mejore la accesibilidad a la Atención Primaria, pero alguna experiencia nos avisa de que no parece existir sustituibilidad entre las urgencias de estos 2 niveles²⁰, independientemente de que la mayor accesibilidad a las Urgencias en Atención Primaria, en sí misma, mejore la calidad de la asistencia y la satisfacción de la población. El Barómetro Sanitario del CIS de 2012 preguntaba, entre otras, la razón de acudir a un Servicio de Urgencias hospitalario. En ella, el 35,6% respondía que había más medios. ¿Fascinación tecnológica?

La prioridad en consulta: comunicación e información

Calidad científico-técnica no puede transitar sin calidad humana. Ambas generan un clima de confianza que ya de por sí tiene efecto terapéutico. La calidad científica servirá para decir «no» a peticiones caprichosas de los usuarios. La finalización de los encuentros profesional-paciente habiendo satisfecho expectativas tiene efectos sobre el resultado: menos preocupados ante la posibilidad de una enfermedad grave y en caso de proporcionar información diagnóstica y/o pronóstico, más propensos a obtener el alivio de los síntomas y mejorar funcionalidad a las 2 semanas²¹.

La literatura que intenta aclarar cuáles son esas expectativas del paciente en el encuentro con el profesional escasea, pero nos ofrece pistas para mejorar los encuentros en consulta. Tiempo, explicar, escuchar y tranquilizar ponen de manifiesto la importancia que los usuarios dan a la comunicación y la información en los encuentros médico-paciente, en los que, en ocasiones, sobre todo en consultas de Atención Primaria, el tratamiento biomédico es una prioridad menor²².

Dada la incertidumbre que rodea a cualquier decisión en la práctica de la medicina, que se afina con el tiempo, el estudio y la experiencia, es una oportunidad de oro para introducir de forma transversal estas habilidades de consulta en la formación de grado y posgrado.

La red: amenazas y oportunidades

Y en la era de las tecnologías de la comunicación y la información, no podíamos terminar sin hacer mención a la red, sus potencialidades y efectos adversos. Hasta hace no mucho, el profesional sanitario era la fuente de información biomédica. Hoy la red ha supuesto un cambio sustancial tanto por accesibilidad como por su rapidez. La búsqueda de temas sanitarios ocupa en los internautas un lugar y tiempo destacados, por delante del uso de banca electrónica, participación de redes sociales, formación *on-line*...

El uso de esta herramienta para buscar información sobre salud entre los pacientes de un centro de salud alcanza al 61% de usuarios, y llega hasta el 83,5% en el grupo de 25 a 44 años²³.

Lo importante aquí no es el acceso, que también, sino los cambios en los comportamientos de salud que produce Internet, cambios que se producen principalmente en los menores de 45 años; predomina la búsqueda de información previa y posterior a la consulta y, en menor grado, la búsqueda para discutir en consulta acerca de un diagnóstico-tratamiento, cancelar una cita o dejar de tomar una medicación. Tener acceso a la información de salud en línea parece estar asociado con un número creciente de pacientes «preguntones» (en el buen sentido) y autosuficientes²⁴.

No hay que olvidar que la red también genera desinformación, ansiedad, expectativas alejadas de la realidad y aumenta desigualdades sociales en forma de «brecha digital». Se debe tener precaución con la sobredosis informativa que no pasa por el filtro de la revisión. Así, 9 de cada 10 artículos de la Wikipedia que se dedican a las 10 patologías médicas de más gasto en Estados Unidos contienen numerosos errores al cotejarse con las fuentes revisadas por pares²⁵. Wikipedia, por cierto, es utilizada tanto por estudiantes de medicina como por los propios sanitarios. Se trata de un problema que pone de manifiesto el desconocimiento de las bibliotecas virtuales y las herramientas de búsqueda de literatura científica en la profesión.

Y no menos importante es el uso de las redes sociales por parte de los miembros de la profesión sanitaria, donde puede quedar al descubierto lo más íntimo de cada uno. Se daña el profesionalismo tanto en estudiantes como en profesionales, se vierte información personal que puede causar angustia y desconfianza a los pacientes, alterar los límites profesionales entre paciente y sanitario e incluso llegar a afectar los procesos de selección de los futuros candidatos a la universidad²⁶.

Y de la misma forma que hoy no se concibe una prohibición al acceso a los extractos bancarios de nuestras cuentas *on-line*, tampoco se concibe una historia clínica electrónica que no sea accesible al paciente, su propietario. Los pacientes consideran irrenunciable el acceso a la historia clínica electrónica y anteponen su acceso a la privacidad²⁷. Aunque tímidas, ya comenzamos a beneficiarnos de iniciativas que permiten acceso, consulta, generación de trámites (petición de visita,

impresión de receta electrónica, partes de baja...) y las nuevas herramientas están sustituyendo el tradicional encuentro médico cara a cara por encuentros virtuales. Próxima estación: participación activa del usuario en su historia clínica electrónica.

Conclusiones

Lo que la mayoría de los usuarios quieren es la seguridad de saber que los servicios de salud estarán allí cuando los necesiten, que sus opiniones y preferencias serán tomadas en cuenta, que se les dará la ayuda que necesitan para ayudarse a sí mismos, que puedan acceder a información fiable sobre su enfermedad y las opciones de tratamiento, que no tendrán que preocuparse por las consecuencias financieras de estar enfermos, que los beneficios se distribuirán equitativamente y que los recursos públicos serán utilizados de manera eficiente para el bien de todos²⁸.

Nuestra obligación, como profesionales sanitarios, es explicar los límites de la medicina, evitar, tratar, paliar el sufrimiento humano y ayudar a bien morir. Quien sepa cómo conciliar los fines de la medicina ante los nuevos entornos y escenarios sanitarios descritos en este texto, y que inevitablemente provocarán nuevos papeles y responsabilidades de los profesionales de la salud, logrará el equilibrio entre expectativas futuras de salud que deseáramos conseguir y las posibilidades presentes²⁹.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Vicente Ortún y Juan Gervas, por los comentarios previos a la publicación del texto.

BIBLIOGRAFÍA

- Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Eng J Med*. 1980;303:130-5.
- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380:37-43.
- García-Altés A, Pinilla J, Ortuño V. The evolution of health status and chronic conditions in Catalonia, 1994-2006: The paradox of health revisited using the Blinder-Oaxaca decomposition. *BMC Health Services Research*. 2011;11:116.
- Sen A. Health: Perception versus observation. *BMJ*. 2002;324(7342):860-1.
- Segura A. La participación ciudadana, la sanidad y la salud. *Gest Clin Sanit*. 2010;2:55-62.
- Wyatt KD, Stuart LM, Brito JP, Carranza León B, Domecq JP, Prutsky GJ, et al. Out of context: clinical practice guidelines and patients with multiple chronic conditions: A systematic review. *Med Care*. 2014;52 Suppl 3:S92-100.
- Bernabeu-Wittel M, Alonso-Coello P, Rico-Blázquez M, Rotaecche del Campo R, Sánchez Gómez S, Casariego Vales E. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. *Aten Primaria*. 2014;46:385-92.
- U.S. Department of Health and Human Services. America's health literacy: Why we need accessible health information [Internet]. Washington (DC): DHHS; 2008.
- HLS-EU CONSORTIUM (2012). Comparative report of health literacy in eight eu member states. The european health literacy survey hls-eu, online publication [consultado 29 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.health-literacy.eu>
- Carman KL, Maurer M, Yegian JM, Dardess P, McGee J, Evers M, et al. Evidence that consumers are skeptical about evidence-based health care. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29:1400-6.
- Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: Longitudinal cohort study. *BMJ*. 2012;15:e1602.
- Health Literacy Interventions and Outcomes: An updated systematic review: Executive Summary. March 2011. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [consultado 3 Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/litupsum.html>
- Cofiño R. Prevención del cáncer de cuello de útero: ¿hacia dónde vamos? [Internet] [consultado 1 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/rcofinof/prevencion-del-cancer-de-cuello-de-tero-hacia-donde-vamos>
- Rodríguez M, Stoyanova S. The effect of private health insurance access on the choice of GP/specialists and public/private provider in Spain. *Health Econ*. 2004;13:689-703.
- Davidson AS, Liao X, Magee BD. Attitudes of women in their forties toward the 2009 USPSTF mammogram guidelines: A randomized trial on the effects of media exposure. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205, 30.e1-30.e7.
- Gervas J. Ansia (femenina) de más y más (citologías). *Gest Clin Sanit*. 2005;7:113.
- Schwartz LM, Woloshin S, Fowler FJ Jr, Welch HG. Enthusiasm for cancer screening in the United States. *JAMA*. 2004;291:71-8.
- Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J, et al. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Affairs (Millwood)*. 2005;16 Suppl:509-25.
- Guttmann A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ*. 2011;342:d2983, doi:10.1136/bmj.d2983.
- Oterino D, Baños JF, Fernández V, Rodríguez A. Impacto en Asturias de las urgencias de Atención Primaria sobre las hospitalarias. Un análisis de cointegración de series temporales. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:191-200.
- Jackson JL, Kroenke K. The effect of unmet expectations among adults presenting with physical symptoms. *Ann Intern Med*. 2001;134:889-97.
- Ruiz Moral R, Gavilán Moral E, Pérula de Torres LA, Jaramillo Martín I. ¿Cuáles son las expectativas de los pacientes cuando acuden a una consulta de atención primaria y qué piensan los médicos sobre ellas? *Revista de Calidad Asistencial*. 2008;23:45-51.
- Marín-Torres V, Valverde Aliaga J, Sánchez Miró I, Sáenz del Castillo Vicente MI, Polentinos-Castro E, Garrido Barral A. Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. *Atención Primaria*. 2013;45:46-53.
- Santana S, Lausen B, Bujnowska-Fedak M, Chronaki CE, Prokosch HU, Wynn R. Informed citizen and empowered

-
- citizen in health: results from an European survey. *BMC Fam Pract.* 2011;12:20.
25. Hasty RT, Garbalosa RC, Barbato VA, Valdes PJ Jr, Powers DW, Hernandez E, et al. Wikipedia vs. peer-reviewed medical literature for information about the 10 most costly medical conditions. *J Am Osteopath Assoc.* 2014;114:368-73.
26. MacDonald J, Sohn S, Ellis P. Privacy, professionalism and Facebook: A dilemma for young doctors. *Med Educ.* 2010;44:805-13, doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03720.x.
27. Accenture 2014 Patient Engagement Survey [consultado 24 junio 2014]. Disponible en: <http://www.accenture.com/SiteCollectionDocuments/PDF/Accenture-Consumers-with-Chronic-Conditions-Electronic-Medical-Records.pdf>
28. Coulter A. What do patients and the public want from primary care? *BMJ.* 2005;331(7526):1199-201.
29. Gervas J, Pérez Fernández M. Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias). Barcelona: Libros del Lince; 2013.