MESAS

Influencia de la informatización de la Atención Primaria en el trabajo de los profesionales y en la salud de la población

Moderador:

L. García Olmos

Médico de Familia. Coordinador de la Unidad Docente de MFyC del Área 2, Madrid.

Ponentes:

R. Bravo Toledo

Médico de Familia. Centro de Salud Sector III, Getafe (Madrid). Miembro del GdT Sistemas de información de la semFYC.

J. Gervás Camacho

Médico General Rural. Centro de Salud de Canencia de la Sierra, Centro de Salud de Garganta de los Montes, CEA de El Cuadrón, Madrid. Equipo CESCA.

J. Bonís Sanz

Médico Residente de MFyC. Centro de Salud Espronceda, Área 7, Madrid. Fundador de Keyose.com.

Introducción

La informática se introduce en medicina como una herramienta administrativa. Los primeros antecedentes de historia clínica informatizada se remontan a mediados de los años sesenta del siglo pasado y en atención primaria comienza a utilizarse en los años ochenta.

En España, a finales de los ochenta, se introduce la informatización como herramienta administrativa para la gestión de agendas y obtención de datos para los gestores. Esta etapa tuvo una duración breve y no fue bien aceptada por los profesionales.

A finales de los noventa comienza a introducirse la historia clínica informatizada. Inicialmente, la experiencia pivota sobre unos pocos modelos de historia clínica pero con el transcurso de los años, al completarse el proceso transferencial de las competencias sanitarias, nos encontramos con una situación diferente; si bien el modelo OMI-AP es el más extendido (Madrid, Asturias, Aragón, Murcia y la Rioja), otras comunidades autónomas optan por distintos modelos de informatización: en Andalucía con Diraya, Comunidad Valenciana con Abucasis II, País Vasco con Osabide, Castilla la Mancha con Turriano, Extremadura con Jara, por citar algunas.

El proceso de informatización está sometido a cambios rápidos y continuos, lo que hace difícil describir con precisión la situación en el momento actual. En diciembre de 2007 estaba informatizado el 80% de los centros de salud, las comunidades autónomas más avanzadas tenían informatizado el 98% de sus centros y las más atrasadas un 30%.

Se han producido inversiones importantes para informatizar la atención primaria en España y, sin embargo, la falta de interoperabilidad entre sistemas da una imagen decepcionante del proceso de informatización. Ante este panorama han surgido diferentes iniciativas estatales. Los Ministerios de Industria, Turismo y Comercio, el de Sanidad y Consumo Red.es han desarrollado un programa cuyo principal objetivo es lograr en 2008 el acceso telemático a los servicios de salud en todas las comunidades autónomas, a través de distintas actuaciones: historia clínica electrónica, receta electrónica, cita médica por internet y telemedicina.

El Ministerio de Sanidad, en el seno del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, incluye un proyecto de historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud. El objetivo de este proyecto es garantizar a los ciudadanos que los profesionales sanitarios tengan acceso a la información clínica relevante que precisen en cualquier momento y lugar del SNS. Establece como competencia de las comunidades autónomas la regulación de la estructura y contenidos de las historias clínicas, en su ámbito de competencia. Corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo establecer mecanismos de intercambio electrónico de información, previamente acordados con las comunidades autónomas.

En relación a la informatización, en 2007 se incorporó una nueva pregunta al barómetro sanitario. Un 92% de los ciudadanos considera beneficioso que el médico pueda acceder a la historia clínica por ordenador, cuando un paciente necesita asistencia fuera de de su lugar de residencia.

El concepto de informatización es amplio, a veces intercambiable con los de tecnologías de la información (TI) y tecnologías de la información y comunicaciones (TIC). Bajo el título TI, sin hacer una lista exhaustiva, se incluye: historia clínica electrónica, ayuda para la toma de decisiones, entradas de órdenes informatizadas, informática para pacientes, telemedicina, redes de intercambio de datos, sistemas de gestión, redes de intercambio de datos. Dado el amplio espectro de áreas que incluye, en esta mesa, por haber sido el campo más desarrollado en España, nos ceñiremos a tratar el tema de la historia clínica electrónica.

A la historia clínica electrónica se le atribuyen ventajas sobre la historia en papel, entre ellas, sin ser exhaustivos, se citan:

– Evita errores y duplicidades.
– Ayuda y mejora la introducción de datos con acceso ágil e inmediato cuando se precisan.
– Genera informes, recordatorios o alertas.
– Facilita el seguimiento de protocolos y guías de práctica clínica.
– Sirve de soporte para la toma de decisiones.
– Optimiza la gestión administrativa.
– Facilita la fármacovigilancia.
– Facilita la evaluación de la calidad asistencial.
– Sirve de soporte para la formación y la investigación.

En definitiva, la informatización de la historia clínica en atención primaria en España ha supuesto, en la última década, una inversión económica muy importante. Este hecho debería bastar para necesitar una demostración de cuáles han sido los beneficios de esta intervención. Sin embargo, en la literatura no abundan los estudios sobre el impacto de la informatización sobre la atención sanitaria recibida por los pacientes en nuestro país.

Tras 25 años de la introducción de la historia clínica informatizada, es tiempo de preguntarnos ¿qué impacto ha tenido la informatización sobre los profesionales y sobre los pacientes?

Impacto de la informatización de la atención primaria en el trabajo de los profesionales: una visión personal documentada

R. Bravo Toledo

Nuestra generación no se habrá lamentado tanto de los crímenes de los perversos, como del estremecedor silencio de los bondadosos.
(Martin Luther King, 1929-1968)

Un día, hace tiempo, al empezar la consulta me di cuenta de que me había dejado el fonendo en casa de Asunción, era el único que tenia, el de los avisos, residente en la cartera, hacía tiempo que se había roto y desde

entonces hacía los domicilios con el mismo material que utilizaba en consulta. Como era un día no muy ajetreado, y para intentar demostrar una tesis que me rondaba la cabeza hacía tiempo, me propuse pasar la consulta sin fonendo. Lo intentaría, creía que podría hacerlo de igual manera que si lo tuviera; sólo me puse como límite que bajo ningún concepto mi empeño en pasar la consulta sin este instrumento podría perjudicar a los pacientes, y que haría y utilizaría lo que hago y utilizo en la consulta de un día normal. Mi empeño fue vano, al quinto paciente ya lo echaba de menos y dos pacientes más tarde tuve que pedirle a mi enfermero el fonendo tipo dra pepis que junto a los aparatos de toma de tensión adornan las paredes de las consultas de mi centro de salud.

Una cosa parecida ocurrió cuando, gracias la "eficacia" del encargado de suministros, nos quedamos sin depresores de madera o incluso el día que nos faltaron los guantes desechables. Recordando la idea que las cosas que son importantes de verdad, las que tienen impacto, son aquellas que si desaparecen se les echa de menos, al instante me pareció que estos instrumentos, incluso algunos considerados insignificantes, eran prácticamente imprescindibles. ¿Sería la historia clínica informatizada tan importante como estos útiles? Gracias a las mentes preclaras que se ocupan del mantenimiento informático no hizo falta esperar mucho. Un día decidieron que se debía realizar una actualización mayor que ocupaba varias horas, durante la jornada laboral; de nada sirvieron las quejas, ni las reclamaciones. ¡Mire Ud, si nos deja sin historia clínica es como si nos dejara desnudos! ¡No se puede pasar consulta así! Pero sí que pudimos; es más, ese día acabamos antes; pertrechados de los antiguos impresos, el boli, algo de temor y un poco de paciencia comprobamos que se podía pasar perfectamente una consulta de atención primaria sin servirse del ordenador.

Hace también algún tiempo, y cuando me disponía a entrar en la gerencia, dejé el paso y saludé a directivas de mi área. Se las veía contentas y sus ademanes delataban un estado de ánimo cuando menos alegre. Al preguntarles por el motivo de su regocijo me comentaron que, al contrario que otros días, en los que tenían que lidiar con mil y un problemas, a veces desagradables, ese día se iban a dedicar por entero a "ir de compras". ¿Y eso? Se iba a inaugurar un nuevo centro de salud y ellas eran las encargadas de elegir el mobiliario y todo el material decorativo que vestiría el nuevo centro. Ante mi cara de extrañeza me preguntaron qué es lo que me parecía desacertado y si no creía que ellas fueran las indicadas para realizar esas gestiones. Pues sí, conteste; se me ocurren varias personas como las más indicadas, desde un decorador profesional hasta las personas que van a trabajar en ese centro.

Por último, recordar cómo hace ya algunos años un gerente británico de atención primaria nos miraba con envidia cuando les respondíamos que 3, a lo sumo 4, eran los programas de HCI que existían en la atención primaria española. Él tenía que lidiar con más de 20 tipos diferentes de programas. Hoy, casi 10 años más tarde, la fuerza del mercado ha reducido a menos de la mitad las aplicaciones informáticas de HCI en el Reino Unido y la fuerza de la política ha multiplicado por 4 el número de programas en nuestro país.

Estas anécdotas reflejan bastante bien el (pobre) impacto de la historia clínica electrónica, digital, informatizada, etc. en los profesionales sanitarios y sus probables causas. Por un lado, las grandes expectativas que surgieron ante su implantación se han visto escamoteadas por una deficiente implantación y, sobre todo, por un inexistente proceso de mejora e innovación una vez implementada. Por otro lado, el protagonismo en el desarrollo y mejora de esta nueva historia ha estado, y está, en manos no de los médicos o los pacientes, sino de informáticos, gerentes y políticos. El entusiasmo del profesional se ha visto defraudado, ya que no se han logrado las expectativas anunciadas. El desfase entre expectativas y la realidad ha creado un desengaño escéptico con múltiples facetas. Entre estas últimas podríamos distinguir dos clases: las generales, inherentes al desarrollo técnico y conceptual de la HCI que suceden en todos los sistemas sanitarios y en diferentes países, y los puramente locales, debidos a la particular idiosincrasia de nuestro país, sus sistemas sanitarios y el momento social y político en que se desarrolló la informatización de atención primaria.

Entre los generales, bien documentados en la literatura médica, se comprueba que (todavía) la historia clínica informatizada no ha logrado mejorar la calidad formal de la historia clínica, más bien la empeora. Tampoco parece mejorar la calidad asistencial medida por parámetros y no se ha podido demostrar su influencia en variables más duras, como la morbilidad. En el apartado de las tareas burocráticas, en su sentido amplio, se ha visto que si bien aligeran el trabajo burocrático mecánico, no mejoran ni aportan valor añadido, más bien al contrario, como se ha visto en el proceso de citación, la confección de partes de interconsulta, o el archivo de la información.

Entre los puramente locales, menos documentados, se pueden destacar la paupérrima mejora en la comunicación y los flujos de información entre diferentes niveles asistenciales. Destaca no tanto por su importancia, sino por ser el principal argumento para el desarrollo de historias clínicas centralizadas en muchas comunidades autónomas. Las dificultades técnicas, el desigual nivel de desarrollo informático en los diferentes niveles y, sobre todo, la falta de un modelo conceptual que lo soporte, son las causas del fracaso no publicado pero anunciado de este tipo de HCI. Tampoco se han mejorado como para poder hablar de un impacto clínico sustancial.

La informatización de la atención primaria creó una oportunidad y una disculpa para cambios conceptuales y organizativos que algunos visionarios intuyeron de forma clara. La introducción de esta herramienta suponía una nueva forma de trabajar en los equipos de atención primaria y una "resituación", si se me permite la palabra, de éstos en el mapa del sistema de salud. Desgraciadamente, estas esperanzas tampoco se han cumplido; visitar un centro de salud hoy en día está lejos de la utopía del centro sin papeles, es lo más parecido a un parque temático de nuevas y viejas tecnologías con el papel, la fotocopiadora, el fax, lo que Negroponte llamó representantes del atrasado mundo del átomo, capando por sus respetos.

El escaso protagonismo de los profesionales se ha traducido en el escaso desarrollo de la parte clínica de la HCI (este aparente contrasentido se entiende si se considera la HCI como el sistema de información integral de la gestión de todas las actividades de un centro de salud que ha sido el modelo mayoritariamente seguido en nuestro país). Se ha seguido la máxima de "quien paga manda", por tanto decide prioridades, inclinándose éstas hacia la organización de procesos asistenciales periféricos (como las citas, estadísticas, prescripciones, cartera de servicios, etc.) más que a las necesidades del clínico. Incluso asumiendo este orden de prioridades el resultado no ha podido ser peor. La inversión económica ha sido importante pero ha dado unos pobres resultados, los sistemas de información de la organización siguen igual de inexactos y laboriosos que en la era "prehistoria" y, salvo honrosas excepciones, poco ayudan a la toma de decisiones en la gestión. Se podría decir que se ha pagado mucho y se mandado poco y mal.

Otros aspectos, como el impacto de la informatización y la HCI en la investigación, y la generación de nuevo conocimiento, así como los sistemas de ayuda a la toma de decisiones en sus distintas variedades y la conexión con Internet, serán abordados durante la ponencia. Por otro lado, se comentará el impacto de los efectos adversos, esperados o no de la HCI, como puede ser la confidencialidad o el coste.

Conclusión

Las diferentes estrategias seguidas durante el proceso de informatización de la historia clínica de atención primaria en nuestros sistemas de salud pública han tenido un desigual impacto en los profesionales. Aunque colmados de buenas intenciones, actitudes favorables y expectativas sensibles, estos proyectos no han cumplido sus objetivos.

La universalidad de la asistencia, una prestación de servicios por parte de estructuras similares, la financiación uniforme, la relativa homogeneización formativa e ideológica de los profesionales, cierto grado de estandarización de la metodología de trabajo, hacían de nuestro país un inmenso laboratorio donde probar las oportunidades de las nuevas tecnologías para mejorar el trabajo de los profesionales e incrementar (o al menos intentarlo) el nivel de salud de la población. Después de transcurridos varios años desde la introducción de las primeras aplicaciones informáticas no se puede decir que con éstas se haya cumplido ni el 10% de nuestros sueños.

Bibliografía

Alonso López FA, Cristos CJ, Brugos Larumbe A, García Molina F, Sánchez Perruca L, Guijarro Eguskizaga A, et al. Informática en atención primaria (I). Aten Primaria. 2000;26:488-507.

Alonso López FA, Ruiz Tellez A, Guijarro Eguskizaga A. De la informática como obstáculo a la informática como excusa: mirando hacia el futuro. Aten Primaria. 1995;16:579-82.

Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. Ann Intern Med. 2006;144:742-52.

Custodi J, García C. Los sistemas de información en el INSALUD. Rev Calidad Asistencial. 2002;17:166-76.

Dick RS, Steen EB, Detmer DE. The computer-based patient record. An essential technology for health care. Institute of Medicine. National Academy Press. Washington, D.C. 1997. Disponible en http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309055326

Halamka JD, Szolovits P, Rind D, Safran C. A WWW Implementation of National Recommendations for Protecting Electronic Health Information. J Am Med Inform Assoc. 1997;4:458-64.
Hamilton WT, Round AP, Sharp D, Peters TJ. The quality of record keeping in primary care: a comparison of computerised, paper and hybrid systems. Br J Gen Pract. 2003;53:929-33.
Linder JA, Jun Ma J, Bates DW, Middleton B, Stafford RS. Electronic Health Record Use and the Quality of Ambulatory Care in the United States. Arch Intern Med. 2007;167:1400-5.
Negroponte N. Ser digital, Ediciones B, Barcelona, 1995.
Quesada Sabaté M, Prat Gil N, Cardús Gómez E, Caula Ros J, Masllorens Vilá G. ¿Ganamos o perdemos información con la informatización? Aten Primaria. 2001;27:649-53.
Roig Buscató C, Erra Yuste N, Seguer Toirán A, Belda Díaz S, Juncosa Font S. Opinión de profesionales y pacientes sobre la introducción de la informática en la consulta. Aten Primaria. 2005;36:194-7.
Salvador Rosa A, Moreno Pérez JC, Sonego D, García Rodríguez LA, De Abajo Iglesias FG. El Proyecto BIFAP: base de datos para la investigación farmacoepidemiológica en atención primaria. Aten Primaria. 2002;30:655-61.
Shaw LJ, De Berker DA. Strengths and weaknesses of electronic referral: comparison of data content and clinical value of electronic and paper referrals in dermatology. Br J Gen Pract. 2007;57:223-4.

La historia clínica electrónica: muchas promesas y pocos hechos

J. Gervás Camacho

Las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) son tan imprescindibles como la escritura en el siglo XXI. Por ello es lógico el uso ubicuo de las mismas en el sector sanitario, del mismo modo que se emplean en otros sectores, como el bancario o en la aviación. También en paralelo con estos sistemas, las TIC no hacen más que dar "alas" a la decisión humana, sin que puedan sustituirla por completo. Es decir, el avión necesita al piloto como la consulta necesita al médico. Pero una vez en la consulta, las TIC logran multiplicar la capacidad de decisión del médico, tanto en rapidez como en seguridad.

En ese sentido la historia clínica electrónica es el paso siguiente al de la historia clínica en papel, y su adopción no debería generar el menor problema. Pero no sólo hay problemas, sino muertes con algunas aplicaciones. Por ejemplo, con la introducción en un caso de la prescripción electrónica[1,2]. Las TIC tiene efectos adversos como toda herramienta y actividad médica. Conviene por ello atemperar las excesivas expectativas sobre la bondad y necesidad de la implantación universal de la historia clínica electrónica y de sus aplicaciones.

Antes de tomar decisiones sobre la historia clínica electrónica convendría saber lo que los médicos y pacientes esperan de ella. En España todo lo que sabemos por la vía de los hechos es lo que los administradores (políticos y gerentes) esperan de ella. Por ejemplo, en Holanda y en el Reino Unido fueron y son los médicos generales los que definieron los contenidos y funciones. Aquí se nos proporciona por el empleador una historia totalitaria que sirve a los fines de la Administración, no de los clínicos ni de los pacientes. De hecho, es un modelo único (por comunidad autónoma), que da poca información agregada e inteligente durante el encuentro médico-paciente. Y que no da el mínimo poder al paciente, ni añade la transparencia al acto clínico y a la gestión de los recursos a que aspira una sociedad del siglo XXI.

En la búsqueda de la velocidad se pierde la relevancia. No hemos sido capaces de conceptualizar el proceso de decisión clínica, pero se nos prometen mejoras increíbles y probablemente innecesarias. Por ejemplo, nos prometen sistemas de ayuda al diagnóstico[3], pero ¿los necesitamos?[4]. Vivimos en una "tiranía del diagnóstico" que sólo sirve a los especialistas y a los que venden métodos diagnósticos, pues en primaria hasta la mitad de los casos se resuelve sin diagnósticos[5-8]. El énfasis en el diagnóstico que se promueve con las TIC, ¿conlleva mejora o empeoramiento clínico en primaria? Es relevante esta cuestión, a la vista de los posibles graves efectos secundarios y adversos de las TIC.

El desarrollo y la adopción de la historia clínica electrónica exigen las mismas normas y formas que el desarrollo y la adopción de, por ejemplo, los medicamentos. No puede ser que la supuesta calidad y seguridad que añaden sea un salvoconducto para su implantación sin reflexión. La calidad no justifica la barbarie de implantar métodos sin evaluar[9]. Además, contra lo que muchos clínicos creen, no se ha demostrado el impacto de la historia clínica electrónica en la calidad de la atención clínica[10]. Por supuesto, tampoco se ha demostrado ningún impacto positivo ni en la morbilidad y ni en la mortalidad. A lo más que se llega es a una mejora, por ejemplo en 6 de 14 estudios, de las cifras de hemoglobina glucosilada[11], pero no sabemos si a costa de más comas hipoglucémicos y más muertes de diabéticos. En otro ejemplo se puede mejorar la identificación de pacientes "con factores de riesgo" para diabetes[12], pero ¿tiene eso impacto en la salud?

Las TIC no han demostrado ni siquiera una mejora en el simple proceso de citar al paciente. Lo han estudiado en el Reino Unido, después de invertir millones de libras esterlinas en la compra e implantación de un sistema estadounidense, el *Advanced Access*[13,14]. Es otro ejemplo más del contraste entre las promesas y los hechos. Lo mismo ha pasado con los sistemas electrónicos de mejora de la conexión entre urgencias y médicos de familia, que tampoco han tenido impacto clínico[15]. Ni siquiera en el proceso de derivación hay mejoras con la comunicación electrónica[16].

Tenemos problemas de conceptualización del proceso de atención y del de implementación de las TIC, como hemos visto con los ejemplos previos en primaria. Además, tenemos problemas respecto a la codificación, las normas y los estándares, lo que lleva a una torre de Babel[17,18] de la que es buen ejemplo la incompatibilidad en España de los *Abucasis, Diraya, Jara, Osabide* y demás desarrollos autonómicos (en espera de una norma europea que los violente y reconduzca a la lógica). Estas "historias clínicas electrónicas" son simples remedos de tal, archivos de uso más bien administrativo, que poco tiene que ver con una verdadera historia clínica electrónica[19], y que de ningún modo consideran otros avances que dan autonomía, independencia y libertad a los pacientes y son más propios del siglo XXI, como la historia clínica electrónica personal[20].

Por supuesto, el brillo de la tecnología nos puede cegar a médicos y a pacientes, pero aquellos suelen ver con más claridad los inconvenientes prácticos de la introducción sin más de la historia clínica electrónica[21]. Todo ello sin tener en cuenta los problemas específicos de las TIC, como el "corta y pega", la inundación de información irrelevante, la facilidad para la "ingeniería documental" y demás[22].

La innovación que mejora la clínica y el resultado en salud precisa de *1)* una organización dispuesta al cambio; *2)* profesionales clínicos que lideren el cambio; *3)* fomento de las relaciones personales; *4)* entornos ricos en conocimiento, y *5)* uso apropiado de las TIC[23]. Para mejorar, pues, necesitamos TIC que tengan impacto clínico, con hechos demostrados, pero esta condición es sólo una en un conjunto que no se da en los servicios sanitarios en los que trabajamos muchos médicos generales/de familia españoles. No podemos fiarnos de las promesas sin hechos de la implantación de la historia clínica electrónica.

Hay que tener en cuenta, además, al sector de población que rechaza verse "retratado" en una historia clínica electrónica y que tiene el derecho a ser atendido y a recibir la mejor calidad pese a ese rechazo. Cómo lograrlo en la práctica es también un reto que no puede resolverse *manu militari*.

Bibliografía

1. Pediatrics. 2005;116:1506-12.
2. E-health for safety. Luxembourg: European Communities; 2007.
3. Fam Pract. 2008;25:137-8.
4. Rev Esp Salud Pública. 2008 [en prensa].
5. J R Coll Gen Pract. 1963;6:58-84.
6. Fam Prat. 1998;8:305-7.
7. Milbank Q. 2002;80:237-60.
8. AMF. 2006;2:320-31.
9. N Engl J Med. 2007;357:608-13.
10. Arch Intern Med. 2007;167:1400-5.
11. J Gen Intern Med. 2006;21:105-10.
12. Fam Pract. 2007;24:230-236.
13. Br J Gen Pract. 2007;57:615-21.
14. Br J Gen Pract. 2007;57:603-4.
15. CMAJ. 2006;174:313-8.
16. Br J Gen Pract. 2007;57:223-4.
17. SEMERGEN. 2000;26:3-4.
18. N Engl J Med. 2008;358:1738-40.
19. SEMERGEN. 2000;26:17-32.
20. N Engl J Med. 2008;358:1653-6.
21. SEMERGEN. 2008;34:42-43.
22. N Engl J Med. 2008;1656-8.
23. Gac Sanit. 2008;22 Supl 1:20-6.

El futuro de la historia clínica digital: más clínica, más digital

J. Bonís Sanz

La historia clínica tiene una larga "historia". Surgió a principios del siglo XIX[1], impulsada por Corvisart, médico de Napoleón, como un registro de "notas de campo" altamente personalizado que cada médico utilizaba para escribir sus observaciones sobre los pacientes de modo que pudiera recordarlas en la siguiente visita.

En aquel momento no existían estándares, ni la historia clínica era utilizada como medio de comunicación entre profesionales, ni existían demasiadas pruebas complementarias que registrar.

Posteriormente los cambios en el modo en que la atención médica se organizaba obligaron a la "historia clínica" a adaptarse a nuevas necesidades.

La atención médica pasó de ser ofrecida principalmente en las consultas individuales de los médicos o los domicilios de los pacientes a organizarse en torno a grandes hospitales. Los médicos comenzaron a especializarse en áreas concretas del conocimiento, con lo que un paciente era tratado por un equipo de profesionales sanitarios. Los avances en la ciencia química y la aparición de los rayos X (roentgenogramas) obligaban a registrar cada vez más datos cuantitativos.

La historia clínica se convirtió entonces en una herramienta de comunicación entre profesionales sanitarios. En un documento compartido en cuya elaboración participaban numerosas personas. Esto obligó a estandarizar de algún modo la forma de registrar los datos. Apareció la estructura que conocemos actualmente: antecedentes personales, familiares, motivo de consulta, anamnesis, exploración física, pruebas complementarias. Aparecieron los registros de enfermería. Sin embargo, la nueva historia clínica se construyó sobre el paradigma anterior: el registro de "notas de campo" tradicional. Por ejemplo, se mantuvo la costumbre de organizar la información cronológicamente, lo cual tiene algunas limitaciones, como por ejemplo para buscar información de la que no puede conocerse el momento exacto en que se ha generado. Muchos médicos han sufrido la experiencia de tener que buscar en una carpeta llena de anotaciones alguna descripción sobre un electrocardiograma previo del paciente.

En los años sesenta comenzaron los primeros intentos de almacenar la información de las historias clínicas en sistemas electrónicos (ordenadores)[2]. Por supuesto, el modelo utilizado fue el de la historia clínica existente.

Durante los años ochenta irrumpió en la medicina el concepto del managed care[3]. Esto obligó a las organizaciones sanitarias a disponer de estadísticas fiables sobre el coste que tenía atender cada una de las patologías. Se hizo necesario codificar los diagnósticos y los procedimientos para poder elaborar dichas estadísticas. Habíamos llegado a la era de la codificación. Numerosos sistemas de codificación se desarrollaron o mejoraron: CIE, SIAP, SNOMED y, por supuesto, se introdujeron en las historias clínicas basadas en ordenador. Durante los años noventa le llegó el turno al "pago por rendimiento"[4] y llegó la era del registro. Toda actividad, desde la toma de tensión hasta el consejo dietético, debía registrarse en el ordenador. "Lo que no se registra no existe". En definitiva, podemos observar cómo la historia clínica (digital o no) ha ido evolucionando conforme evolucionaban las formas de ofrecer asistencia médica. Sin embargo, existe un problema fundamental en este desarrollo, y es que en general se ha construido el nuevo modelo de historia clínica en base al modelo anterior. En cierto modo, hoy en día disponemos de una historia clínica digital que está basada en un modelo de documento del siglo XIX.

El propio sistema de trabajo de la ingeniería del *software* favorece este fenómeno. De hecho, cuando un ingeniero informático construye un modelo lo hace basándose en un objeto del mundo real: en nuestro caso el documento "historia clínica en papel".

Sin embargo, una vez que el objeto real se digitaliza, al ser humano se le abren una serie de posibilidades que no eran obvias previamente. Pongamos, por ejemplo, los procesadores de texto disponibles en nuestros ordenadores[5].

Todos los procesadores de texto están basados en un objeto real: la máquina de escribir. Y los primeros en salir al mercado no hacían sino simular las funciones de una máquina de escribir. Por supuesto, conforme ha ido pasando el tiempo hemos ido descubriendo funcionalidades que eran inimaginables para una máquina de escribir: añadir gráficas, corrección ortográfica automática, elaboración de documentos a partir de bases de datos y otros.

Por desgracia, en el campo de las historias clínicas digitales el protagonismo en el desarrollo de esas nuevas funcionalidades ha estado en manos no tanto de los médicos o los pacientes, sino de los gerentes. No es de extrañar por tanto que los sistemas de codificación, facturación y organización de los procesos asistenciales (citas, estadísticas sobre estancias médicas, etc.) estén mucho más desarrollados que las herramientas de utilidad clínica. Quien paga manda; y decide prioridades. Llegados a este punto vale la pena plantearse ¿hacia donde debería ir la historia clínica digital del futuro? Por supuesto, la respuesta a esta pregunta dependerá de a quien sea formulada. Responderemos aquí a la pregunta desde el punto de vista del clínico, y lo que es más 'radical' aún, desde el punto de vista del paciente.

Lo mismo que le ocurrió a la máquina de escribir cuando se convirtió en un procesador de textos, al cuaderno de "notas de campo" del médico del siglo XIX se le abre un abanico de nuevas posibilidades gracias a los avances tecnológicos.

Sin duda, el gran avance tecnológico de los últimos 10 años ha sido la aparición de internet y los dispositivos móviles. Los sistemas telemáticos ofrecen a la historia clínica el don de la "ubicuidad". La historia clínica no se encuentra en un lugar determinado, sino que se sitúa en el "ciberespacio", tal y como fue descrito en 1984 por Gibson en su novela Neuromante[6].

Pero la digitalización no sólo libera al cuaderno de notas del médico decimonónico de las barreras del espacio. También lo libera de las barreras del tiempo. Ya no es necesario presentar la información de forma cronológica. El documento se convierte en un "repositorio de datos". Los datos pueden ser observados desde distintas perspectivas, agrupados a conveniencia de quien accede al "repositorio"[7,8].

Además, el "cuaderno de notas" puede adquirir "inteligencia" (entendida como capacidad para generar conocimiento útil para la toma de decisiones a partir de los datos). Ya no es un simple repositorio de datos, sino que es un ente que se comunica espontáneamente con el clínico (por ejemplo, le avisa cuando a un paciente que toma espironolactona se le añade captopril avisando del peligro de hiperpotasemia)[9] o incluso con otros entes digitales (otras historias clínicas digitales o sistemas de vigilancia epidemiológica[10]).

En el cuaderno de campo del siglo XXI ya no es un solo médico el que escribe. Ni siquiera un grupo de médicos y enfermeras. Los propios pacientes pueden escribir e interactuar con su historia clínica digital[11]. Por primera vez en la historia es posible tecnológicamente integrar múltiples fuentes de información simultáneas (médicos, enfermeras, pacientes, familiares y cuidadores, sensores biométricos, sistemas de salud pública[12], medidores de temperatura ambiental o niveles de polen, sistemas de geoposicionamiento[13] u otros).

La historia clínica deberá adaptarse a los nuevos tiempos, tal y como lo ha hecho en los últimos 200 años. Nos enfrentamos a un modelo de asistencia sanitaria donde las enfermedades crónicas prevalecen sobre las enfermedades agudas. Donde el paciente tiene cada vez más movilidad, lo que hace que sea atendido por múltiples dispositivos sanitarios a lo largo de su vida. Donde el paciente exige cada vez más protagonismo en la toma de decisiones. Donde los conocimientos médicos se generan a una gran velocidad y en distintas partes del mundo. Donde la globalización nos hace enfrentarnos a amenazas sanitarias globales que requieren la integración de información de salud pública en la toma de decisiones clínicas concretas. Donde la confidencialidad y la amenaza a la privacidad van a ser temas de importancia capital. Probablemente, si preguntáramos a un paciente cómo debería ser la historia clínica digital del futuro nos hablaría de una historia clínica personal, gestionada por el paciente, accesible de manera global pero siempre bajo el consentimiento explícito del paciente. Una historia clínica que ayude al médico y al paciente a tomar decisiones saludables en base a las últimas evidencias científicas y recomendaciones de salud pública, que interactúe con el entorno, que le sirva como herramienta de comunicación con los profesionales sanitarios y con otros pacientes. Una historia clínica que no sea una simple caja donde almacenar cosas. Más proactiva, más inteligente. En definitiva, una historia más digital y, sobre todo, más clínica.

Bibliografía

1. Keele KD. Uses and abuses of medical history. Br Med J. 1966; 2:1251-4.

2. Berner ES, Detmer DE, Simborg D. Will the Wave Finally Break? A Brief View of the Adoption of Electronic Medical Records in the United States. J Am Med Inform Assoc. 2005;12:3-7.
3. The history and principles of managed competition. Enthoven AC. Health Aff (Millwood). 1993;12 Suppl:24-48.
4. Ashworth M, Jones RH. Pay for performance systems in general practice: experience in the United Kingdom. Med J Aust. 2008;189:60-1.
5. Shortliffe et al. Medical Informatics, Computer Applications in Health Care and Biomedicine.Springer-Verlag. New York; 2001.
6. Gibson, William, Neuromante, Colección: Kronos. Barcelona: Ediciones Minotauro. 2007.
7. Klimov D, Shahar Y. A framework for intelligent visualization of multiple time-oriented medical records. AMIA Annu Symp Proc. 2005:405-9.
8. Altman M. The clinical data repository: a challenge to medical student education. J Am Med Inform Assoc. 2007;14:697-9.
9. Steele AW et al. The effect of automated alerts on provider ordering behavior in an outpatient setting. PLoS Med. 2005;2:e255.
10. Lazarus R, Kleinman KP, Dashevsky I, DeMaria A, Platt R. Using automated medical records for rapid identification of illness syndromes (syndromic surveillance): the example of lower respiratory infection. BMC Public Health. 2001;1:9.
11. Steinbrook R. Personally controlled online health data—the next big thing in medical care? N Engl J Med. 2008;358:1653-6.
12. Kukafka R et al. Redesigning electronic health record systems to support public health. J Biomed Inform. 2007;40:398-409.
13. Odero W, Rotich J, Yiannoutsos CT, Ouna T, Tierney WM. Innovative approaches to application of information technology in disease surveillance and prevention in Western Kenya. J Biomed Inform. 2007;40:390-7.

¿Qué debe saber un médico joven para sobrevivir después de la residencia?

Moderador:

E. Gavilán Moral
Coordinador de la sección JMF (Jóvenes Médicos de Familia) de la semFYC.

Ponentes:

J.V. Quintana Cerezal
Médico de Familia. Centro de Salud Alicante-San Blas, Alicante. Miembro de la sección JMF de la semFYC.

B. Peiteado Garrido
Médico de Familia. Punto de Atención Continuada de Vigo, Galicia. Miembro del Grupo de Responsabilidad Profesional de la AGAMFEC. Delegada sindical de CIG-Saúde.

C. Calvo Gil
Médico de Familia. Centro de Salud Silla, Valencia. Miembro de la sección JMF de la semFYC.

E. Puerta del Castillo
Médico de Familia. Centro de Salud Taco, Santa Cruz de Tenerife. Miembro del GdT Bioética y de la sección JMF de la semFYC.

¿Qué es y qué significa ser un joven médico de familia?

E. Gavilán Moral

El periodo posterior a la residencia abre la puerta a un mundo lleno de incertidumbres. Cambian las prioridades y necesidades y aparecen posibilidades nunca antes planteadas, pero también temores y problemas nuevos. El joven médico de familia se siente un poco perdido en todo este panorama.
Intentar responder a los principales interrogantes de esta etapa es el objetivo de esta mesa redonda. Los aspectos profesionales y laborales del periodo posterior a la residencia, las experiencias vivenciales y las necesidades y posibilidades de formación e investigación, serán los temas a tratar, especialmente diseñada para los médicos de familia más jóvenes y los residentes que están a punto de abrirse camino en el duro mercado laboral.

La experiencia de ser joven médico de familia

J.V. Quintana Cerezal

El primer día que, como médico de familia, te sientas en el sillón de la consulta, algo extraño te recorre el cuerpo. Empieza la lucha contra la incertidumbre. Las guías y las evidencias están ahí, pero te falta experiencia para defender tus decisiones con firmeza. Y sabes que el paciente lo nota. Y el ordenador va más lento…
En la mesa redonda trataremos de plasmar las diferencias que tras el MIR encontrarás cuando sea especialista, cuando seas joven médico de familia.

El contrato

Antes de acabar la residencia cierra tu futuro laboral al menos de ese verano. Ofrécete en tu centro de salud u otros que te interesen, en los puntos de atención continuada / guardias, en la Dirección de Atención Primaria, en el departamento de personal de tu área…Date a conocer. Hoy en día no tendrás problema para ser contratado, la diferencia es en qué puesto.
Pediatría, familia…en casi todas las comunidades el tiempo trabajado como pediatra cuenta a efectos de bolsa y oposiciones como tiempo trabajado como médico de familia. Infórmate.
La normativa sobre contratación se basa en la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público y en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. En dichas leyes se recogen los diferentes tipos de contratos, jornadas laborales, vacaciones y permisos, retribuciones…Básicamente saber que como interino (plaza vacante), eventual (tareas temporales, atención continuada) o de sustitución (ausencias del titular) tienes los mismos derechos salariales y de jornada que un estatutario fijo.

El equipo

El cambio de trato apenas lo percibes si pasas a formar parte de un equipo distinto al de la residencia. Eres un nuevo médico, no el antiguo residente. Si inicias el trabajo en el mismo centro donde cursaste el MIR, seguirás siendo residente una temporada. Aspecto positivo si quedan flecos en tu formación o dudas que con un tutor al lado ni te planteabas. Pero es un reto a la hora de hacer prevalecer tus decisiones. Máxime si estás en un servicio de urgencias y has de trabajar y negociar con otros servicios. Esta fase es temporal, tan temporal como consigas ser firme y seguro en tus decisiones. Consejo: intégrate en el equipo lo antes posible, incluso durante el MIR. Acude a las reuniones de la mañana, por supuesto a las sesiones clínicas, participa en los grupos de trabajo… se uno más.

La consulta

Es muy probable que en los inicios cambies frecuentemente de consulta. Lleva contigo lo necesario: sello automático de caucho, talonarios de recetas, de estupefacientes, peticiones de analíticas y otros impresos, recomendaciones para pacientes, vademécum y guías…Si en tu sistema de salud tienes posibilidad de disponer de una carpeta de documentos en línea o incluso acceso a internet desde la consulta tienes mucho adelantado. Una PDA puede serte útil para llevar bibliografía de consulta.

Y la estancia ordenada. Que haya pocos obstáculos entre el paciente y tú, ya son suficiente distancia la mesa y la pantalla del ordenador.

Y en tu maletín para atención domiciliaria que no falte fonendo, esfingomanómetro, otoscopio/linterna, depresores linguales, glucómetro, guantes y carpeta "tipo billetes de avión" con algunas recetas, peticiones de ambulancia y otros impresos. En función de la capacidad de tu maletín añade lo básico en una mochila de urgencias: medicación inyectable, oral, (furosemida, AAS, captopril, adrenalina, glucosa, metoclopramida, diazepam, haloperidol, salbutamol…), gasas,… Dispones de un Documento semFYC específico para la organización de las urgencias en AP.

El paciente

No intentes ganarte la confianza de los pacientes el primer día. Para muchos de ellos eres un extraño, el sustituto al que hay que contarle todo el historial. No pretendas cambiar los hábitos y costumbres adquiridas con el médico previo en un solo día. Se flexible y consulta a consulta ganarás su confianza, conseguirás mejorar el cumplimiento terapéutico, eliminarás tareas burocráticas no propias de tu cargo…

Y atento a los problemas más prevalentes. Además del riesgo cardiovascular, problemas reumáticos, dermatológicos, manejo del dolor, del aparato respiratorio…y administrativos son los motivos de consulta más frecuentes y que con una formación adecuada apenas precisan de consejo por otro especialista. No dejes de formarte, de forma on-line o en cursos presenciales.

Y también en la mesa romperemos tópicos: ni hacemos más bajas ni prescribimos indebidamente más que otros.

En definitiva, intentaremos ayudarte para superar la primera fase como médico de familia y escucharemos tus experiencias.

Actividad profesional del joven médico de familia: aspectos laborales

B. Peiteado Garrido

El joven médico de familia tiene hoy en día una serie de posibilidades laborales bastante variadas, lo que unido al hecho de que, en general, existe un déficit de profesionales en los servicios de salud, hace que pueda escoger entre diversas opciones de trabajo: en consultas de atención primaria, servicios de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias, servicios de emergencias, hospitalización a domicilio, etc.

Las condiciones de trabajo pueden ser bastante diferentes en estos distintos ámbitos y es interesante conocerlas, así como conocer la forma de acceso a estas distintas opciones: listas de contratación, convocatorias de oposición, etc.

Durante la mesa redonda expondremos las diferencias que pueden existir entre estos distintos ámbitos desde el punto de vista de condiciones de trabajo. Hablaremos de los distintos tipos de contrato, sobre todo los temporales, que generalmente son los primeros a los que accederemos al iniciar nuestra vida profesional (contrato eventual, interino, de refuerzo, etc.); de la jornada a realizar (ordinaria, complementaria y especial); intentaremos conocer los distintos complementos retributivos que componen una nómina, hablaremos del régimen de descansos y permisos; y, dentro de lo posible, del régimen jurídico que regula la actividad laboral de los profesionales sanitarios.

Se hace camino al andar…

C. Calvo Gil

¿Formación al acabar la residencia?

Famosa es la frase: "Caminante no hay camino, se hace camino al andar…". Pero ciertamente tiene algo más que ser sólo famosa. Sin duda ya sabíamos que elegir medicina implica seguir formándose y estudiando toda la vida; pero cuando dejamos de ser residentes quizás es cuando nos planteamos hasta qué punto esto es realmente cierto.

Durante el período de residente tenemos una Unidad Docente que en mayor o menor medida está encima de nosotros, cumpliendo un programa, ofreciendo unos cursos, cumpliendo unos objetivos y siguiendo unos tiempos. Y, por supuesto, un tutor que nos guía por el camino de aprender a ser médico de familia. Pero al acabar, estamos "solitos". A partir de entonces nuestra formación bien es cierto que depende del interés de cada uno, de sus cualidades individuales, pero también de nuestro ritmo y condiciones de trabajo, y, como no, de la oferta que hay.

¿Cómo seguir formándose? Vías de acceso

Nuestra formación continua es inevitable, ya que cada día en nuestro trabajo aprendemos. Pero lo importante es que "el reciclaje", mal llamado por algunos, no se nos presenta fácilmente como un libro abierto. Somos nosotros mismos los que debemos identificar nuestras propias lagunas formativas y gestionar la manera de superarnos, buscando la mejor opción docente disponible: ese curso, este máster, aquel congreso o ese seminario que más nos interese. No esperemos que nos llamen a la puerta de la consulta con el catálogo ya masticado y digerido. Hemos aprendido durante la residencia, con la ayuda de nuestro tutor, que una de las competencias a desarrollar por el médico de familia es precisamente cómo gestionarnos nuestra propia formación. Ya desde las primeras fases del período de médico joven tendremos oportunidad de poner en juego esas habilidades.

Podemos contar con la oferta de la unidad docente, que no desaparece porque ya no seamos residentes; la oferta de la propia administración o de la empresa donde estemos ejerciendo; la industria farmacéutica; la universidad y otras instituciones académicas; y las sociedades científicas, entre otras.

La oferta real en nuestro día a día

Todo este abanico de posibilidades está ciertamente muy bien, pero surgen numerosas dudas razonables: ¿Cómo acceder a esta formación? ¿Cómo organizarse? ¿Hay tiempo para trabajar, estudiar y, a pesar de todo, "seguir viviendo"?

Hay tiempo para todo, pero debemos tener en cuenta que, por desgracia y en muchos de los casos, la formación continua y continuada se nos presenta fuera del horario laboral, lo cual limita las posibilidades de compatibilizar la formación con la vida personal y familiar. Además, debemos tener en cuenta cuántas horas de formación contamos al año para hacer cursos dentro del horario laboral. En otras ocasiones, la propia idiosincrasia del ser el médico más joven del equipo la que nos hace quedar fuera de la oferta formativa: es entonces cuando el sustituto debe esperar a otra ocasión.

Queda el recurso más socorrido: la autoformación. No debemos olvidar las publicaciones científicas que están a nuestro alcance, que otorgan grandes facilidades y oportunidades para mantenerse actualizado. Y, cuando podemos encontrar pequeños huecos entre el trabajo y la familia, la formación online, que realmente supone ya el presente y futuro de nuestra formación y que nos acompañará durante toda nuestra carrera profesional.

En un porcentaje variable de ocasiones nos vamos a encontrar con que la Industria Farmacéutica es la que nos ofrece, a modo de catálogo, la posibilidad de hacer un curso, asistir a un congreso, etc.

¿Qué hacemos entonces?

Aquí no hay trucos ni remedios caseros. El día a día en nuestra consulta nos irá guiando: "esto lo tengo que repasar"…, "de esto creo que hay un curso en mi unidad docente que me interesa…", etc.

Pero recordemos que sin agobios todo funciona mejor; y que nos quedamos muchos años por delante, por lo que no pretendamos abarcar todo en los primeros días de joven médico de familia.

¿Se puede investigar siendo joven médico de familia?

E. Puerta del Castillo

Caminar creciendo debe ser la base de nuestras vidas. Buscar en el trabajo de todos los días, como en nuestras propias vidas, debe ser la base en mejorar como personas ante el mundo y ante nuestra propia familia. En el campo de la medicina debemos crecer como en todos los campos de la vida, poco a poco, pero con pasos firmes, en busca de las respuestas a las miles de preguntas que día a día nos surgen en nuestro ámbito laboral.

El ser joven médico de familia implica una situación idónea para crecer porque tenemos tiempo para hacerlo, base para querer hacerlo y sobre todo apoyo de compañeros con mayor experiencia para ayudarnos.

Investigar y aprender no sólo en los libros, sino aprendiendo con cada paciente que se sienta en nuestra consulta, o con los errores del día a día que nos genera mayor evidencia y menor variabilidad, son las bases para el crecimiento.

Nuestros años de residencia nos abrió las ansias de seguir aprendiendo, de volver a nuestras raíces universitarias para doctorarnos, pero sobre todo, para que aumentara nuestros criterios en el campo de investigar, de meternos en los problemas desde la base y buscar respuestas.

El joven médico de familia es el "producto" de estos años de residencia, es una persona inquieta que no es capaz de aceptar por aceptar las novedades farmacéuticas porque se lo digan, sino que busca base, estudios, charlas de profesionales, investigaciones, … y las analiza, es decir, investiga la evidencia en busca de la "verdad" más óptima en la actualidad.

El problema fundamental de todo esto está en la propia naturaleza y situación actual del joven médico de familia. Somos la base para paliar la falta de profesionales en nuestro sistema de salud, por lo que nuestra vida se basa en la acción asistencial sobrecargada por los clientes humanos y por la propia presión del sistema.

Pero debemos buscar nuestras raíces, y organizarnos en este camino asistencial, y sobre todo, no dejarnos introducir en un círculo de trabajo por trabajo, y de no crecer.

Debemos darnos una oportunidad a formarnos y a investigar. El objetivo de esta ponencia es aportar nociones básicas de la situación actual en este campo, de los problemas que los jóvenes médicos de familia nos encontramos y, lo más importante, dónde pedir ayudas y fondos para investigar.

Mientras que las sociedades científicas, como la semFYC, y las universidades mantienen en su núcleo básico, las ideas de docencia y de apoyo en la investigación, inherentes a su estructura, no sólo son los únicos recursos que poseemos en nuestro país para investigar. En este punto, el Instituto de Salud Carlos III promovió la creación de la mayor red de investigación en actividades preventivas y promoción de la salud en España. Pero no sólo apoya a la investigación aglutinando a 14 grupos de investigación de 12 comunidades autónomas en diversos campos de la medicina desde la oncología, pasando por el área cardiovascular, hasta la investigación de los servicios sanitarios, sino que además nos permite formarnos en el campo de las ciencias de la salud, tanto aportando ayudas para nuestra tesis doctoral como para enseñarnos en el campo de la gestión, colaborando con instituciones de España y el extranjero para nuestro crecimiento.

También en cada comunidad autónoma existen ayudas específicas. Como avanzamos, tanto las sociedades científicas como la universidad con sus fundaciones, aportan becas anuales en el campo del desarrollo, pero si indagamos en cada comunidad, encontramos estructuras propias que dan ayudas y soporte en este campo.

Investigar, necesario, para llevar a cabo una investigación diferente a la que se realiza en el campo de la medicina, influenciada por la industria farmacéutica, lejos de objetivos comerciales, en busca de evidencia en prevenir las enfermedades, en aspectos psicosociales de la misma, en conclusión, en humanizar la investigación como humanizamos la medicina los médicos de familia.

Investigar, pero formarnos en investigación, abrir las puertas a conocimiento desde la base de los estudios universitarios, hablar de nuestra especialidad en las facultades, para aumentar el interés de una especialidad tan completa como es la medicina de familia, y sobre todo aumentar este grupo emprendedor de jóvenes médicos de familia.

Formarnos, ampliar nuestros conocimientos básicos aportados en el campo de la investigación en nuestro período de residentes, escaso en muchas unidades por la falta de tiempo, ahora mejorado con la ampliación a 4 años de nuestra especialidad, con las realización de estudios avanzados en la universidad como son el doctorado y la tesis, donde fundamentalmente es un proceso serio y dirigido de investigación en el campo de la salud.

Pero debemos los jóvenes médicos investigar en atención primaria, ya que nuestra situación especial de "cubre socavones" del sistema nos permite tener unas ventajas para este proceso, ya que tenemos acceso a un mayor porcentaje de la población, que los problemas de salud los detectamos desde la raíz, que podemos realizar estudios en promoción de la salud, y que podemos seguir a estos pacientes durante toda su vida.

Problemas aparte, y que en toda acción existen baches, y la investigación no es el paradigma de la facilidad, aportaremos donde buscar las ayudas y los recursos y expresaremos de manera directa cuáles son las dificultades en este campo, pero ninguna de ella veremos que sea "absolutamente" incapacitante para llevarla a cabo.

Financiación del tratamiento del tabaquismo: documento semFYC y experiencias en las diferentes comunidades autónomas

Moderador:

J. Lozano Fernández

Médico de Familia. Gerente de la Fundación de Atención Primaria, Barcelona. Coordinador del GRAPAT (Grup d'Atenció Primària d'Abordatge al Tabaquisme) de la camfic.

Ponentes:

H. Ortiz Marrón

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio de Prevención de Enfermedad. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Responsable del Programa de Ayuda al Fumador. Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo de la Comunidad de Madrid.

P. Gascó García

Médico de Familia. Centro de Salud Iturrama, Pamplona. Responsable del Grupo de Abordaje al Tabaquismo de SNAMFAP. Comisión Asesora Técnica del Plan Foral de Acción sobre el Tabaco.

C. Minué Lorenzo

Médico de Familia. Centro de Salud Perales del Río, Área 11, Getafe (Madrid). Miembro del GdT Abordaje al Tabaquismo de la semFYC.

J. Mataix Sancho

Responsable del ECAT (Equipo Coordinador de la Atención al Tabaquismo) del Departamento de Salud nº 9 de la Comunidad Valenciana. Coordinador del GdT Abordaje al Tabaquismo de la semFYC y de la SVMFYC.

Introducción

J. Lozano Fernández

El tabaquismo es una enfermedad adictiva y crónica que supone en la actualidad la principal causa de muerte prevenible en los países desarrollado[1].

La detección y tratamiento de la dependencia a la nicotina se considera una referencia frente a otras intervenciones preventivas y asistenciales, e incluso el tratamiento farmacológico del tabaquismo ha llegado a considerarse como el «estándar de oro» de las intervenciones preventivas[2].

Los grandes factores de riesgo: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, alcoholismo… tienen fármacos financiados por el sistema nacional de salud. El tabaquismo está claramente discriminado en este sentido y desde la sociedad se viene reclamando cambios en esta injusta situación. El tratamiento del tabaquismo resulta 4 veces más coste-efectivo que el tratamiento de la hipertensión arterial y 13 veces más coste-efectivo que el tratamiento de la hipercolesterolemia[3].

Las terapias farmacológicas para ayudar a dejar de fumar de efectividad probada son altamente coste-efectivas. El tratamiento farmacológico del tabaquismo es eficaz como parte de una estrategia para promover el abandono del hábito de fumar donde se incluya el resto del conjunto de intervenciones (consejo sanitario, materiales de autoayuda, "asesoramiento" individual o en grupo, asesoramiento telefónico, herramientas psicológicas, etc.) que han demostrado su efectividad y coste efectividad para ayudar a dejar de fumar con un alto nivel de evidencia[4].

Una manera de aumentar el uso de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar podría ser su financiación a través de los sistemas de asistencia sanitaria. Existen pruebas de que estos sistemas de financiación dirigidos a todos los fumadores pueden aumentar las tasas de abstinencia autoinformadas con costes relativamente bajos[5].

En este contexto resulta necesario definir estrategias para promover la definición de los criterios de financiación y dispensación del tratamiento farmacológico para ayudar a dejar de fumar, especificando criterios de prioridad sanitaria y de selección de los centros prescriptores. Y además es necesario tener las precauciones adecuadas para prevenir que la financiación del tratamiento conduzca a un uso inadecuado de los tratamientos farmacológicos, teniendo en cuenta que sólo deben prescribirse a aquellos fumadores que tienen una elevada motivación para dejar de fumar, es decir, los que muestran su compromiso y disposición a hacer un serio intento de abandono en el próximo mes.

Bibliografía

1. Peto R, López AD, Boreham J, Thun M. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000, Oxford University Press; 1994.
2. Eddy DM. David Eddy ranks the test. Harv Heath Lett; 1992. p. 11.
3. Plans-Rubio P. Cost-effectiveness of cardiovascular prevention programs in Spain. International Journal of Technology Assesment in Healt Care. 1998;14:320-30.
4. AHCPR.The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff and Consortium representatives. A clinical Practice Guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Report. JAMA. 2000;283:3244-54.
5. Kaper J, Wagena EJ, Severens JL, Van Schayck CP. Sistemas de financiación de la asistencia sanitaria para aumentar el uso del tratamiento del tabaquismo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com

Promoviendo la deshabituación tabáquica en profesionales con función modélica y en población de riesgo en la Comunidad de Madrid

H. Ortiz Marrón, D. Cabañas González y M.A. Planchuela Santos

En el año 2005 la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid puso en marcha el Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo 2005-2007. Dicho plan, con el objetivo general de reducir en la población de la Comunidad de Madrid la mortalidad y morbilidad causadas por el consumo de los productos del tabaco, se organizó en tres grandes programas: programa de prevención al inicio, de atención al fumador y de protección de la salud de la población del aire contaminado por humo del tabaco (ACHT).

El programa de atención al fumador, en el que nos vamos a centrar más directamente, contempla diferentes tipos de medidas de apoyo a los fumadores en su proceso de abandono del tabaco. Entre ellas destaca la de organizar y financiar la deshabituación tabáquica a los profesionales del sector sanitario, educativo y empleados públicos, y que posteriormente se amplió a fumadores con patología relacionada con el tabaquismo.

Material y métodos

Durante el año 2005 se inició la experiencia en colectivos modélicos (sanitario, educadores y empleados públicos. En el 2006 se amplió a pacientes ingresados en el hospital que querían dejar de fumar. A partir de febrero de 2007, tras la firma del convenio de colaboración entre la Consejería de Sanidad y las sociedades científicas, se incluyó la financiación de la medicación a pacientes fumadores con patología relacionada con el tabaquismo o muy dependientes. Los recursos habilitados progresivamente para atender a esta población fueron, además de la unidad especializada de tabaquismo (UET), las consultas de deshabituación de hospitales públicos (generalmente de los servicios de neumología) y las consultas de servicios municipales de salud (principalmente del Ayuntamiento de Madrid). Cada gerencia de atención primaria garantizó la deshabituación a los sanitarios del área.

A esta red de consultas se les suministra desde el plan regional la medicación a través de los servicios de farmacia (chicles, parches y comprimidos, bupropion y vareniclina). El responsable de cada consulta notifica mensualmente los datos básicos agrupados de los pacientes nuevos atendidos en la consulta. Además, se elaboró una guía de recomendaciones clínico-asistenciales, una aplicación informática no-line para la gestión clínica, material de educación sanitaria para entregar al paciente y una página web (www.ganavida.org).

Resultados

Aparte de la oferta puntual de deshabituación que realizó cada gerencia de atención primara a sus trabajadores, la red de consultas de deshabituación está constituida por 35 consultas (22 hospitalarias y 13 municipales). El total de fumadores atendidos en el periodo 2005-2007 fue de 7.305 (718 pacientes en 2005, 2237 en 2006 y 4350 en 2007). Más de 55% de

los ellos eran mujeres y el tramo de edad más frecuente fue el de 30-45 años. En 2005-2006 el 43% de los atendidos eran sanitarios de los cuales un 50% eran enfermeras y un 10% médicos. En 2007, las características de los pacientes son diferentes según el tipo de consulta. En las consultas hospitalarias predominan los pacientes con patología, en la UET los pacientes muy dependientes y en las consultas municipales hay más variedad. En torno al 50% de los pacientes fueron tratados únicamente con TSN, el 26% con vareniclina, el 14,6% con bupropion y el 8% con bupropion más TSN. Al 95% de los pacientes se le prescribe medicación y al 43% se les atiende en formato grupal. El coste farmacológico por paciente atendido varía entre 150 y 200 euros por tratamiento.

Conclusiones

Consideramos que en la Comunidad de Madrid, a través de la red de consultas de deshabituación se ha incrementado de manera progresiva la oferta de recursos sanitarios para recibir ayuda para dejar de fumar. No obstante, aún no está estructurada la atención al fumador en el sistema sanitario. Si a priori el coste por paciente puede parecer aceptable en espera de poder evaluar las tasa de abstinencia, el reto de los próximos años es valorar la viabilidad y utilidad de la red de consultas a través de acciones más institucionales y que los centros de atención primaria sean los protagonistas en la atención al fumador.

Bibliografía

Estrada Ballesteros C, Ortiz Marrón, Velásquez Buendía L. Plan Regional de Prevención y control del Tabaquismo en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Madrid; 2005.

Jiménez Ruiz CA, Ortiz Marrón H, Camarelles Guillén F, Moreno Arnedillo J, Sánchez Suárez JL, Solano Reina S, et al. Organización y funcionamiento de las consultas de tabaquismo en una comunidad autónoma. Experiencia de la Comunidad de Madrid". Prev Tab. 2006;8:160-3.

Navarra: catorce años financiando fármacos para dejar de fumar

P. Gascó García

Debió pasar el tren por el lugar adecuado y en el momento oportuno; estamos hablando de hace unos 18 años. El entonces Servicio de Planificación, integrado en el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, difunde una encuesta titulada ¿Cómo estamos de salud? Encuesta de salud 1990. Esta encuesta de la población navarra sitúa la prevalencia del consumo habitual de tabaco por parte de las personas mayores de 16 años en un 34% del total, siendo dicha prevalencia del 43% en los hombres y de un 25% en las mujeres. Las personas exfumadoras se sitúan en el 16%. Esta misma encuesta reveló datos que debieron despertar preocupación a más de un responsable político y sanitario. El consumo de tabaco entre los jóvenes de 16-24 años, que era entonces el 42% de los hombres y el 47% de las mujeres. Estas cifras aumentaban todavía más entre la población navarra de 25-44 años, donde más de la mitad de los hombres (55%) fumaba, frente a un 41% de las mujeres.

El Programa de Prevención del Consumo de Tabaco del ISP, iniciado en el año anterior, ha seguido las directrices de promoción de salud por el plan de salud, siguiendo las recomendaciones de la OMS.

En ese lugar, y en ese momento, debieron estar las personas adecuadas, que antes los resultados de las encuesta global elaboran el Plan de Salud de Navarra de 1991 y dentro del capítulo de Promoción de Hábitos de Vida Saludables elaboran un plan con una serie de objetivos y estrategias de salud.

Un grupo de trabajo multidisciplinar dirigido por el Departamento de Salud estudia (siguiendo las recomendaciones internacionales) diferentes estrategias para abordar el tema del tabaquismo en Navarra.

Se describe a continuación la cronología de los distintos decretos legislativos que se han ido aprobando durante estos 14 años.

En el año 1994, el Grupo de Trabajo creado por el Servicio de Planificación Sanitaria del Departamento de Salud definió las intervenciones en la ayuda a dejar de fumar desde los servicios de salud. La Orden Foral de 8 de agosto de 1994, ya citada, establece el Programa de Ayuda a Dejar de Fumar (PAF) desde los servicios de atención primaria, salud laboral y a grupos de profesionales.

Orden Foral de 8 de agosto de 1994, del consejero de salud, por la que se establece un programa de ayuda al abandono del hábito del tabaco

A pesar de ello, se detecta la necesidad de establecer estrategias preventivas de intervención individual, sobre las personas de alto riesgo con hábito tabáquico arraigado, que requieran un apoyo individualizado para obtener la cesación del tabaquismo, lo que sólo es alcanzable a través de la identificación de tales personas, de la oferta de consejo de salud y en su caso de la desintoxicación nicotínica, a través de los recursos asistenciales disponibles en el sistema sanitario.

Habiendo sido evaluadas las posibilidades de abordar un programa de apoyo a la cesación del tabaco a través de los estudios y propuestas del Grupo Técnico de Trabajo, creado al efecto por la Dirección General de Salud, procede en consecuencia establecer un programa de ayuda al abandono del hábito del tabaco, y las medidas en el entorno sanitario que contribuyan a obtener los mejores resultados posibles.

Los pacientes fumadores sufragaban los gastos de los tratamientos con parches transdérmicos durante el primer mes, el segundo envase era entregado en consulta, y el siguiente era costeado por el paciente.

Se financiará el 66% (dos tercios) del tratamiento de reemplazamiento con nicotina, u otros tratamientos de probada eficacia, a quienes se incorporen a los programas de ayuda. Pasado el segundo año de funcionamiento del plan, la financiación de los tratamientos será similar a la de otros fármacos.

Ocho años después, la Ley Foral 6/2003, de 14 de febrero de 2003, de prevención del consumo de tabaco, de protección del aire respirable y de la promoción de la salud en relación el tabaco, garantiza la atención sanitaria a las personas que soliciten ayuda a dejar de fumar, en cualesquiera de los niveles de atención de la red sanitaria pública, y el acceso a la terapia farmacológica que haya demostrado su eficacia, en los términos que se establezcan reglamentariamente.

Esta ley establece y especifica los requisitos y en que condiciones se desarrolla la financiación.

Si en el primer trimestre del 2003, con financiación de reembolso de 1/3 del total del importe de gasto, se gastó 20.299 euros; con el nuevo decreto aumentó el gasto en fármacos a 301.592. Éste es un indicador contundente de lo que supone incluir la financiación de fármacos para dejar de fumar en las mismas condiciones que se financian los tratamientos para el tratamiento de la hipertensión o el colesterol.

A lo largo de la exposición en la mesa se detallará cuál ha sido la evolución de la financiación en estas condiciones durante estos 5 últimos años.

Financiación del tratamiento farmacológico. Síntesis de la evidencia: pros y contras

C. Minué Lorenzo

Las guías de práctica clínica sobre tratamiento del tabaquismo, entre ellas la reciente actualización "*Treating Tobacco use and dependence: 2008 Update*"[1], aconsejan a los clínicos que animen a sus pacientes a utilizar medicaciones efectivas para el tratamiento de la dependencia al tabaco, excepto si están contraindicadas o si se trata de poblaciones específicas para las cuales no existe suficiente evidencia de su efectividad.

El tratamiento de esta dependencia, además de efectivo, tiene una excelente relación coste-beneficio, si se compara con otras intervenciones preventivas y terapéuticas[1-3].

Sin embargo, el tratamiento farmacológico no está financiado en la mayoría de las comunidades autónomas, y ésta es una de las principales causas de su limitado empleo en nuestro medio.

Una reciente revisión sistemática de la colaboración Cochrane[4] ha evaluado las intervenciones que financian los costes de diversos tratamientos para el abandono del hábito de fumar, con el fin de conocer si aumentan las tasas de abandono. Se seleccionaron 5 estudios que compararon el efecto de una financiación total con una cobertura nula. El OR combinado para lograr la abstinencia durante un período de 6 meses fue de 1,48. La cobertura completa del tratamiento aumentó el empleo del mismo, el número de participantes que conseguían dejar de fumar y la cantidad de personas que intentaban abandonar el hábito. Los ámbitos de los estudios, las intervenciones y los participantes fueron muy heterogéneos, y las puntuaciones de calidad metodológica no muy elevadas, por lo que los autores aconsejan interpretar estos resultados con precaución. Por este motivo, animan a realizar más ensayos controlados. Otros metaanálisis[1,5], como el del *"Surgeon General"*, obtienen resultados similares.

En un estudio realizado en Estados Unidos[6], en dos aseguradoras en las que se financiaba el tratamiento con chicles, parches de nicotina o bupropion, no se encontraron diferencias entre los dos grupos en la tasa de abstinencia autoinformada a los 12 meses, si bien en el grupo de intervención sólo el 30% conocía que el tratamiento estaba financiado. Otros

estudios realizados en diferentes ámbitos, encuentran una mayor tasa de abstinencia en el grupo de tratamiento[7-9] a largo plazo, uno de ellos a 2 años[10]. La comparación de cobertura total frente a parcial en dos ensayos resulta favorable al primer grupo[11]. Otro ensayo clínico[12] analiza los efectos de la formación y la incentivación de profesionales, y la financiación del tratamiento en atención primaria, obteniéndose mejores resultados con la financiación.

Los ámbitos en que se han realizado estos trabajos han sido muy diferentes, y los sistemas sanitarios también. La mayoría se han llevado a cabo en Estados Unidos, en aseguradoras privadas, algunos en centros de atención primaria. Otros se han desarrollado en población general holandesa, cubierta por un seguro de salud, en clínicas de medicina familiar del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido o en centros de atención primaria alemanes.

Ninguno de estos estudios se ha realizado en nuestro medio, con las características propias de nuestro funcionamiento sanitario. Por este motivo, sería muy útil conocer si en nuestros centros de salud la financiación del tratamiento farmacológico de la adicción a la nicotina aumenta la abstinencia a largo plazo de manera similar a como ocurre en otros ámbitos. Esto permitiría una mayor racionalización de la utilización de los recursos, basada en criterios científicos más que en opiniones más o menos fundamentadas.

La "guía americana"[1] *("el panel"),* del mismo modo a como hacen otras guías, recomienda con un grado de evidencia A que los tratamientos que la propia revisión reconoce como efectivos, deben ser cubiertos por los sistemas o planes de salud, ya que aumentan el empleo de tratamiento, el número de intentos y la abstinencia.

Por otro lado, para asegurar un adecuado empleo de los recursos, es importante la formación de los profesionales en tabaquismo, para evitar un uso indiscriminado de la prescripción en pacientes no preparados y motivados. Como ocurre con los tratamientos de otros factores de riesgo o de otras entidades en las que la motivación y los estilos de vida tienen un papel importante, se corre el riesgo de una simplificación o reducción del tratamiento a su aspecto farmacológico.

Bibliografía

1. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use an Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
2. Godfrey C, Parrott S, Coleman T, et al. The cost-effectiveness of the English smoking treatment services: evidence from practice. Addiction. 2005;100 suppl 2:70-83.
3. Cornuz J, Gilbert A, Pinget C, et al. Cost-effectiveness of pharmacotherapies for nicotine dependence in primary care settings: a multinational comparison. Tobacco Control. 2006;15:152-9.
4. Kaper J, Wagena EJ, Severens JL, Van Schayck CP. Sistemas de financiación de la asistencia sanitaria para aumentar el uso del tratamiento del tabaquismo (Revisión Cochrane traducida. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Cichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
5. Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, et al. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. Am J Prev Med. 2001;20:16-66.
6. Boyle RG, Solberg LI, Magnan S, Davidson G, Alesci NL. Does insurance coverage for drug therapy affect smoking cessation? Health Affaires. 2002;21:162-8.
7. Schauffler HH, McMenamin S, Olson K, Boyce-Smith G, Rideout JA, Kamil J. Varioations in treatment benefits influence smoking benefits: results of a randomised controlled trial. Tobacco Control. 2001;10:175-80.
8. Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, van Schayck CP. Reimbursement for smoking cessatiom treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial. Addiciton. 2005;100:1012-20.
9. Hughes JR, Wadland WC, Fenwick JW, Lewis J, Bickel WK. Effect cost on the self-administration and efficacy of nicotine gum: a preliminary study. Preventive Medicine. 1991;20:486-96.
10. Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, van Schayck CP. A randomized controlles trial to assess the effects of reimbursing the costs of smoking cessation therapy on sustained abstinence. Addiction. 2006;101:1656-61.
11. Curry SJ, Grothaus LC, McAfee T, Pabiniak C. Use of cost effectiveness of smoking-cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. N Eng J Med. 1998;339:673-70.
12. Twardella D, Brenner H. Effects of practitiones education, practitioner payment and reimbursement of patients' drug costs on smoking cessation in primary care: a cluster randomised trial. Tobacco Control. 2007;16:15-21. doi: 10.1136/tc.2006.016253.

Propuesta semFYC para la organización de la atención al tabaquismo y su financiación

J. Mataix Sancho

El tabaquismo es una enfermedad crónica causada por un trastorno adictivo que, en la actualidad, supone la principal causa de enfermedad y muerte prevenible en los países desarrollados[1], cada año mueren en nuestro país cerca de 54.000 españoles por enfermedades producidas directamente por el consumo de tabaco[2] y se relaciona con, al menos, 25 enfermedades[3]. Además el tabaquismo pasivo es la tercera causa de mortalidad evitable en países desarrollados, se ha estimado que al año mueren en España por esta causa más de 6.300 personas[4]. Según la Encuesta Nacional de Salud de 2006, el 29,9% de la población mayor de 15 años es fumadora.

El beneficio individual de la persona que deja de fumar, en cuanto a la expectativa y calidad de vida, genera un enorme beneficio en términos de salud pública medido como disminución de la morbimortalidad y sus costes derivados, siendo muy superior a otras intervenciones que se hacen en nuestro sistema de salud y que son incuestionables[5].

La detección y tratamiento de la dependencia a la nicotina se considera una referencia frente a otras intervenciones preventivas y asistenciales, e incluso su tratamiento ha llegado a considerarse como el «estándar de oro» de las intervenciones preventivas. A pesar de ello la prevención y control del tabaquismo se desarrolla de forma más o menos dispersa y con desigual cobertura dando lugar a una falta de homogeneidad y de equidad.

Una asistencia adecuada del consumo de tabaco consiste en ofrecer al menos desde cualquier ámbito asistencial, pero especialmente desde la atención primaria, y además poder ofertar en las consultas programadas de la stención primaria, tanto médicas como de enfermería, un tratamiento más intensivo por la clara relación dosis-respuesta existente[6,7].

Las terapias farmacológicas de efectividad probada para ayudar a dejar de fumar son altamente coste-efectivas, pero hay que tener en cuenta que son eficaces como parte de una estrategia para promover el abandono del hábito de fumar donde se incluya el resto del conjunto de intervenciones que han demostrado su efectividad y coste efectividad para ayudar a dejar de fumar con un alto nivel de evidencia[6]. Una manera de aumentar el uso de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar podría ser su financiación a través de los sistemas de asistencia sanitaria[8].

Ya existen antecedentes en nuestro país, desde el año 2003 en la Comunidad Foral de Navarra, y más recientemente en La Rioja[9], donde se establecieron las condiciones para la prestación farmacológica de ayuda a dejar de fumar a la población general, garantizando su financiación y priorizando el ámbito de la intervención de la atención primaria sobre la atención hospitalaria.

Resulta menos adecuada la organización de la atención al tabaquismo centralizada en unidades especializadas, ya que terminan funcionando como compartimentos estancos y alejados de la población que sólo ofrecen cobertura a una mínima parte de los fumadores. Y también es menos adecuada la organización en consultas específicas de tabaquismo o dispensarizadas, llevadas sólo por algún o algunos profesionales sanitarios de cada centro de salud ya que, además de ser incoherentes con los elementos conceptuales de la atención primaria (p. ej., el abordaje integral).

En este contexto resulta necesario definir estrategias para promover la definición de los criterios de organización de la atención al tabaquismo y de la financiación y dispensación de su tratamiento farmacológico. Todas las administraciones sanitarias tienen que incluir y/o mantener, como una prioridad en sus agendas, el establecimiento de una adecuada organización de la asistencia a todos los fumadores, para ello es necesario que:

– Se defina a la atención primaria como el eje del sistema sanitario para la captación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de todos los fumadores.

– Quede incluida en todas las carteras de servicios de atención primaria la intervención breve e intensiva (con formato individual o grupal) en el tabaquismo.
– Se siga ayudando, con un mayor compromiso del demostrado hasta ahora, a desplegar el Programa Atención Primaria Sin Humo de semFYC[10], que tiene como principal objetivo ayudar y complementar en todas las comunidades autónomas la sensibilización, formación y actualización de los profesionales sanitarios hacia el control del tabaquismo.
– Se creen unidades especializadas para el tratamiento del tabaquismo, al menos una por departamento de salud y que por razones de eficiencia sólo atiendan a fumadores disonantes con alta dependencia y/o características especiales (alta dependencia, coexistencia de patología orgánica grave, etc.). Integradas por profesionales que tengan formación específica en conductas adictivas y en el abordaje del tabaquismo, siendo imprescindible al menos la existencia de un médico y un psicólogo. Su labor además de asistencial tiene que ser docente, investigadora y, sobre todo, de coordinación de la puesta en marcha de la atención al tabaquismo en su área de influencia.
– Se financie públicamente los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar y que la prescripción se haga fundamentalmente desde la atención primaria.

Todas las consideraciones anteriores deberían guiar, o seguir guiando, la puesta en marcha de la organización de la atención al tabaquismo y la financiación de su tratamiento farmacológico en todas las comunidades autónomas de nuestro país, ya que permitirán garantizar una atención a los fumadores sustentada en criterios de coste-efectividad, adaptada a la estructura de nuestro sistema sanitario y sobre todo más centrada en los beneficios de los pacientes y no tanto en los intereses personales o de algunos colectivos.

Bibliografía

1. Peto R, López AD, Boreham J, Thun M. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000, Oxford University Press, 1994.
2. Banegas JR, Diez Ganan L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. Med Clin (Barc). 2005;124:769-71.
3. World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. WHO, Ginebra,1997.
4. Levantar la cortina de humo: 10 razones para una Europa sin humo del tabaco. Por la Smoke Free Partnership 2006. Dispnible en: http://dev.ersnet.org/uploads/Document/3c/WEB_CHEMIN_1552_1173100211.pdf
5. Agencia de Evaluación de tecnologías Sanitarias. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapeuticos para dejar de fumar. Informe nº 40, Madrid, Septiembre de 2003. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp
6. Fiore MC. Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline. Mayo 2008 Update U.S. Depart.of Health and Human Services. Disponible en: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf
7. Mataix J, Córdoba R, Ribera JA, Cañones I. Función y organización de la atención al tabaquismo en el centro de salud. En: Manual del Tabaquismo semFYC. España: Grupo de Abordaje del Tabaquismo de semFYC, 2008. p. 209-30.
8. Kaper J, Wagena EJ, Severens JL, Van Schayck CP. Sistemas de financiación de la asistencia sanitaria para aumentar el uso del tratamiento del tabaquismo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com
9. Del Pozo J, Esteban A, Nuez C, González A. Tratamiento del tabaquismo en la Comunidad Autónoma de La Rioja. Trastornos Adictivos. 2007;9:6-13.
10. Mataix J, Lozano J. Programa Atención Primaria Sin Humo: mucho más que centros sin humo. Aten Primaria. 2006;37:183-4.

Zoonosis en el medio rural: infecciones que no desaparecen

Moderadora:
I. Monreal Aliaga
Médico de Familia. Centro de Salud de Monreal del Campo, Teruel.

Ponentes:
A. Vergara Ugarriza
Epidemiólogo. Salud Pública de Teruel.

P. Carceller Sales
Médico de Familia. Centro de Salud de Ademuz, Valencia.

S. Antón Aguilar
Veterinario. Centro de Salud de Ademuz, Valencia.

Una perspectiva epidemiológica de las zoonosis en España

A. Vergara Ugarriza

En los últimos 30 años hemos asistido a cambios dramáticos en el patrón epidemiológico de presentación de las zoonosis. Esos cambios sólo pueden entenderse a la luz de transformaciones sociales que han determinado:

1) Modificaciones drásticas en los modos de producción agropecuaria, con reducción de superficies destinadas a cultivo, incremento de la ganadería intensiva –especialmente de bovino y porcino– y estancamiento o reducción de las explotaciones en régimen extensivo de ovino y caprino, todo ello condicionado por una mayor organización y cohesión social en el medio rural, y por la planificación de mercados y productos derivada de la Unión Europea y su Política Agrícola Común (PAC)[1].
2) Implementación de medidas de saneamiento ganadero –con la obligatoriedad de las campañas a partir de los años ochenta, sacrificio de animales enfermos e indemnizaciones correspondientes– y control alimentario de productos cárnicos y lácteos, tanto en origen como en transporte y puntos de venta.
3) Uso recreativo masivo del medio natural, con un número creciente de practicantes de senderismo, barranquismo o aficionados a la micología y, lo que es más importante a efectos de zoonosis, con mas de un millón de licencias de caza[2].
4) Fenómenos de globalización que posibilitan la aparición de zoonosis importadas y de nuevas enfermedades, bien merced al tránsito de bienes y mercancías como al de personas, en un país que recibió en 2007 a 99,1 millones de visitantes extranjeros y del que se registraron más de 18 millones de salidas de españoles en el mismo año[3].

La epidemiología de las zoonosis tradicionales, como carbunco, brucelosis, hidatidosis, triquinosis, o leishmaniasis, se caracteriza, a grandes rasgos, hoy por:

– La práctica limitación de casos al ámbito profesional, con mayor afectación en ganaderos, granjeros, trabajadores pecuarios y de mataderos, veterinarios y personal de laboratorios.
– Acusadas diferencias en la incidencia de distintas zoonosis entre comunidades autónomas[4,5], diferencias no sólo atribuibles al desigual volumen de las respectivas cabañas ganaderas.
– Reducción drástica de casos de zoonosis provocadas por consumo de alimentos comerciales, aunque siguen apareciendo pequeños brotes ligados a alimentos artesanales, no controlados o importados clandestinamente y distribuidos en el ámbito familiar, caso de embutidos infestados por *Trichinella* o de derivados lácteos contaminados por *Brucella*.
– El envejecimiento de la población en riesgo, fundamentalmente rural, lo que confiere a los casos que se producen un carácter de mayor gravedad y genera dificultades para su manejo clínico y terapéutico.

Junto a estas patologías, endémicas pero en franca regresión, se ha asistido a la aparición de zoonosis emergentes o reemergentes, algunas de ellos asociadas con actividades al aire libre:

– Brotes de tularemia, en ocasiones ligados a actividades cinegéticas y de pesca continental, por contacto con lepóridos y cangrejos de río respectivamente. El brote más reciente descrito por *Francisella tularensis* reunió 507 casos confirmados en Castilla-León[6] y coincidió con una plaga de topillo campesino (*Microtus arvalis)*.
– Brotes de triquinosis, buena parte de ellos por consumo de embutidos de jabalí parasitado y distribuidos entre familias de cazadores. En España, en los años 1994-2006 se detectaron 29 brotes de esta enfermedad con 394 casos[7].
– Brotes de fiebre Q, casos de rickettsiosis en campistas o mordeduras de murciélagos infectados por Lyssavirus.

Los movimientos de grandes masas de población en un mundo globalizado (viajeros, inmigrantes o desplazados) hacen posible la emergencia de casos de *zoonosis importadas* en un ambiente sanitario que no está familiarizado, ni con el manejo clínico de estos pacientes ni con las intervenciones de salud pública necesarias para su control en la comunidad. En Europa, en la última década, se han activado sistemas de alerta por casos de fiebres hemorrágicas virales (Ébola, Marburg, Lassa), producidas en viajeros a su vuelta de países africanos. En España ya hay que tomar en consideración, según los antecedentes viajeros y sintomatología del paciente, diagnósticos como dengue o hantavirosis, especialmente en personas con estancias recientes en países latinoamericanos.
Por último, el panorama se hace más y más complejo con la aparición de *zoonosis nuevas*, como la nueva variante de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, con 4 casos confirmados hasta finales de septiembre en nuestro país[8], o la infección humana por virus de influenza A/H5N1, con enfermos –la inmensa mayoría de transmisión zoonósica– en territorios cada vez más cercanos. La aparición de estas y otras zoonosis está condicionada por una presión humana sobre el medio natural cada vez mayor y la necesidad de producción cárnica cada vez mayor en volumen y menor en costes.

Bibliografía

1. Gómez Benito C & González JJ. Agricultura y Sociedad en el Cambio de Siglo. UNED & McGraw-Hill, Aravaca (España), 2002.
2. Ministerio de Medio Ambiente. Anuario de Estadística Forestal 2005. Acceso 6/10/2008 en: http://www.mma.es/portal/secciones/biodiversidad/montes_politica_forestal/estadisticas_forestal/pdf/16.pdf
3. Instituto de Estudios Turísticos. Movimientos Turísticos en Fronteras (FRONTUR). Informe Anual 2007. Ministerio de Industria, Comercio y Turismo. Madrid, 2008.
4. Sánchez Serrano LP, Ordóñez Banegas P, Díaz García MO & Torres Frías A. Human and animal incidente of brucellosis declining in Spain. Eurosurveillance 2005; 10 (16): pii2687.
5. Carmena D, Sánchez-Serrano LP, & Barbero-Martínez I. Echinococcus granulosus Infection in Spain. Zoonoses and Public Health 2008; 55: 156-165.
6. Allue M, Ruiz Sopeña C, Gallardo MT, et al. Tularaemia outbreak in Castilla y León, Spain, 2007: an update. Eurosurveillance 2008; 13 (32): pii18948.
7. Martín Granada A, Martínez Sánchez EV, Varela Martínez MC, et al. Vigilancia epidemiológica de brotes de triquinosis en España. Temporadas 1994/1995 a 2005/2006. Boletín Epidemiológico Semanal 2007; 15 (4): 37-48.
8. Registro Español de EETH. Situación a 25 de Setiembre de 2008. Centro Nacional de Epidemiología y Servicios de Vigilancia Epidemiológica de las CCAA. Acceso 6/10/2008 en: http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epidemiologia_listado_ecj.jsp

Actualización en el diagnóstico y tratamiento de las principales zoonosis desde el punto de vista médico

P. Carceller Sales

Introducción

Revisar el diagnóstico y tratamiento de las zoonosis clásicas en las publicaciones científicas recientes es bastante desalentador. La disminución progresiva del número de casos en humanos, debido a factores diversos, pero sobre todo a los planes veterinarios de saneamiento animal, nos obliga a recurrir a los manuales clásicos de medicina para conocer el manejo de estas patologías.

La escasa formación que hemos recibido los médicos de familia en este campo, y la poca experiencia que tenemos en el manejo de esta patología, debido a su excepcionalidad en el tiempo (excepto en los brotes esporádicos), hace que la mayoría de médicos de familia no haya visto nunca ninguna zoonosis. Pero siempre hay una primera vez, sobre todo en el mundo rural y con profesionales que trabajan con animales, donde incorporar estas patologías en el diagnóstico diferencial de síntomas habituales como fiebre, artralgias, exantemas, etc., debería estar presente.

Fiebre botonosa mediterránea

Es la rickettsiosis más frecuente en España, donde es endémica (sistema de información microbiológica: 51 casos en 2006, 521 casos en 1995). En los últimos años se ha observado un aumento de casos en zonas urbanas y suburbanas.
Está causada por *Rickettsia conorii*, que es transmitida por la garrapata del perro, que actúa como reservorio de la enfermedad.
En la clínica encontramos la tríada de fiebre (100%), la "mancha negra" (74%) y el exantema maculopapuloso palmoplantar (99%).
Para confirmar el diagnóstico, serología con IFI. El tratamiento con tetraciclinas. La profilaxis pasa por la desparasitación de los animales (sobre todo perros) y la desinfección de los lugares donde puede haber animales infectados. No hay evidencia de la necesidad de antibioterapia tras la picadura de una garrapata.

Hidatidosis

Causada por el helminto *Echinococcus granulosus.* En 2006, la notificación del sistema EDO fueron 243 casos. Los perros son los huéspedes definitivos, expulsan los huevos con las heces, los humanos son los huéspedes intermedios tras la ingestión de los huevos (tras tomar verduras o aguas contaminadas o por contacto con el animal).
Los quistes se desarrollan fundamentalmente en el hígado, la clínica se caracteriza por un largo tiempo asintomático (crece 1 cm/año y va ocupando espacio). Se va produciendo una sensibilización por contacto con proteínas del parásitos a través de las fisuras de la pared (reacciones anafilácticas, eosinofilia, etc.), en ocasiones puede romper a peritoneo y bronquio. El quiste puede llegar a calcificarse y permanecer asintomático.
El diagnóstico con frecuencia es por un hallazgo casual al realizar una Rx, TAC, ecografía, etc. Nunca se debe practicar una punción. Se confirma con pruebas serológicas, aunque no son determinantes, porque pueden permanecer positivas hasta 2 años después de la extirpación. Tratamiento quirúrgico, en casos de imposibilidad, utilizar albendazol.

Brucelosis. Fiebre de Malta

En España, casi exclusivamente la *B. Mellitenssis* (99%). Reservorio animal ovejas y cabras. Se produce el contagio por contacto directo con el ganado enfermo: inoculación conjuntivas, inhalación o vía cutánea, o por contacto indirecto a través de la ingesta de productos lácteos no controlados.
Clínica con gran polimorfismo, generalmente fiebre, astenia, anorexia, cefaleas, sudoración profuso con un olor pajizo y artromialgias. Es característica la afectación de localizaciones específicas en relación con el tiempo transcurrido hasta el inicio del tratamiento (sacroileítis/espondilitis, orquiepididimitis unilateral, neurobrucelosis, etc.). Hablamos de brucelosis crónica cuando la evolución es superior a 6 meses. Las recaídas suelen observarse entre los 6-24 meses.
El diagnóstico definitivo se realiza con el aislamiento germen por hemocultivo (90% positivos en fase aguda), pero la mayoría de los casos se diagnostica con pruebas serológicas (rosa de bengala, seroaglutinación, coombs anti-Brucella y ELISA). El tratamiento de doxiciclina y estreptomicina consigue la erradicación intracelular y una tasa de recaídas del 5%.

Triquinosis

Producida por un nematodo, *Trichinella spiralis*, que infecta a cerdos, jabalís y otros animales. La infección en humanos se produce por comer carne mal cocida o cruda que contiene las larvas de la triquina.
Se debería considerar la triquinosis en cualquier paciente que presente miositis y eosinofilia.
Diagnóstico: en la enfermedad grave hay una elevación de las enzimas musculares, la serología puede tardar 3 semanas en positivizarse, en ocasiones una biopsia muscular en deltoides revela el microorganismo. Tratamiento con mebendazol (solo útil en formas intestinales, no en musculares).

Carbunco, ántrax, pústula maligna

Causado por el *Bacillus anthracis*. A lo largo de 2006 se notificaron (sistema EDO) 12 casos de carbunco cutáneo.

Afecta a personas que están en contacto directo con animales; la persona adquiere la infección por contacto, ingestión o inhalación de esporas, procedentes de animales herbívoros infectados porque han ingerido suelo contaminado con esporas, las cuales pueden permanecer latentes en tierra hasta 30 años.

Sin embargo, es importante distinguir los casos por exposición profesional o endémicos de aquellos debidos a una emisión intencionada de esporas en actos terroristas, ya que el tratamiento y actuación posterior va a ser sustancialmente diferente. No se conocen casos de transmisión de persona a persona por inhalación.

El carbunco puede manifestarse en 3 formas clínicas: cutánea, pulmonar y gastrointestinal. El carbunco cutáneo es el más frecuente (95%); se trata de una pápula vesiculosa que evoluciona a una escara negra indolora.

El diagnóstico se hace por la lesión típica y la exposición laboral. El de confirmación mediante cultivo y tinción Gram. La serología suele ser positiva.

El tratamiento recomendado es con penicilina G. Se dispone de una vacuna.

Educación sanitaria y colaboración entre niveles

Es sorprendente el gran número de pacientes mayores en el medio rural que en el listado de antecedentes personales aparecen las "fiebres maltas", todos/as las recuerdan. Pero si tenemos la oportunidad de exploran los conocimientos sobre forma de transmisión, reagudizaciones, curación, etc. de la brucelosis en colectivos de riesgo permanente como pastores, ganaderos, etc., nos sorprenderá lo poco que saben sobre ella, y sobre todo las creencias erróneas que se tienen.

Otro ejemplo es el colectivo de cazadores, sobre todo de jabalís. Tener que esperar a realizar los análisis de triquina en las piezas muertas lleva su tiempo y su burocracia. Este requisito imprescindible para el consumo de la carne con total seguridad no siempre se cumple.

Son simplemente 2 ejemplos de la necesidad de establecer planes de educación sanitaria, que deberían ser compartidos por diversos profesionales sanitarios, y aunque el médico tiene un papel importante, creemos que es fundamental la figura del veterinario, con el que establecen una relación más continuada.

El trabajo conjunto de veterinarios, salud pública y centros de salud, harán posible algún día la erradicación completa de estas enfermedades en el hombre y en la mayoría de animales.

Bibliografía

Bernabeu-Wittel M, Segura-Porta F. Enfermedades producidas por Ricketsias. ISSN: 0213 – 005X. Enf Infecc Microbiol Clin. 2005;23:163-72.

Enfermedades transmisibles declaradas en España (notificación individualizada) 2006. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/InformeanualEDO2005.pdf

Inglesby T, Henderson DA, Bartlett JG, Ascher MS, Eitzen E, Friedlander AM, et al. Anthrax as a biological weapon: medical and public health management. JAMA. 1999;281:1735-45.

Microorganismos notificados al Sistema de Información Microbiológica (SIM). Años 2006 y 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/informacion_microbiologica/sim2006.pdf

Protocolo de actuación ante una emisión deliberada de esporas de *Bacillus anthracis*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/procedimientos/D18.pdf

Veterinaria y zoonosis. Programas de control y de erradicación de enfermedades en animales

S. Antón Aguilar

La profesión veterinaria está involucrada, desde todas sus facetas, en la curación y prevención de enfermedades en los animales de compañía y de renta, e incluye como parte fundamental la transmisión de enfermedades de los animales al hombre: zoonosis.

Los campos que abarca dicha tarea incluyen a:

– Veterinarios clínicos de animales de compañía, fomentando buenos hábitos de conducta en los dueños y divulgando programas de prevención de hidatidosis, leishmaniosis, etc.

– Veterinarios clínicos de campo, actuando como responsables de la ejecución de campañas de saneamiento ganadero (brucelosis, tuberculosis), y a la vez ejerciendo de centinelas de las "Redes de Vigilancia Epidemiológicas", vigilando la aparición de enfermedades y tomando muestras de animales fallecidos como en el "Programa de control de encefalopatías transmisibles en rumiantes".

– Veterinarios de los departamentos de agricultura, que supervisan los movimientos ganaderos y la correcta ejecución de campañas de saneamiento ganaderas.

– Y, por último, los veterinarios de los departamentos de sanidad, controlando la salud de los animales desde su sacrificio, pasando por todas las industrias de transformación en alimentos hasta el consumidor; desde los mataderos hasta la cesta de la compra.

En 1996, mediante el RD 2611/1996, se establecen los "Programas Nacionales de Erradicación de Enfermedades en Animales" (modificados posteriormente por los RD 1047/2003 y RD 51/2004), que se han convertido en herramientas muy eficaces en la lucha contra ciertas zoonosis.

¡Más vacunas y menos antibióticos! Hacia el control sostenible de las enfermedades infecciosas

Moderadora:

M.Ll. Morató Agustí

Médico de Familia. CAP de Sant Just Desvern, Barcelona. Especialista en Medicina Interna. Miembro del GdT Enfermedades Infecciosas de semFYC. Coordinadora del GdT de Vacunas de la camfic.

Ponentes:

N. Moreno Millán

Especialista en Medicina Preventiva. Técnico de Salud del Área de Atención Primaria de Barcelona. Miembro del Grupo de Vacunas de la camfic.

R. Pallarés Giner

Especialista en Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. Catedrático de Medicina/Enfermedades Infecciosas en la Universidad de Barcelona.

S. Martín Martín

Médico de Familia. Miembro del Área de Infecciosas de PAPPS-semFYC. Diploma de Experto en Vacunas por la Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Introducción

M.Ll. Morató Agustí

Nos agradaría, con esta mesa, contribuir a concienciarnos sobre el problema que representan las resistencias bacterianas y el mal uso de los antibióticos en las enfermedades infecciosas y la contribución que pueden hacer las vacunas para cambiar el panorama; e implicar al médico de atención primaria en la vacunación del adulto.

Es un hecho bien sabido que las vacunas están contribuyendo a una disminución muy importante de las enfermedades infecciosas para las cuales existe una inmunización eficaz.

Por otra parte, las resistencias de los microorganismos a los antibióticos suponen un problema de salud pública importante, que implica gran número de fracasos terapéuticos. El miedo a dichos fracasos lleva a los clínicos, y en ocasiones a las sociedades científicas que realizan recomendaciones de tratamiento empírico, a recomendar antibióticos de espectro cada vez mayor y de nueva generación. De esta forma, se limita el uso de los clásicos de cada grupo terapéutico, extendiéndose el problema de la resistencia a estos antibióticos "vírgenes"[1].

Últimamente estamos asistiendo a un fenómeno en el cual al vacunar al niño están disminuyendo las enfermedades transmisibles en el adulto debido en parte a la inmunidad de grupo[2]. Estudios recientes nos muestran un descenso de la enfermedad invasiva neumocócica en el adulto conviviente con niño vacunado con la vacuna neumocócica conjugada heptavalente y un descenso de la circulación de los serotipos neumocócicos incluidos en la vacuna[3]. La vacuna antineumocócica de la infancia se está convirtiendo en una herramienta eficaz para la prevención de la enfermedad invasiva del adulto debida a cepas resistentes a los antibióticos[4]. En cambio, otros estudios hallan un aumento de la incidencia de enfermedad invasiva por los serotipos incluidos en la vacuna en el adulto[5], lo que puede generar un interesante debate en relación con el reemplazamiento de serotipos al aumentar las coberturas vacunales en la infancia[6]. Esto implica un cambio hasta ahora desconocido en la epidemiología[7].

Por otro lado, también se está produciendo el fenómeno de reducción de resistencias antibióticas debido a la masiva utilización de algunas vacunas, como la vacuna heptavalente conjugada del neumococo[8,9].

¿Son las vacunas la solución a nuestro creciente problema de resistencia bacteriana a los antibióticos?

Bibliografía

1. Lautenbach E, Metlay JP, Bilker WB, et al. Association between fluoroquinolone resistance and mortality in *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae* infections: the role of inadequate empirical antimicrobial therapy. Clin Infect Dis. 2005;41:923-9.
2. Metlay JP, Fishman NO, Joffe M, Edelstein PH. Impact of pediatric vaccination with pneumococcal conjugate vaccine on the risk of bacteremic pneumococcal pneumonia in adults. Vaccine. 2006;24:468-75.
3. Direct and indirect effects of routine vaccination of children with 7-valent pneumococcal conjugate vaccine on incidence of invasive pneumococcal disease—United States, 1998-2003. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2005;54:893-7.
4. Whitney CG, Farley MM, Hadler J, Harrison LH, Bennett NM, Lynfield R, et al; Active Bacterial Core Surveillance of the Emerging Infections Program Network. Decline in invasive pneumococcal disease after the introduction of protein-polysaccharide conjugate vaccine. N Engl J Med. 2003;348:1737-46.
5. Feikin DR, Klugman KP, Facklam RR, Zell ER, Schuchat A, Whitney CG; Active Bacterial Core surveillance/Emerging Infections Program Network. Increased prevalence of pediatric pneumococcal serotypes in elderly adults. Clin Infect Dis. 2005;41:481-7.
6. García-Rey C, Fenoll A, Aguilar L, Casal J. Effect of social and climatological factors on antimicrobial use and Streptococcus pneumoniae resistance in different provinces in Spain. J Antimicrob Chemother. 2004;54:465-71.
7. Lexau CA, Lynfield R, Danila R, Pilishvili T, Facklam R, Farley MM, et al; Active Bacterial Core Surveillance Team. Changing epidemiology of invasive pneumococcal disease among older adults in the era of pediatric pneumococcal conjugate vaccine. JAMA. 2005;294:2043-51.
8. Kyaw MH, Lynfield R, Schaffner W, Craig AS, Hadler J, Reingold A, et al; Active Bacterial Core Surveillance of the Emerging Infections Program Network. Effect of introduction of the pneumococcal conjugate vaccine on drug-resistant Streptococcus pneumoniae. NEJM. 2006;354:1455-63.
9. Poehling KA, Talbot TR, Griffin MR, Craig AS, Whitney CG, Zell E, et al. Invasive pneumococcal disease among infants before and after introduction of pneumococcal conjugate vaccine. JAMA. 2006;295:1668-74.

Coste-efectividad de las vacunas. Su implicación en el tratamiento de enfermedades infecciosas del adulto

N. Moreno Millán

Durante el último siglo la mortalidad debida a enfermedades infecciosas ha disminuido de forma muy importante, principalmente por la mejora de las condiciones higiénicas, pero en última instancia también debido a otros factores como la introducción de antibióticos y vacunas[1]. En los últimos 20 años dicha disminución se ha visto frenada e incluso anulada por la reemergencia de determinadas enfermedades infecciosas y la aparición de resistencias bacterianas.

El uso de antibióticos es el principal factor que condiciona las resistencias que aparecen frente a ellos. Así, el uso abusivo e inapropiado durante décadas ha condicionado unos porcentajes de resistencia muy elevados, que se correlacionan con el aumento en su uso[2]. Dichas resistencias se combaten con un uso más racional de los antibióticos, condicionando un uso más apropiado y un mejor tratamiento de los pacientes. Además, el uso de algunas vacunas como la antineumocócica conjugada puede disminuir la incidencia, la transmisión y el número de portadores de un determinado microorganismo, provocando a su vez una menor necesidad de tratamientos antibióticos[3].

El uso de antibióticos varía mucho en los diferentes países (hasta multiplicarse por 3 en algunos), generando mayores resistencias. Se ha demostrado en microorganismos como el neumococo, que con la introducción de vacunas y el uso adecuado de los antibióticos, disminuye el estado de portador y el porcentaje global de cepas resistentes, disminuyendo así las resistencias globales.

Así, la racionalización de la administración de antibióticos debería ir acompañada de otras medidas, entre ellas la administración de vacunas, para disminuir las resistencias

Por tanto, nos encontramos en un panorama en el cual se hacen necesarias medidas para frenar tanto las resistencias como para mejorar el manejo integral de los pacientes, entre las cuales podrían incluirse algoritmos que ayuden a una correcta diferenciación entre infección vírica y bacteriana, la restricción del uso de antibióticos a aquel estrictamente necesario con la duración y dosis adecuada, la aparición de nuevas vacunas y el mantenimiento de elevadas coberturas. Algunos factores, como la reemergencia de enfermedades, los grandes movimientos de población, los grupos antivacunas y la práctica de una medicina defensiva ante las exigencias de los pacientes, podrían condicionar una difícil aplicación de dichas prácticas en las consultas de atención primaria.

Bibliografía
1. Armstrong GL, Conn LA, Pinner RW. Trends in infectious disease mortality in the United States during the 20th century. JAMA. 1999:281;61-6.
2. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M; ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. Lancet. 2005;365:579-87.
3. Cohen R, Levy C, De la Rocque F, Gelbert N, Wollner A, Fritzell B, et al. Impact of pneumococcal conjugate vaccine and of reduction of antibiotic use on nasopharyngeal carriage of nonsusceptible pneumococci in children with acute otitis media. The Pediatric Infectious Disease Journal. 2006:25:1001-7.

La resistencia antibiótica en la práctica clínica

R. Pallarés Giner

En esta presentación se describen algunas novedades recientes en el campo de las enfermedades infecciosas y en particular de la resistencia antibiótica. A continuación, se hace un resumen de tres temas: *1) Staphylococcus aureus* resistente a meticilina; *2)* resistencia en bacilos gram negativos, y *3)* infección neumocócica resistente.

Las infecciones causadas por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (MRSA) –cepas resistentes a cloxacilina y a todos los betalactamicos– han sido descritas desde los años sesenta. Durante las dos últimas décadas estas infecciones se han convertido en un problema endémico en los hospitales y centros de crónicos, causando a menudo brotes epidémicos, que comportan graves problemas sociosanitarios y una elevada morbilidad y mortalidad. A mediados de los años noventa, se detectaron infecciones por MRSA de origen comunitario. El MRSA comunitario tiene algunas diferencias, respeto a las cepas de adquisición hospitalaria, en la virulencia, presentación clínica y patrones de resistencia antibiótica. Por ejemplo, las cepas de MRSA comunitarios tienen menos multiresistencia que las cepas de adquisición hospitalaria. La transmisión del MRSA comunitario se ha observado en personas que han tenido un contacto próximo, como por ejemplo, las que conviven en la misma casa, guarderías, instalaciones deportivas, militares, prisiones, y entre homosexuales masculinos. Actualmente las tasas de portadores nasales de MRSA comunitario en niños y adultos sin patologías de base se están incrementando de forma considerable. Algunas cepas de MRSA comunitario contienen una exotosina denominada Paton-Valentine leukocidin, que causa destrucción leucocitaria y necrosis tisular y se asocia a infecciones cutáneas y de partes blandas, abscesos, neumonía necrotizante y sepsis fulminante.

El desarrollo de resistencia de algunos bacilos gram negativos (BGNs) se está convirtiendo en un problema de primera magnitud en los hospitales. Existen varios tipos de infecciones hospitalarias producidas por cepas multiresitentes de enterobacterias (p. ej., *Klesiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Enterobacter* spp) y BGNs no fermentadores (p. ej., *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*) que comportan grandes dificultades terapéuticas. Se ha descrito en algunos hospitales que hasta el 20% de infecciones por *Klebsiella pneumoniae* son resistentes a las cefalosporinas de tercera generación. Esto es debido a la adquisición de plásmidos que contienen los genes que codifican las betalactamasas de espectro extendido (BLEE), y a menudo estos plásmidos también contienen otros genes que producen diferentes tipos de resistencia. Otro aspecto importante de las infecciones causadas por enterobacterias productoras de BLEE es que se han convertido en infecciones relativamente frecuentes en los hospitales y están emergiendo como patógenos que producen infecciones comunitarias. Además, la resistencia de las enterobacterias (p. ej., *Escherichia coli*) a las quinolonas se está convirtiendo en un problema importante y se debe principalmente a mutaciones cromosómicas. Recientemente, se ha descrito también resistencia a quinolonas en *Escherichia coli* y *Khlesiella pneumoniae* mediada por plásmidos. La mayoría de las enterobacterias productoras de BLEE siguen siendo susceptibles a los carbapenems, siendo el tratamiento de elección de estas infecciones. En resumen, es necesario un buen uso de los antibióticos y extremar las medidas de control para evitar la propagación de estas infecciones por BGN multiresistentes, tanto a nivel hospitalario como de la comunidad.

Streptococcus pneumoniae es un patógeno muy frecuente, tanto en niños como en adultos, que ha desarrollado resistencia a penicilina y a otros antibióticos. Los niveles de resistencia se correlacionan con el uso de antibióticos, siento este uno de los factores de riesgo más importante para adquirir infecciones neumocócicas resistentes. La incidencia de enfermedad neumocócica invasiva es más elevada en niños pequeños y ancianos, y los niveles de resistencia antibiótica son más altos en niños menores de 2 años. La introducción de la vacuna neumocócica conjugada 7-valente (PCV7), que incluye 7 serotipos, ha condicionando cambios significativos en los últimos años. Así, por ejemplo, en EE.UU. se ha observado tras la introducción de la PCV7 al año 2000, una disminución de la incidencia de enfermedad neumocócica invasiva en niños pequeños y, paralelamente, también en los ancianos. Un aspecto relevante es la disminución de la resistencia antibiòtica asociada al uso de la PCV7. Esto se debe a que los serotipos incluidos en la vacuna son los que comportan mas resistencia y, por tanto, la disminución de la incidencia de infección neumocócica por estos serotipos vacunales se asocia a una reducción de la resistencia antibiótica global. Es de destacar que durante el último año se ha observado un incremento de infección neumocócica por serotipos no incluidos en la vacuna y esto puede condicionar cambios importantes en la epidemiología de la enfermedad neumocócica. Todos estos cambios hacen necesaria la introducción de nuevas vacunas conjugadas que incluyan más serotipos para poder prevenir al máximo la enfermedad pneumocócica.

Bibliografía
Apisarnthanarak A, Kiratisin P, Saifon P, et al. Risk factors for and outcomes of healthcare-associated infection due to extended-spectrum beta-lactamase-producing *Escherichia coli* or *Klebsiella pneumoniae*. Infection Control and Hospital Epidemiology. 2007;28:873-6.
Barricarte A, Gil-Setas A, Torroba L, et al. Invasive pneumococcal disease in children younger than 5 years in Navarra, Spain (2000-2005). Impact of the conjugate vaccine. Med Clin. 2007;129:41-5.
Casas I, Sopena N, Esteve M, et al. Prevalence of and risk factors for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* carriage at hospital admission. Infection Control and Hospital Epidemiology. 2007;28:1314-7.
Daum RS. Skin and soft-tissue infections caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. N Engl J Med. 2007;357:380-90.
Gobernado M, Valdes L, Alos JI, et al. Quinolone resistance in female outpatient urinary tract isolates of *Escherichia coli*: age-related differences. Rev Esp Quimioterapia. 2007;20:206-10.
Muñoz-Almagro C, Jordán I, Gene A, Latorre C, García-García J, Pallares R. Emergence of invasive pneumococcal disease caused by nonvaccine serotypes in the era of 7-valent conjugate vaccine. Clin Infect Dis. 2008;46:174-82.
O'Brien KL, Millar EV, Zell ER, et al. Effect of pneumococcal conjugate vaccine on nasopharyngeal colonization among immunized and unimmunized children in a community-randomized trial. J Infect Dis. 2007;196:1211-20.
Wenzel RP, Bearman G, Edmond, MB. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA): new issues for infection control. International J Antimicrob Agents. 2007;30:210-2.

En atención primaria no hay duda, ¡más vacunas y menos antibióticos!

S. Martín Martín

Los antibióticos no son el grupo de fármacos más frecuentemente usados en atención primaria, sin embargo, el efecto que estos producen sobre la modificación de la flora bacteriana del paciente y la capacidad de las bacterias de crear modificaciones en su estructura que les hace resistentes a la acción de estos, hace que cobren una mayor importancia y necesiten medidas de control específicos.

España es uno de los países con mayor tasa de resistencias a antibióticos de Europa debido en gran parte a los malos hábitos de uso y de consumo, arraigados tanto en la población como en el personal sanitario y que se calcula que la automedicación y los antibióticos sin receta alcanzan un porcentaje importante.

Esta situación ha llevado al Ministerio de Sanidad y Consumo a llevar a cabo medidas educativas del uso racional del medicamento dirigidas a la población general y a personal sanitario.

En el puesto contrario se encuentra la vacunación, especialmente en población pediátrica, como medida eficaz y bien aceptada por la población para la prevención y control de enfermedades infecciosas. La inmunización ha supuesto uno de los principales avances de la medicina del siglo XX, disminuyendo claramente la morbimortalidad de la población y demostrando una importante relación del coste-beneficio.

La mayoría de las vacunas que utilizamos, tanto en pediatría como en adultos, no disponen de datos específicos sobre el efecto de cada una de ellas sobre la disminución del uso de antibióticos pero sí de datos de disminución de patología y de ingresos hospitalarios asociados a la enfermedad que se previene. El campo de la vacunación se está desarrollando mucho en los últimos años y ya se están llevando a acabo estudios para el

desarrollo de vacunas contra gérmenes como el *Clostridium difficile*, la malaria, etc., con altas tasas de resistencia a antimicrobianos.

Es conocido el aumento de uso de antibióticos en la época gripal y diferentes estudios han demostrado la eficacia de la vacuna contra la gripe en la disminución de complicaciones y de ingresos hospitalarios especialmente en mayores de 65 años y en pacientes con patologías de base[1,2]. Sin embargo, las coberturas de vacunación, especialmente en menores de 65 años de grupos de riesgo son muy bajas y los esfuerzos, especialmente desde atención primaria, deben ir dirigidos a aumentar las coberturas en los pacientes más susceptibles[3].

Se pueden citar otros ejemplos como el de la vacuna contra el neumococo pentavalente y el descenso tanto en adultos como en niños de enfermedad invasora por este germen así como el descenso del número de otitis en niños vacunados; el papel que juega la vacuna contra el *Haemophilus influenzae* B en el control de cepas multirresistentes o el descenso del 80% de casos de meningitis por serotipo C notificados en las cohortes incluidas en la inmunización sistemática.

A pesar de los beneficios demostrados por las vacunas y a pesar de las excelentes coberturas que alcanzamos en España en la edad pediátrica, cuando hablamos de adultos, las coberturas descienden por debajo del 50% y no debemos descuidar la inmunización contra el tétanos o la difteria con una mortalidad muy elevada, o contra la triple vírica, más en un momento en el que continúan apareciendo brotes de sarampión en Europa[4]. Las mujeres embarazadas, los pacientes con hepatopatías crónicas, los pacientes inmunodeprimidos, etc. son grupos de riesgo específicos en los que la vacunación toma un papel preventivo muy importante y que no debemos descuidar[5].

El ámbito de la atención primaria, es el ideal para poner en marcha estrategias dirigidas tanto para el uso adecuado de los antibióticos como para aumentar las coberturas de vacunación en adultos, especialmente en los grupos de riesgo.

Bibliografía

1. Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, Brammer L, Bridges CB, Cox NJ, et al. Influenza-associated hospitalizations in the United States. JAMA. 2004;292:1333-40.
2. Mullooly JP, Bridges CB, Thompson WW, Chen J, Weintraub E, Jackson LA, et al; Vaccine Safety Datalink Adult Working Group. Influenza- and RSV-associated hospitalizations among adults. Vaccine. 2007;25:846-55.
3. Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, López de Andrés A, Esteban y Peña MM, Gil de Miguel A. Coverage and predictors of influenza vaccination among adults living in a large metropolitan area in Spain: A comparison between the immigrant and indigenous populations. Vaccine. 2008;26:4218-23.
4. Van Velzen E, de Coster E, van Binnedijk R, Hanné S. Measles outbreak in an anthroposopic community in The Hague, The Netherlands, June-July 2008. Euro Surveill. 2008;13:18945.
5. Álvarez Pasquín MJ, Batalla Martínez C, Comín Bertrán E, Gómez Marco JJ, Pericas Bosch J, Pachón del Amo I, et al. Grupo de expertos del PAPPS. Prevención de las enfermedades infecciosas. Aten Primaria. 2007;39 suppl 3:67-87.

«Doctor, vengo a por la baja» Aspectos legales sobre el manejo de la incapacidad temporal

Moderador:

F. León Vázquez

Médico de Familia. Centro de Salud Pozuelo-San Juan de la Cruz, Área 6, Madrid. Máster en Derecho Sanitario. Miembro del Grupo Lex Artis de la SoMaMFYC. Miembro del GdT Enfermedades Reumatológicas de la semFYC.

Ponentes:

G. Olivera Cañadas

Médico de Familia. Centro de Salud Isla de Oza, Área 6, Madrid. Experta en Derecho Sanitario. Máster en Derecho Sanitario. Miembro del Grupo Lex Artis de la SoMaMFyC.

J. Muñoz Perdiguero

Médico de Familia. Médico de Mútua. Máster en Gestión Sanitaria. Miembro del Grupo Lex Artis de la SoMaMFyC.

L. Fernández Hermida

Neurólogo. Médico Inspector. Diplomado en Valoración Médica de la Incapacidad. Responsable del Área de Inspección Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

La incapacidad temporal

Todos los días tenemos que decidir acerca de si un enfermo que requiere reposo está o no capacitado para su trabajo habitual. Tenemos dudas tanto desde el punto de vista clínico (¿el reposo útil mejorá su salud? ¿Cuándo puede reincorporarse?...) como legal (¿qué pasa al completar el plazo de 12 meses? ¿Se puede ir de vacaciones de baja?...). Conocer aspectos legales de la incapacidad temporal (IT), utilizar las instancias de ayuda para la gestión de IT (inspección, mutuas, etc.) y manejar determinadas patologías prevalentes en IT nos ayudarán a resolver estas y otras dudas[1].

La IT es un derecho reconocido para todos los trabajadores, tanto por cuenta propia como por cuenta ajena, lo que no implica que sea exigible al médico como si un derecho absoluto se tratara, y tal como algunos usuarios lo perciben. La incapacidad temporal es la situación a la que accede el trabajador que se encuentra imposibilitado para realizar su trabajo habitual debido a una alteración no permanente de su salud que recibe tratamiento de la seguridad social (SS). Se accede a dicha situación a partir del examen médico de un facultativo del sistema nacional de salud, que tras reconocer al paciente, decide sobre su imposibilidad para trabajar y emite un parte oficial de baja, único documento reconocido legalmente para surtir efectos laborales. A partir de entonces se produce una "suspensión" en la relación laboral, el trabajador deja de estar obligado a prestar servicios a su empresa, y el empresario deja de pagarle su sueldo. Ello no ocurre de forma automática, ya que durante los primeros días, y dependiendo del tipo de contingencia de que se trate (común o profesional) y el régimen de SS que le ampare (régimen general, autónomo, trabajadoras del hogar…) el pago se hace de forma directa a través de la SS, o de un modo delegado a través de la empresa, y con plazos variables (tabla 1).

Uso racional de la incapacidad temporal

En un centro de atención primaria el gasto por la prestación de IT supone más del 50% de los recursos totales gestionados. Su importancia es mayor si tenemos en cuenta que sólo un 30% de la población total (lo que llamamos población activa) tiene derecho a esta prestación. Es preciso que el de familia conozca algunos aspectos legales que regulan esta prestación, con la finalidad de que pueda hacer un uso adecuado de este valioso recurso. En esta tarea no estamos solos. Debemos conocer el resto de instancias implicadas en el control de la IT, desterrando la idea de que "nos controlan" las bajas y colaborando todos para el mejor manejo de este recurso. Las Inspecciones Médicas tienen el cometido de velar por la adecuación de la IT, y contamos con su apoyo y consejo en situaciones difíciles. Los equipos de valoración de la incapacidad (EVI) dependientes

TABLA 1 **Prestación por la Incapacidad temporal[1]**

	Cuándo comienza a percibirse el subsidio	Cantidad a percibir*	Quién paga el subsidio
Contingencias comunes: enfermedad común y accidente no laboral	A partir del 4º día (excepto empleadas de hogar, que lo harán a partir del día 28º)	- 60% de la BR hasta el día 21º - 75% de la BR desde el 22º día	- 15 primeros días el empresario - Después la entidad gestora: INSS, ISM, MATEPSS, o empresa colaboradora**
Contingencias profesionales: enfermedad profesional y accidente de trabajo	A partir del día siguiente al del accidente***	El 75% de la BR	La entidad gestora encargada de la contingencia profesional: MATEPPS, INSS o ISM, o empresa colaboradora

*Las empresas pueden, por convenio, cubrir desde el 1º día y el total o 100% de la base reguladora.
**En el caso de trabajadores autónomos y servicio doméstico (régimen de empleada del hogar) el pago se hace directamente a través de la entidad gestora.
***Las empleadas del hogar no tienen derecho a la prestación por accidente laboral.
BR: base reguladora. INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social. ISM: Instituto Social de la Marina. MATEPSS: Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) pueden evaluar al trabajador para decidir sobre su reincorporación laboral o su paso a incapacidad permanente. Las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la seguridad social (MATEPSS) son entidades sin ánimo de lucro que colaboran con la SS para mejorar la atención de los trabajadores enfermos, adelantan pruebas diagnósticas, determinadas terapias, y así acortan los tiempos de espera que retrasan innecesariamente el alta.

Un pequeño grupo de patologías aglutina la mayoría de los días de baja (lumbalgia, cervicalgia, patología de hombro, depresión-ansiedad, fibromialgia, etc.). El MF deberá conocer estas patologías y objetivar el grado de limitación funcional (menoscabo), valorar la necesidad de reposo y manejar las alternativas terapéuticas existentes (fisioterapia o infiltraciones, psicoterapia, etc.). Y siempre estar atento ante la posibilidad, no tan rara, de que aparezca un cierto grado de exageración de los síntomas por un rentismo, o directamente un fraude por simulación de una patología inexistente.

También surgen recientemente situaciones laborales complejas, no calificables como enfermedades, como el *mobbing*. El acoso psicológico en el trabajo no es nuevo; sin embargo en esta sociedad del bienestar en la que nos encontramos buscamos una causa médica a cualquier malestar, se tiende a psicologizar los problemas de la vida diaria, incluyendo las relaciones laborales[2]. El trabajador desarrolla una verdadera patología psiquiátrica, un trastorno adaptativo con ansiedad y depresión reactivas, insomnio, astenia, etc., con lo que se busca ayuda a través del médico y se plantea la opción de la IT. Sin embargo, no es la solución; y si se prolonga puede incluso ser perjudicial, favoreciendo las conductas evitativas. Habrá que apoyar al trabajador con otras medidas: fármacos ansiolíticos, psicoterapia, abordaje del entorno familiar y social, y, por qué no, cuando llegue el caso explorar acciones conducentes a la salida del entorno laboral hostil de la manera menos lesiva para el trabajador, incluso desde el punto de vista legal.

Novedades en incapacidad temporal

Recientemente se han incluido algunos aspectos nuevos en la gestión y control de la IT[3], modificando el artículo 128.1 de la Ley General de SS[4]. Agotado el plazo de 12 meses de duración de IT, el INSS, a través del EVI, es el único competente para reconocer la situación de prórroga, con un límite de 6 meses más, bien para determinar el inicio de un expediente de incapacidad permanente (IP) o bien para emitir el alta médica. El INSS tiene también la posibilidad de demorar la calificación de la IT, una vez transcurridos 18 meses, en 6 meses más. El INSS es también el único competente para determinar si una nueva baja médica producida en los 6 meses siguientes a dicho alta, por igual o similar patología, tiene o no efectos económicos.

Con este nuevo tipo de "alta" que dan los médicos del INSS a partir de la entrada en vigor de la Ley 40/2007[3] se entiende que, aunque el trabajador precise asistencia sanitaria, ha recuperado su capacidad laboral (valoración reservada antes al médico del sistema público de salud) y puede reintegrarse a su trabajo en la empresa. No es como el alta que antes emitían los médicos del INSS, a los solos a efectos económicos: el trabajador podía estar incapacitado, seguía sin trabajar, recibía asistencia sanitaria pero no percibía prestación económica por IT. La nueva Ley, en uno de los puntos más conflictivos, incorpora también la posibilidad de "manifestar disconformidad" contra este alta médica del INSS ante el servicio de salud, más concretamente ante la inspección médica, y establece plazos breves para su ratificación o no.

Bibliografía

1. Manual de incapacidad temporal para médicos de atención primaria. Grupo Lex Artis. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria Somamfyc (en prensa).
2. Pastrana Jiménez JI. Aspectos Psiquiátricos y Sociales del Mobbing. Revista del Centro de Estudios Jurídicos, Ministerio de Interior. Universidad Complutense Madrid; septiembre 2004.
3. Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de Medidas en Materia de Seguridad Social.
4. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Problemas familiares y salud mental: la terapia familiar breve como herramienta

Moderador:

M.A. Real Pérez

Médico de Familia. Centro de Salud Guayaba, EAP Buenavista, Área 11, Madrid. Experto en Terapia Familiar Breve. Miembro del GdT Salud Mental de la SoMaMFyC.

Ponentes:

M. Real Pérez

Médico de Familia. Centro de Salud Saja, Cabezón de la Sal (Cantabria). Experta en Terapia Familiar Breve.

A. Rodríguez Morejón

Doctor en Psicología. Universidad de Málaga.

F. de la Cueva López-Chaves

Doctor en Psicología. Fundación para la Infancia Meniños. A Coruña. Experto en Terapia Familiar Breve.

J.L. Rodríguez-Arias Palomo

Doctor en Psicología. Hospital de Cee, A Coruña. Experto en Terapia Familiar Breve.

Introducción

La consideración de la salud y de los problemas entre las personas desde una perspectiva biopsicosocial lleva a reflexionar sobre la influencia que puede tener la enfermedad física en la salud mental y en las relaciones con los demás (generalmente familiares); sobre el peso que puede tener la enfermedad mental en la patología física y en la capacidad de las personas para relacionarse; y, a su vez, sobre la repercusión que puede tener el buen o el mal manejo de las relaciones con los que nos rodean en la aparición o no de la enfermedad física y mental.

Los médicos de familia estamos más entrenados para actuar sobre la mejora de la salud de nuestros pacientes a través del diagnóstico y tratamiento de lo biológico. ¿Podemos mejorar nuestras habilidades para tratar lo psicológico y para facilitar el buen manejo de las relaciones familiares? ¿Cómo podemos ayudar desde la consulta de atención primaria?

Dirigido a: ámbito de trabajo del médico de familia y a expertos o grupos de trabajo en salud mental y familia.

Buscando en los recursos útiles del propio profesional para un mejor manejo de la enfermedad mental

M. Real Pérez

Introducción

Cada paciente y cada miembro de la familia tienen su forma peculiar de entender la enfermedad mental. Según sea este propio parecer, cada persona solicita de un modo o de otro la atención para sí mismo o para su familiar. De la misma manera, cada profesional sanitario tiene sus conocimientos y su propia elaboración personal de la enfermedad mental. Ambos le influyen en cómo trata con el paciente, en cómo trata con la familia de éste, en sus consideraciones sobre qué es lo mejor que se puede hacer según el caso... En definitiva, en cómo interviene de una forma o de otra en este tipo de patología.

El objetivo de esta ponencia es desarrollar la capacidad de cada profesional para buscar, entre sus propias estrategias profesionales, aquellas que le resultan más eficaces en su trabajo con pacientes con enfermedad mental y con sus familias. Y al final nos permitiremos hacer unas "recomendaciones" sobre habilidades que pueden resultar más eficientes.

Tus objetivos como profesional (para los casos de salud mental que atiendes en tu consulta de AP)

A continuación te pedimos, querido lector, que reflexiones un momento sobre las siguientes preguntas:

¿Cuáles son tus objetivos "en general" para con tus pacientes y sus familiares? ¿Cómo decides y qué haces para conseguir tus objetivos para cada caso en particular?

¿Cuáles son tus aspiraciones profesionales en estos casos?

Es posible que te contestes que, en general, lo primero será determinar qué es lo que produce el trastorno mental y que, una vez que lo descubres o intuyes, así te planteas los objetivos de tratamiento y la actuación adecuada. Y que:

– Cuando piensas que se trata de un trastorno bioquímico, entiendes que lo apropiado es probar un tratamiento farmacológico. Es decir, en este caso, tu objetivo de tratamiento es conseguir del paciente que tome puntualmente el medicamento adecuado, durante el tiempo oportuno, en colaboración o no con su familia (según proceda). ¿Cómo lo consigues? Cuando tus pacientes han tomado correctamente sus medicaciones... ¿Qué has hecho tú y te ha dado resultado para conseguirlo?

– Cuando piensas que se trata de un problema psicológico o de personalidad y el paciente y/o familia te está demandando que seas tú el que lo trate... ¿Cuál es tu objetivo de tratamiento? ¿Cómo haces? ¿Qué intervenciones tuyas resultan más resolutivas para tu objetivo?

– Cuando te comentan o piensas que hay problemas en el entorno que están alterando la salud mental... ¿Qué te planteas que se puede conseguir? ¿Qué intervenciones tuyas resultan más resolutivas para el paciente/familia?

Una vez llegado a un diagnóstico (a veces más y a veces menos específico), te planteamos las siguientes preguntas en cuanto a tus aspiraciones como profesional: ¿Qué es lo que tú quieres hacer? ¿Qué es lo que tú puedes hacer? ¿Con qué medios cuentas para poder realizar la intervención que te parece más correcta? Y (fundamental): ¿qué cosas de entre las que quieres y puedes hacer... te funcionan para que el paciente y su familia consigan cambiar lo que quieren?

Tus habilidades para conseguir tus objetivos

Te proponemos que, a partir de las reflexiones que hayas hecho sobre las preguntas anteriores, elabores un listado lo más detallado posible de tus cualidades personales y de tus habilidades profesionales con las que estás logrando conseguir tus objetivos en salud mental. Y te proponemos que explotes "tu mina de oro": si algo ya te funciona, hazlo más[1]. Desarrolla y perfecciona "ese músculo". Cuando lo tengas bien desarrollado, si no te es suficiente, busca formas alternativas de proceder. Y vuelve a hacer lo mismo: observa qué te funciona y qué consigues. Y hazlo más.

(Resulta curioso, pero es muy frecuente pasar por alto las habilidades propias –por parecer obvias o irrelevantes– y empeñarse en hacer "lo que se supone que debe hacerse" –que generalmente además ni se domina, ni se comprende bien y por tanto no suele funcionar– y desesperarse intentando solucionar a "fulanito", que es tan complicado, perdiendo la oportunidad de ser eficaz con muchos otros "menganitos" abarcables con cualidades o habilidades ya incorporadas a la manera de trabajar de cada profesional y que éste no potencia ni explota. ¿Será inherente a la condición humana elegir lo complicado cuando algo más fácil podría resultar quizá mejor?).

Trucos para "rentabilizar" tus habilidades

Algunas cosas que se exponen a continuación suelen ser útiles. Las contamos a modo de ejemplos. Es muy posible que algunas de ellas ya las estés haciendo. Si es tu caso y te son ventajosas, hazlas más. Si tienes otros recursos que te resultan bien, hazlos más. Y si no te funcionan éstas u otras cosas que ya haces, simplemente no las repitas. Haz cualquier otra, siempre que sea lo más diferente posible de lo que no te funciona[2].

Gestión del tiempo

– Asegúrate de que el paciente o su familiar vienen a la consulta para que les ayudes a cambiar aquello que te cuentan. No intervengas queriendo ayudar hasta que *tengas claro que te están pidiendo ayuda*. Si tienes dudas, puedes preguntar directamente: "¿me estás pidiendo que te ayude a cambiar esto?" Si es así, pregunta entonces "¿qué quieres cambiar?" En caso de que el paciente no te demande cambios, no utilices tiempo en intentarlos; escúchale, y ponte a su disposición para cuando quiera tu ayuda para mejorar.

– Resulta más rentable ocupar el tiempo de la consulta *hablando con detalle de las posibles mejorías que quiere el paciente* que hablar con detalle del

problema o queja. Para ello te proponemos que en lugar de preguntar "¿qué te pasa?", preguntes *"¿qué quieres que te pase?"* No te des por satisfecho con la contestación hasta que al paciente/familia y a ti os haya quedado claro qué quieren. Invita al paciente a que se imagine y describa *"qué hará" cuando su problema se haya resuelto* [3], mejor que "cómo se sentirá" cuando esté mejor. Puede que le resulte difícil expresar las conductas que desea tener cuando esté bien: si hay un familiar en la consulta y le preguntas, en general podrá ayudar a describir qué hará el paciente cuando esté bien. Si no es así, no pierdas tiempo: aplaza la consulta hasta unos días después, pidiendo al paciente que traiga por escrito lo que haya pensado que quiere hacer cuando esté bien.

– Cuando el paciente te diga qué quiere conseguir, *ayúdale con detenimiento a que exprese clara y pormenorizadamente las conductas que quiere tener* [1].

- Si quiere que cambien sus propios comportamientos, *detalla* con él (y su familia si procede) cuáles serán los nuevos, aunque parezcan sencillísimos o irrelevantes: esto les ayudará a hacerlos. También les ayudará recordar cómo han conseguido en otras ocasiones lo que quieren ahora.
- Si lo que quiere es que cambien las conductas de otra persona, ayúdale preguntándole qué está dispuesto a hacer él para propiciar ese cambio.
- Si lo que quiere es algo imposible o bien ilegal o contrario a la salud, indícale que tendrá que ceñirse a otro tipo de objetivos más abarcables, que puedes ayudarle a elaborar.

Análisis relacional

Hasta ahora hemos hablado del "contenido" de las consultas, de "qué hablar" en ellas.

Te proponemos que, igual que estás atento al contenido, estés atento a la relación que el paciente/familia quiere entablar contigo como profesional. Por tratarse de "la relación contigo", cuanto deduzcas es necesariamente subjetivo, pero en la ponencia te propondremos un "cuadro relacional" que si quieres puedes utilizar para enmarcar tus observaciones, actuar en consecuencia y, así, relacionarte como te parezca más conveniente, de manera que te sea más fácil conseguir tus objetivos de tratamiento.

Mejorar el cumplimiento terapéutico

Es más fácil conseguir que el paciente "cumpla" con lo que le prescribimos si le pedimos *que haga aquello que quiere* (¿obvio?) ciñéndonos, por supuesto, a lo que nos parece terapéutico para él. Para ello creemos preciso acomodar/guiar:

– Los contenidos de la consulta.
– La relación terapéutica.
– *Adaptar la prescripción a ciertas características del paciente/familiares*[3], entre las que destacaremos: deseo de una prescripción clara para cumplirla literalmente, o bien deseo de elegir entre alternativas, o bien falta de intención en realizar la prescripción o bien mayor facilidad para ir "en contra" de lo que se le prescribe.

Bibliografía

1. O'Hanlon, W.H, Weiner-Davis M. En busca de soluciones. Barcelona: Paidós; 1990.
2. Fisch R, Weakland JH, Segal L. La táctica del cambio. Barcelona: Herder; 1980.
3. De Shazer S. Claves para la solución en terapia breve. 1 ed. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.; 1989.

Repercusión de la enfermedad mental en la salud del resto de familiares, ¿cómo podemos ayudar?

A. Rodríguez Morejón

La terapia familiar breve es un modelo de intervención psicológica que nos permite trabajar con las relaciones entre las personas para tratar de favorecer los cambios deseados. A continuación se presenta un ejemplo de lo que podría ser una intervención de este tipo en un contexto de atención primaria. Después se analizan teóricamente las técnicas que se han utilizado.

Alicia acude a la consulta de atención primaria con su hija Lorena de 16 años. Alicia está preocupada porque la niña ha perdido 12 kilos en los últimos meses, ahora pesa 59 y mide 1,70 cm. Alicia cuenta que la niña siempre fue algo "gordita" y que desde la adolescencia está muy preocupada con su peso. Ahora suele hacer dietas algo anárquicas que no mantiene en el tiempo. Una primera exploración no revela ninguna anomalía: la presión sanguínea y el ritmo cardiaco son normales. Lorena parece bastante molesta ante la doctora, dice que no le pasa nada y que todo está en la cabeza de su madre que ha visto en televisión demasiados programas basura sobre modelos anoréxicas. Efectivamente, la madre parece muy preocupada. La médico de familia pide una analítica y les cita para una nueva consulta para cuando estén los resultados.

A la segunda visita acude la madre. Los análisis dicen que todo está correcto y Lorena entiende que no hay razón para seguir adelante con la consulta. Alicia sin embargo está todavía más preocupada, según ella su hija sigue comiendo poco y desordenado, le da miedo lo que pueda pasar en adelante. No sabe que hacer.

Opción "A"

La doctora tranquiliza a la madre. Aunque es cierto que la pérdida de kilos ha sido importante, la niña ahora está en su peso y no hay ningún indicador que haga pensar que el problema sea grave. Recomienda a la madre que vigile la alimentación de su hija, y le ofrece información sobre dietas sanas. Prescribe un complejo vitamínico, por si acaso, y sugiere que Alicia esté muy pendiente de cómo evoluciona Lorena.

Cuatro meses después Lorena vuelve a consulta, está desmejorada. Ha perdido 5 kilos más, y está muy irritable. La madre cuenta que está haciendo mucho ejercicio y que come muy poco y solo alimentos que ella considera saludables. Han tratado de llevarla a un psicólogo pero ella se niega. Lorena está completamente enfrentada a su madre y sigue quejándose de que vigilan demasiado su alimentación. En la exploración física la tensión es baja. La doctora informa que el asunto empieza a ser preocupante y que es importante que la niña siga una dieta sana y recupere el peso perdido. Le informa a Lorena de los peligros de seguir así, ésta parece asustada y se compromete a comer mejor. La doctora pide a la madre que se asegure de que su hija cumple su promesa y solicita una nueva analítica.

Nueve meses después de la consulta inicial Lorena vuelve a su médico de familia. Ahora pesa 50 kilos y la semana anterior la llevaron a urgencias por que se desmayó en el instituto. El informe de ingreso describe anemia y episodios de arritmia. Lorena apenas come, dice no tener apetito, piensa que físicamente está mejor que nunca, y sigue discutiendo constantemente con su madre.

Opción "B"

La doctora invita a una nueva consulta a la madre, buscando un espacio en el que puedan conversar al menos 20 minutos. Le sugiere que invite a Lorena a venir, pero sin forzarla, sólo si la hija quiere. Le tiene que decir que ella, como madre, está muy preocupada y que por eso ha buscado ayuda para saber cómo hacer las cosas lo mejor posible, que quiere buscar una solución y que Lorena está invitada a ir si le apetece.

A la nueva cita sólo acude Alicia. La doctora le pregunta que es lo que quiere conseguir con su hija. Alicia dice que entiende que Lorena quiera cuidarse pero que debe hacerlo de manera ordenada para mantenerse sana. Juntas analizan en qué momentos ambas han conseguido colaborar en el tema de la comida. La madre cuenta que Lorena odia las comidas "grasientas" que ella cocina para el padre, y que en algún momento en que las dos han seguido un régimen juntas (Alicia tiene un evidente sobrepeso), la niña ha comido bien y sano, y hasta se divertían cocinando las dos. La doctora analiza con Alicia las cosas que ella hace que decididamente no ayudan. Alicia tiene claro que cuanto más presiona a su hija peor le va y que cuanto más le riñe sobre el tema de la comida más se le enfrenta. Pero no sabe que otra cosa puede hacer. Parece que tampoco ayuda mucho que el padre se ponga de parte de Lorena y desacredite constantemente a Alicia por ser tan "pesada" con la niña. Durante la conversación la médico trata de apoyar todas las posiciones razonables de la madre: "*parece buena idea que aceptes que se cuide, y estoy de acuerdo contigo en que le permitas hacer dieta sólo si eso le ayuda a estar más sana*". Resalta, sobre todo, los recursos e ideas que la madre tiene y que están funcionando: "*parece que el hacer la dieta juntas y seguir un régimen controlado por un especialista ayudó a tu hija*". Bloquea todas las soluciones que la madre ha puesto en marcha y que no están ayudando: "*tienes razón cuando dices que el tratar de obligarla sirve sólo para que se afiance más en su postura*". Hace sugerencias para cambiar interacciones que no ayudan: "*es fundamental que en esto trabajes en equipo con tu marido, cuéntale la conversación que hemos tenido y pídele ayuda para poner en marcha las decisiones que estamos tomando juntas*".

La doctora le pide a Alicia que tenga una charla con su hija, que le diga que tal vez no le ha estado ayudando como ella quiere y que está dispuesta a hacerlo de otra manera. Debe negociar con ella una forma de resolver el tema de las comidas que deje a las dos tranquilas. Le recuerda que ideas del tipo a seguir dietas controladas juntas y responsabilizar a la hija en la cocina son razonables y ya han funcionado en el pasado. Mientras tanto, acuerdan que es mejor que la madre no riña, ni intente obligar a la niña a comer, mejor incluso si no se habla demasiado del tema de la comida. La médico vuelve a recordar la importancia de que el padre apoye las decisiones que ella tome. Quedan para una nueva consulta en un mes.
En la siguiente consulta Alicia cuenta que ha acordado con su hija que las dos van a comer sano siguiendo una dieta recomendada por un nutricionista. Han acordado "vigilarse" la una a la otra para no pasarse con la dieta ni por exceso, ni por defecto. Ella, de todas formas, procura no hablar demasiado del tema y trata solo de alabar a su hija por lo bien que la ve. De momento lo están consiguiendo, aunque sigue algo preocupada porque piensa que Lorena está comiendo menos de lo que debe y tiene dudas sobre si seguirá o no perdiendo peso. La doctora apoya las decisiones que madre e hija han tomado juntas y pide que le explique cómo se las arreglaron para decidir. Le interesa mucho saber cómo hace la madre para conseguir controlarse y no presionar a la hija. Acuerdan tener una nueva cita, la doctora aconseja a la madre que se centre en controlar a Lorena sobre datos objetivos y no sobre lo que le ve comer cada día. Le sugiere que, por ejemplo, las dos se pesen juntas al menos una vez al mes y que si se mantienen dentro del peso deseado se regalen algún pequeño exceso, culinario o de otro tipo.

Análisis teórico de las técnicas que se han utilizado

La opción "A" es una buena intervención, basada en el sentido común y, probablemente, sería suficiente en la mayoría de los casos. La opción "B" es una intervención psicológica que se pone en marcha en aquellos casos en que las alternativas basadas en el sentido común no parecen funcionar. Obviamente, esta segunda opción puede fracasar también, y en ese caso se hará necesaria una intervención más intensiva de un equipo de salud mental.
La visión que subyace a toda la intervención "B" es la idea sistémica de que en cualquier grupo de personas en interacción, si se consigue cambiar la forma de actuar de alguno de los miembros, se aumenta la posibilidad de que cambie la conducta de otros[1]. Toda la conversación está basada en la premisa de partida de que las personas (familias) tienen recursos y que la tarea del profesional es construir con ellos sus propias alternativas de cambio[2]. Para fomentar los recursos es básico que el terapeuta establezca una buena relación terapéutica basada en la aceptación del otro y la escucha activa[3].
En la reunión con la madre la especialista empezó estableciendo objetivos[4], el primer paso de cualquier intervención familiar breve, objetivos que para funcionar deben reunir algunas características: ser alcanzables, concretos, formulados en positivo y, en lo posible, interaccionales[5]. En un segundo momento se le pide a la madre que ella establezca también metas compartidas con su hija.
La segunda técnica del ejemplo consiste en buscar avances[6]. ¿En qué momentos han ocurrido, aunque sea mínimamente, alguno de los avances deseados? La vez que hicieron dieta controlada juntas es una buena pista y un momento para que el profesional resalte los recursos de su paciente.
Una tercera posibilidad es analizar soluciones intentadas ineficaces[7] para: *a)* bloquearlas –"es buena idea que dejes de reñir a tu hija por temas de comida"– o *b)* ofrecer alternativas –"estaría bien que llegaras a acuerdos con tu esposo sobre este tema"–. *El objetivo es que al final de cada sesión las personas se vayan con ideas nuevas sobre como enfrentar el problema (porque han establecido metas, se han dado cuenta de lo que ya funciona, o bien se han hecho conscientes de lo que no está ayudando y han pensado en alternativas)*[8].
La intervención es simple. Pero lo simple a veces es complejo de hacer, requiere una formación específica. Esta forma de actuar probablemente sea útil en ocasiones y en otras valga con la intervención médica al uso o el simple sentido común. Cada caso es diferente y requerirá profesionales con criterios para decidir el abordaje más apropiado.

Bibliografía

1. Watzlawick P, Beavin Bavelas J, Jackson DD. Teoría de la Comunicación Humana. 11ed. Barcelona: Herder; 1981.
2. Duncan BL, Miller SD. The heroic client: Doing client-directed, outcome-informed therapy. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2000.
3. Norcross JC. Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients. New York, NY: Oxford University Press; 2002.
4. O'Hanlon, W.H, Weiner-Davis M. En busca de soluciones. Barcelona: Paidós; 1990.
5. Rodríguez Morejón A, Beyebach M. Terapia Sistémica Breve: Trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido y J. García (Comps.), Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones. Valencia: Promolibro; 1994. p. 241-90.
6. De Shazer S. En un origen las palabras eran magia. Barcelona: Gedisa; 1999.
7. Fisch R, Weakland JH, Segal L. La táctica del cambio. Barcelona: Herder; 1980.
8. Rodríguez-Arias JL. Terapia familiar breve: guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico. Madrid: CCS; 2006.

Cuando la enfermedad física repercute en el resto de familiares, ¿cómo podemos ayudar?

F. de la Cueva López-Chaves

Como todos hemos experimentado, la enfermedad física de un familiar afecta al resto de familiares, queramos o no. Cuando ésta es puntual o de corta duración el sistema familiar es capaz de resolver, con relativa facilidad, esa situación. Pero cuando la enfermedad se prolonga y/o exige dedicación exclusiva, pone a prueba al familiar o familiares más implicados afectivamente y, a su vez, al sistema de cada uno de ellos. En estas circunstancias sucede que alguna de las personas implicadas puede precisar ayuda externa para afrontar la situación, y consultar con el médico de familia.
Habitualmente, ante la enfermedad física de un familiar se conjugan dos aspectos:
1. Una tristeza y ansiedad más o menos intensas por la enfermedad del familiar y la repercusión que ésta tiene en él.
2. Las dificultades que supone la enfermedad en el desarrollo de la vida personal y de relación con otras personas de cada familiar/cuidador.

En esta ponencia se propondrá cómo desde atención primaria se pueden aprovechar los recursos del sistema familiar, potenciándolos, para ayudar al familiar (y a la familia a través de él) a minimizar el impacto de la enfermedad física. Utilizaremos la descripción de un caso para exponer las principales técnicas y cómo utilizarlas en el contexto de la terapia familiar breve.

Una primera entrevista de TFB se desarrolla típicamente de la siguiente manera:
Médico: Dime ¿qué quieres conseguir?
Paciente: …Mi marido tiene una enfermedad muscular degenerativa detectada hace un año y pico que poco a poco le impide la movilidad. Es muy injusto, no por la enfermedad, sino porque ahora que había logrado ser más feliz ocurre esto y otra vez a pasarlo mal...
…Desde que nos casamos mi marido se dedico a su profesión, salía a las 7 y volvía a las 9, 10, 11 de la noche. Durante muchos años trate de cambiarlo hasta que me di cuenta que mejor cambiaba yo... Desde entonces hago mi vida, trabajo, amigos, hijo... Pero al darse esta circunstancia, no tengo tiempo para mí y además él está por la casa todo el día.
...Lo peor es un estado de confusión entre el deber hacia él y las ganas de hacer lo contrario. Esto me deja sin ganas de nada, totalmente decaída.

Ésta es la manera más común de comenzar. Le preguntamos sobre lo que quiere y el paciente nos dice lo que le pasa, se *queja*. Esta paciente nos aporta una información extra. Además de explicarnos que hubo una época anterior en la que estuvo mal, nos dice lo que hizo para estar bien (*soluciones eficaces*) y nos dice que lo ha dejado de hacer (*solución ineficaz*). Es decir nos da una información que es relevante para construir soluciones.
En TFB utilizamos la información que nos da el paciente sobre lo que hace y no le funciona –soluciones ineficaces, para pedirle que haga lo contrario[1] y la información sobre lo que le funciona –soluciones eficaces–, para pedirle que lo haga más[2]
Ahora bien, esta información sólo nos es útil si conocemos lo que quiere el paciente, si sabemos cómo quiere estar. Su *objetivo*. Para ello la entrevista debe continuar con un resumen de la queja recogiendo, en este caso, el aspecto "dramático" se la situación, empalizando con él y formulando de nuevo una pregunta que nos aclare su objetivo.

Médico: ¿Y qué quieres conseguir respecto a esto que me has contado?
Paciente: La verdad es que no lo tengo nada claro. Que no hubiese pasado y poder seguir con mi vida, con mi rutina.

El objetivo es la información relevante más importante para la terapia familiar breve, ya que sin ella no podemos construir soluciones que resuelvan porque no sabemos qué hay que resolver. Se caracteriza porque tiene que ser del paciente y debe cumplir con estas características: ser posible de conseguir; ser claro; ser legal (no contrario a la salud); y depender del paciente.

Por lo tanto, debemos comprobar la información que la paciente nos va dando sobre sus objetivos. De esta manera nos damos cuenta de que "que no hubiese pasado" es imposible y además no está en nuestras manos ni en las del paciente. Y de que tampoco es posible "poder seguir con mi vida" pues, aunque ella no quiera, la enfermedad de su marido la obliga a cambios funcionales (según nos indica la teoría general de los sistemas[3]), excepto si no le importa nada su marido.
Una manera de "negociar" este objetivo imposible es confrontar esta realidad aprovechando "que sí le importa su marido", de manera que le sea más fácil explicar lo que quiere.

Médico: Sí, pero ha pasado y sobre eso no puedes hacer nada. Sí puedes hacerlo sobre seguir con tu vida, con tus costumbres. Al fin y al cabo ¿quién te lo impide?
Paciente: Hombre, es mi marido ¿cómo le voy a dejar "tirado"?
Médico: Sin embargo te das razones por las que no tienes obligación de hacerlo y razones por las que sí.
Paciente: Claro, y eso es lo peor, lo que más me agota, porque lo hago y luego me fastidia haberlo hecho.
Médico: Por un lado te sientes obligada a cuidar de tu marido y lo haces, pero al mismo tiempo piensas en lo injusto de la situación. Es como si tirasen de cada brazo al mismo tiempo y claro, eso duele.
Paciente: Me enfado por hacerlo y eso hace que discuta con él. Luego me arrepiento, porque pienso que "demasiado tiene" y después viene el decaimiento, que hace que no tenga ganas ni de salir, ni ver a mis amigas, sólo de darle vueltas a esto, que para más contradicción intento no pensar pero no lo consigo *(solución ineficaz)*. Lo que me gustaría es salir de este estado, que sólo tirasen de un brazo.
Médico: De acuerdo. Entonces quieres que trabajemos para que sepas como hacer para salir de esta situación que te tiene atrapada y desesperada.
Paciente: Sí.
Médico: Cuando esté resuelto el dilema ¿Qué cosas vas a hacer diferentes?
Paciente: Cosas de las que hacía antes. Bueno, al menos algunas, como quedar con el grupo de amigas de vez en cuando, pasear, cosas de esas. Pero sobre todo es que tendré ganas de hacerlo.

Con esta información es suficiente para comenzar a trabajar. Sabemos qué le pasa, sabemos qué quiere: *1)* volver a hacer las cosas que le eran útiles y *2)* desbloquear una situación cognitiva que le impide hacer esas cosas.
Pasamos pues a prescribir una "tarea". Las tareas son un medio para generar comportamientos diferentes de modo que las personas cambien la manera de ver las cosas, construyan realidades diferentes[4].
La prescripción se compone de tres partes[5]:

1. Valoración:
Vamos a aprovechar que eres una persona luchadora y fuerte que ya ha salido sin ayuda de una situación muy difícil.

2. Argumentación "lógica":
Como bien dices lo primero es que aprendas a salir de ese dilema que te agota. Llevas mucho tiempo pensando en este dilema de una manera que no te ayuda a salir de él. Quiero que lo hagas de una manera diferente. Para ello

3. Tarea:
Quiero que hasta la próxima cita pienses esto por separado:
– Por un lado, cómo vas a hacer para hacer caso a la parte que te dice que tienes que asumir la responsabilidad de cuidar a tu marido, cómo crees que debes hacerlo y cómo vas a hacer para cuidar de ti lo suficiente como para poder hacerlo. Lo escribes en una hoja.
– Por otro lado, cómo vas a hacer para hacer caso a la parte que te dice que no tienes que asumir esa responsabilidad. Lo escribes en otra hoja.
– También que, como mínimo una vez, hagas algo de lo que has dejado de hacer y te gustaba para que me cuentes las diferencias que encuentras. No es necesario que te apetezca hacerlo, sólo que lo hagas.
La siguiente entrevista comienza *presuponiendo* que hay cambios a mejor, de la siguiente manera:

Médico: Dime las cosas que van algo mejor.
Paciente: Los primeros días no cambió nada, pero a medida que iba pensando como me dijiste decidí que tenía una obligación moral hacia él que está por encima de otras consideraciones y he decidido que lo voy a cuidar. Esto me ha descansado mucho. También comencé a pasear como hacía antes y me ayuda a estar menos decaída, porque pienso en el calor, en que me duele el pie y durante un rato desconecto.

En esta y en las siguientes entrevistas, se trabaja amplificando los cambios, no para que esté bien -pues dada la situación sería imposible-, pero sí para que esté lo suficientemente a gusto como para poder afrontar la situación lo mejor posible.

Después de cuatro entrevistas la paciente describe los siguientes cambios: …Antes, cuando le hacía algo a mi marido me esforzaba en que me apeteciese. Ahora las hago pero no me planteo si me gusta o no. Esto hace que no me sienta culpable y al no sentirme culpable no estoy decaída o si lo estoy es por ver como cada día está más deteriorado, pero eso lo veo normal. Esto hace también que me dedique a mi misma unas tres horas por la mañana y unas dos o más, según las circunstancias, por las tardes.
A partir de ese momento las citas se espaciaron a una cada mes o dos meses con un objetivo de apoyo, ya que ella sabía cómo tenía que hacer.
Ese pequeño cambio que se introdujo fue cambiando otras pequeñas cosas que a su vez provocaron más cambios. En la entrevista en que nos informó de la muerte de su marido nos resumió estos cambios: *"Poco a poco cambió la relación, surgió ternura, complicidad, ya tenía todos los esquemas mentales acostumbrados a esa situación y aunque me había preparado ahora lo siento mucho más de lo que me imaginaba". Me alegro de haber decidido como lo hice porque tengo la conciencia tranquila y podré afrontar mejor esta nueva etapa de mi vida".*

Bibliografía

1. Fisch R, Weakland JH, Segal L. La táctica del cambio. Barcelona: Herder; 1980.
2. O'Hanlon, W.H, Weiner-Davis M. En busca de soluciones. Barcelona: Paidós; 1990.
3. Bertalanffy LV. Teoría General de los Sistemas. México: FCE, 1976.
4. Haley J. Terapia para resolver problemas, Buenos Aires: Amorrortu; 1980.
5. Rodríguez-Arias JL. Terapia familiar breve: guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico. Madrid: CCS; 2006.

Repercusión de los problemas de pareja en la salud de la familia. ¿Podemos hacer algo desde la consulta de atención primaria?

J.L. Rodríguez-Arias Palomo

El objeto de la ponencia es repasar algunos puntos de vista que sobre los "problemas de pareja" se manejan en la consulta del médico de Atención Primaria, con el fin de abrir un debate sobre la oportunidad, coherencia y resultados de las estrategias terapéuticas disponibles en dicha consulta en función de la demanda, los tiempos y los conocimientos disponibles por el colectivo de profesionales.

Atención al inmigrante: perspectivas de futuro

Moderador:

J. Vázquez Villegas

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica La Mojonera, Almería. Coordinador Atención Sanitaria a Inmigrantes. Distrito Poniente de Almería. Coordinador del GdT Atención al Inmigrante de la semFYC y de la SAMFYC.

Ponentes:

T. González Galiana

Presidenta de Médicos del Mundo en España.

L. Andrés Gimeno Feliu

Médico de Familia. Centro de Salud San Pablo, Sector II, Zaragoza. Miembro del GdT Atención al Inmigrante de la semFYC y de la SAMFYC.

J. García Campayo

Psiquiatra. Hospital Miguel Servet, Zaragoza. Profesor Asociado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.

M.P. Espejo Guerrero

Médico de Familia. Directora Gerente del Distrito de Atención Primaria Poniente de Almería.

Presentación

J. Vázquez Villegas

A 31 de marzo de 2008 residían en España 4.192.835 extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor, de los cuales el 53,19% son extracomunitarios; si se añade a aquellas personas que no disponen de ese documento, se estima que entre el 11-12% de la población española es extranjera.

Esta realidad social implica en el ámbito sanitario y, especialmente en atención primaria, la necesidad de adaptar los servicios ofertados a un colectivo sumamente heterogéneo, en cultura, idioma o incluso en expectativas sanitarias. Además, no basta por sí sola esta adaptación, sino que hay que tener en cuenta nuevas necesidades específicas.

El objetivo de esta mesa es plantear algunos retos que ha de resolver la sanidad pública en relación al colectivo de personas inmigradas.

Superando los falsos debates de si esta población es hiperutilizadora de los servicios de urgencia o portadora de enfermedades más o menos exóticas, se van a aportar estrategias organizativas en atención primaria –Distrito Poniente de Almería– en las que uno de los fines principales es el reconocimiento a la diversidad y la adecuación de los servicios a ella (reciente Premio de Calidad del Ministerio de Sanidad).

Además, si se pretende detectar y actuar sobre las desigualdades en salud que previsiblemente el colectivo de inmigrantes –como población vulnerable– sufre, es necesario que los registros sanitarios tengan en cuenta esta diversidad y sean capaces de proporcionar datos fiables sobre el estado de salud y la utilización de los servicios sanitarios que este colectivo realiza. En este sentido, las actuaciones que se llevan a cabo en Aragón son un buen ejemplo de actuación en este tema.

La edad media de los inmigrantes extracomunitarios regularizados es de 30,4 años, con una tasa de natalidad superior a la autóctona y, generalmente, con la intención de permanecer en nuestro territorio. Esto está dando lugar a la existencia de cada vez un mayor número de hijos de inmigrantes nacidos en nuestro país –la mal llamada segunda generación–; este colectivo es el que mayores problemas de adaptación y patología psiquiátrica puede presentar. Es necesario tenerlo en cuenta y crear programas específicos, fundamentalmente preventivos. Este es otro de los aspectos que se van a tratar en esta mesa.

Por último, si en España se garantiza la atención sanitaria a las personas inmigradas con el único requisito de estar empadronados, el que exista una ONG, como Médicos del Mundo, que realice esta labor indica que alguno de los objetivos del sistema sanitario público –universalidad y equidad– no se están cumpliendo, precisamente en uno de los colectivos más desfavorecidos. El reto planteado es mejorar la accesibilidad de los servicios sanitarios a la población inmigrante y que las actuaciones de las ONG no cubran los servicios no satisfechos por parte de la sanidad pública. Es necesaria una actuación interdisciplinar, abordando aspectos sociosanitarios en los que la coordinación y complementación con las ONG es absolutamente fundamental.

El papel de Médicos del Mundo en la atención a inmigrantes irregulares

T. González Galiana

Médicos del Mundo

Forma parte de la misión de Médicos del Mundo la atención "a las personas desprotegidas de nuestro entorno social". En los últimos 12 años, Médicos del Mundo ha atendido una media anual de 8.368 inmigrantes en situación irregular que tenían limitado e impedido su acceso a los servicios sociales y sanitarios públicos. Siguiendo la estrategia de la Organización Mundial de la Salud, de salud para todos, el sistema sanitario debería tender a conseguir una mayor equidad en salud, procurando que todas las personas y los grupos disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios.

En 1994, Médicos del Mundo, a través de los CASIM, puso en marcha su programa de atención sociosanitaria a inmigrantes que, por su situación administrativa irregular, no accedían a los servicios sanitarios y sociales públicos, teniendo presente en todo momento la necesidad de que se reconozca por parte de la Administración el derecho universal a la salud y, por lo tanto, a la asistencia sanitaria pública.

La aprobación de la Ley de Extranjería 4/2000, cuyo artículo 12 regulaba el acceso a los servicios sanitarios de las personas inmigrantes, siempre y cuando estuvieran empadronadas, dio un giro a los programas de la organización. Los CASIM redirigieron sus objetivos a mediar y orientar a las personas usuarias sobre los procedimientos para tramitar la tarjeta sanitaria.

En las doce comunidades autónomas en las que Médicos del Mundo atiende a personas inmigrantes en situación irregular y sin recursos se ofrecieron 37.263 intervenciones durante el año 2007. En total, se atendió a 14.584 personas.

La obtención de la tarjeta sanitaria continúa siendo un grave problema para las personas inmigrantes en situación administrativa irregular, a pesar de que en España la atención sanitaria se considera un derecho independiente de esta condición. Si, efectivamente, el acceso a la salud de la población inmigrante, aun sin tarjeta o autorización de residencia, es un derecho reconocido, las 14.859 intervenciones sanitarias que Médicos del Mundo ha efectuado durante 2007 delatan la limitación y vulneración de este derecho en España.

La experiencia de Médicos del Mundo nos muestra que aún en la actualidad existen colectivos de inmigrantes que por su situación irregular y de vulnerabilidad, al carecer de vivienda o de documentación u otras barreras, no acceden al sistema sanitario público español, por lo que los CASSIM continúan prestando atención social y sanitaria, además de orientación y apoyo en la derivación hacia los servicios sanitarios públicos. En los últimos años, al binomio unidades móviles/centros fijos se han unido otras estrategias, como la mediación y la formación del personal sociosanitario. Esta combinación de estrategias está dando resultados muy positivos en la integración efectiva de los inmigrantes en el sistema sanitario público.

Uso del sistema sanitario por los inmigrantes, ¿sabemos algo con certeza?

L.A. Gimeno Feliu

En los últimos años, hemos asistido en España a un aumento de la población inmigrante. En poco más de 10 años, hemos pasado de alrededor de medio millón de personas a más de 5 millones, según los datos del Instituto Nacional de Estadística a fecha 1-1-2008. La rapidez de este fenómeno ha llevado a lanzar afirmaciones e hipótesis sobre sus repercusiones en el Sistema Nacional de Salud, que no siempre han estado acompañadas de estudios globales y datos ajustados que nos ayuden a conocer con mayor exactitud este complejo fenómeno. ¿Abusan los inmigrantes de nuestro sistema sanitario? ¿Son los "culpables" de la saturación de nuestras consultas? ¿Están colapsando nuestros hospitales y sus urgencias? Muchas de estas preguntas nos las hacemos cotidianamente en

nuestros centros de salud y, en ocasiones, son fuente de pequeñas polémicas (y no tan pequeñas, como pudimos comprobar en las últimas campañas electorales).
Quizás debamos reconocer que no siempre se busca la información y a partir de ella se elaboran los discursos, sino que en ocasiones, en primer lugar se elabora un discurso y posteriormente se eligen los datos que avalen nuestras opiniones. De todos modos, esta conducta no es un rasgo exclusivo del debate sobre la inmigración y salud.
En esta ponencia, intentaremos aportar datos de algunos estudios globales realizados en Aragón sobre esta realidad y compararlos con los existentes a nivel internacional, para poder aproximarnos a algunas certezas y abrir preguntas respecto a esta novedosa realidad de la inmigración.
Asimismo, pondremos de relieve algunas de las dificultades que nos encontramos para realizar estos estudios, como la propia definición de inmigrante, su heterogeneidad, la existencia de variables de confusión, como nivel socio-económico y cultural, etc.
Debido a que la inmigración en España se ha dado con una gran rapidez, hemos pasado de tener escasas publicaciones a recibir una avalancha de estudios de base a partir de los trabajos cotidianos de muchos compañeros. Esto ha tenido un indudable valor pero ha introducido grandes sesgos en los resultados obtenidos. La mayoría de los estudios se realizaba sobre población que acudía a los hospitales y sobre patologías o usos de unos servicios sanitarios concretos. En general no se ha tenido en cuenta la población de referencia ni el uso global de sistema. Esto ha llevado a hablar de lo que usan "mucho" o de lo que están "más enfermos", sin plantear simultáneamente lo que usan "poco" o de lo que están "menos enfermos".
Todo esto ha podido llevar a transmitir a algunos profesionales, y a la sociedad en su conjunto, la percepción de mal uso por sobreutilización de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante: *"es normal ya que lo perciben como gratuito", "tienen muchas enfermedades", "no conocen el sistema sanitario"*, etc.
Faltan todavía en España amplios estudios a nivel poblacional que nos presenten una imagen más real y ajustada (al menos, por algunas de las variables más universalmente empleadas, como el sexo y la edad) del uso que los inmigrantes hacen de un sistema sanitario que, como el español, se orienta a ser universal, gratuito y que garantiza la equidad. En los últimos años se han comenzado a plantear estos estudios, en los que sería deseable que se incluyera el ajuste por otras variables socioeconómicas ya que, probablemente, aportarán resultados muy relevantes.
Estos estudios nos ayudarán a planificar mejor nuestros servicios sanitarios y a estudiar las causas que provocan estas diferencias, para seguir mejorando la atención de todos nuestros ciudadanos
En Aragón se están realizando algunos estudios con base poblacional (a partir de registros globales y ajustando según los datos de tarjeta sanitaria). Algunos resultados relevantes han sido los siguientes en el sistema sanitario público:

– Los niños inmigrantes suponen el 13% de la población pediátrica y sólo suponen el 10% de los ingresos en los hospitales y el 13% de las estancias. Los inmigrantes supusieron el 8% de todos los ingresos por causas infecciosas y parasitarias.
– En varones de 15 a 49 años, los inmigrantes suponen el 18% de la población. Fueron responsables del 7% de ingresos hospitalarios y estancias en los hospitales. Estas diferencias se mantienen en todos los tramos etarios quinquenales. Supusieron el 13% de los ingresos por causas infecciosas y parasitarias y el 3% de los ingresos psiquiátricos.
– En mujeres de 15 a 49 años, las inmigrantes suponen el 16% de la población, consumen el 15% de los ingresos y el 14% de las estancias. Si excluimos los ingresos debidos a "embarazo, parto y puerperio", las inmigrantes suponen el 9% de los ingresos. Supusieron el 15% de los ingresos por causas infecciosas y parasitarias y el 4% de los ingresos psiquiátricos.
– En el uso de las urgencias hospitalarias se ha detectado una gran variabilidad en dependencia de la edad y del tipo de urgencia (pediátrica, traumatológica, maternal o general). En general, hay un mayor uso del que correspondería por población de referencia pero también una mejor "adecuación" por parte de la población inmigrante (medida por el % de ingresos).
– En atención primaria también se ha encontrado una menor frecuentación de los inmigrantes, tanto en población adulta (4,8 vs 2,8) como pediátrica (7,1 vs 4,8), incluso en la atención continuada.

Finalmente, analizando el consumo de farmacia de toda la población aragonesa, se ha obtenido que el gasto ajustado anual de los autóctonos es de unos 240 euros, mientras que el de los inmigrantes es de unos 80 (el 34% del de los autóctonos). El número de recetas ajustadas prescritas a un autóctono es de 15 al año, mientras los inmigrantes reciben 6 (un 41% de las de un autóctono). Estas diferencias se dan en todos los grupos terapéuticos, pero hay una gran variabilidad que puede ayudarnos a encontrar posibles causas. Se ha constatado que fármacos como el metilfenidato es consumido un 687% más por un niño español que por un inmigrante, o que en el tramo etario de 15 a 39 años el consumo de antidepresivos es un 300% mayor en las mujeres españolas que en las inmigrantes y un 639% mayor en los varones españoles que en los inmigrantes.
Estos datos preliminares nos indican que, en cuanto al uso del sistema sanitario, no podemos hablar de "sobreuso". En todo caso de infrauso... Quizá sea cierto que los inmigrantes sean los más sanos y fuertes de sus poblaciones de origen, quizás tienen dificultades culturales, lingüísticas, laborales, etc. para acceder a los servicios sanitarios. Quizá las causas se encuentren en el sesgo del salmón[1] o en el de los viajeros del tiempo[2]. Quizás...
Finalmente, se comentarán aspectos relevantes de otros estudios nacionales y extranjeros que han profundizado en estos aspectos y que pueden ayudarnos a encontrar áreas de mejora que prestamos cotidianamente a todos nuestros pacientes.
Es urgente y prioritario profundizar en estas investigaciones teniendo en cuenta las necesidades de salud. Quizás en algunos casos los "nativos españoles" debamos aprender de nuestros recién llegados a hacer un uso más adecuado del sistema sanitario. Asimismo, es posible que los médicos de familia debamos "proteger" a la población inmigrante recién llegada de esa "medicalización" que se ha apoderado de muchos de nuestros pacientes...

Bibliografía

1. Razum O. Commentary: of salmon and time travellers-musing on the mystery of migrant mortality. Int J Epidemiol. 2006;35:919-21.
2. Razum O, Twardella D. Time travel with Oliver Twist-towards an explanation foa a paradoxically low mortality among recent immigrants. Trop Med Int Health. 2002;7:4-10.

Prevención del malestar psiquiátrico en la segunda generación de inmigrantes

J. García Campayo

Los procesos de inmigración constituyen un fenómeno relativamente reciente en nuestro país, ya que su desarrollo exponencial se inicia a partir de 1995. En la actualidad se calcula que alrededor del 12% de la población de nuestro país es emigrante, con una distribución muy irregular por comunidades autónomas (Instituto Nacional de Estadística, 2006). En esta ponencia abordaremos el problema de la aparición de patología psiquiátrica en los inmigrantes de segunda generación.
Se sabe que los niños aprenden a distinguir el color de la piel y otras características físicas a la edad de 3 años, siendo máxima esta capacidad a los 4 y 5 años. La conciencia de pertenencia a cierto grupo social y religioso también aparece en la infancia temprana, pero siempre de forma posterior a la conciencia de pertenencia a un grupo étnico. El *self* del individuo, que incluye el aspecto étnico, se desarrolla en base a interacciones sociales y a comentarios con carga afectiva sobre su grupo étnico-racial. La pertenencia a un grupo étnico u otro es uno de los factores clave en la aceptación de un niño por sus pares. La aculturación, es decir, la adquisición de una cultura diferente a la propia, produce importantes conflictos culturales y de rol, así como cuadros de deprivación y alienación. La alienación es vivida como sentimientos de impotencia, falta de sentido, ausencia de normas, aislamiento social y rechazo.
En general, se considera que los hijos de los inmigrantes presentan un elevado riesgo de desarrollar patología psiquiátrica porque suelen padecer varios factores de riesgo: pertenecer a una minoría étnica/cultural, bajos niveles socioeconómicos y culturales, familias incompletas, traumas infantiles, etc. (García Campayo y Sanz, 2002). De hecho, a nivel de prevención en psiquiatría se asume que la generación sobre la que más hay que trabajar es la segunda. La primera generación (la de los padres) ha elegido emigrar al país de acogida, y aunque pueden presentar malestar psicológico debido a la aculturación y a las dificultades económicas, los estudios demuestran que la prevalencia de patología es similar a la población del país anfitrión. La tercera generación (la de los nietos) se ha aculturado perfectamente al país de acogida y, aunque su aspecto fenotípico

sea diferente al predominante, el dominio del idioma y la introyección de la cultura suelen ser totales. El problema surge en la segunda generación porque ellos no han elegido emigrar y tienen un problema grave de identidad cultural: no son aceptados como españoles ni tampoco en su país les consideran nativos. Esto ha producido que la segunda generación sea la más conflictiva como ha ocurrido en otros países europeos. En Francia la segunda generación es la del *chador*, que está produciendo dificultades en la convivencia escolar; y en Gran Bretaña los atentados de Londres o la mayoría de los componentes de organizaciones islámicas terroristas son ciudadanos británicos de segunda generación provenientes de países de religión musulmana. Se espera que en España sea también la segunda generación la que mayores problemas presente, sobre todo en relación al consumo de drogas y alcohol, así como problemas de conducta (García Campayo y Alda, 2005).

En otros países, principalmente en Estados Unidos, se ha desarrollado una serie de programas preventivos en segunda generación, sobre todo para hispanos (Vega et al, 2007). En estos paquetes de intervención se realizan grupos de terapia dirigidos por mujeres o por adolescentes del grupo étnico en el que se trabaja, seleccionados por su compromiso con la población y su honestidad. En ellos se intenta reforzar la estructura y el funcionamiento familiar, se recomiendan actividades saludables (deporte, religión, etc.) y se refuerzan redes sociales basadas en la comunidad o la iglesia.

Por otra parte, en los últimos años, existe un concepto en salud mental que ha hecho fortuna, despertando un gran interés. No ha sido traducido al castellano (dada su dificultad) y, por lo tanto, sigue empleándose la palabra inglesa original "resiliencia". Se denomina así a la capacidad del individuo para recuperarse sin daño de experiencias traumáticas o adversas. La experiencia clínica y la investigación demuestran que, cuando varios sujetos son sometidos a sucesos muy traumáticos (p. ej., guerras, atentados, catástrofes naturales, graves carencias afectivas tipo maltrato, violaciones, etc.), hay algunos que presentan una gran capacidad de recuperación de estas situaciones y de reincorporarse a su vida normal. Otros, por el contrario, pueden quedarse afectados e invalidados durante años o incluso durante toda la vida, sin capacidad de sobreponerse. Éste sería el concepto básico.

Como, a menudo, es imposible prevenir la existencia de situaciones negativas en la población (como puede ser el proceso de aculturación), un aspecto importante sería identificar los factores que producen la resiliencia en el ser humano, para intentar aumentarla en toda la población pero, quizás, con especial énfasis, en las nuevas generaciones. Se han descrito varias características que podrían estar relacionadas con este fenómeno y que resumimos en la tabla 1.

TABLA 1. Factores asociados a la resiliencia en adultos (Goldstein y Brooks, 2006)

1. Competencia: habilidad para saber cómo manejarse en las diferentes situaciones de la vida y para tomar decisiones sin sobreprotecciones paternas innecesarias
2. Red social: los niños que tienen lazos sólidos en la familia, los amigos, la escuela y la comunidad, desarrollan un mayor sentido de seguridad y no necesitan usar alternativas destructivas para buscar amor y atención
3. Desarrollo de valores: consiste en tener una identificación clara de lo que esta bien y lo que está mal, de cómo nuestra conducta afecta a otras personas y viceversa. Es decir, asumir que somos responsables de lo que hacemos.
4. Capacidad de afrontamiento: el estrés y las situaciones negativas siempre van a aparecer en nuestra vida, porque son inseparables de la existencia humana. No hay que evitar estas situaciones ni esperar a que nos las resuelvan otros, sino afrontarlas y aprender de ellas, para poder manejarnos mejor en el futuro.
5. Solidaridad: es la sensación de que el mundo va algo mejor gracias a que nosotros estamos en él. Consistiría en la satisfacción personal por ayudar a otras personas, sin esperar nada a cambio más allá de dicha satisfacción.

En la ponencia se revisarán los contenidos y características de estos programas, así como las dificultades esperables para la implementación en nuestro país. Se analizará el papel de la resiliencia en los programas de prevención y, sobre esta base, se propondrán algunos tipos de programas específicamente adaptados a la realidad de España.

Bibliografía

García Campayo J, Alda M. Salud mental e inmigración. Barcelona: Edikamed, 2005.

Garcia Campayo J, Sanz Carrillo C. La salud mental de los inmigrantes: el nuevo desafío. Med Clin (Barc). 2002;118:187-91.

Goldstein S, Brooks RB. Handbook of resilience in children. New York: Springer; 2006.

Instituto Nacional de Estadística. Revisión del padrón municipal 2006.

Vega WA, Karno M, Alegría M, Alvidrez J, Bernal G, Escamilla M, et al. Research issues for improving treatment of U.S. Hispanics with persistent mental disorders. Psychiatr Serv. 2007;58:385-94.

Atención sanitaria a inmigrantes. Disminuir las desigualdades es posible

M.P. Espejo Guerrero, G. Fernández Moya y J. Vázquez Villegas

La población de inmigrantes es un colectivo muy diverso en sus procedencias y culturas pero que se enfrenta a una situación similar en el país de acogida: el empleo inadecuado, la inaccesibilidad efectiva a muchos servicios -incluidos los sanitarios-, su invisibilidad social y, a veces, legal. La base de la igualdad en la atención sanitaria consiste en aportar los cuidados que las personas precisan, mediante una atención equitativa y efectiva. Sin embargo, los sistemas sanitarios públicos pueden estar sujetos a desigualdades tanto en el acceso como en la utilización de algunas de sus prestaciones. Ha sido suficientemente descrita la existencia de desigualdades en salud, en el acceso y la utilización de los servicios en función del país de origen. Concretamente, la inmigración de tipo económico se ha relacionado con un peor acceso a los servicios de salud, lo que no se explica sólo por su menor nivel social y económico. Varios autores han estimado que pueden haber diferencias en las tasas de morbi-mortalidad por algunas patologías en los colectivos inmigrantes respecto a la población autóctona, ligadas a causas como: el propio hecho migratorio, las inequidades en el acceso al sistema de salud, las características sociales y demográficas de los colectivos inmigrantes o la diferente prevalencia de algunos estilos de vida.

La comarca del Poniente de Almería (240.000 Hb) está caracterizada por el crecimiento continuado de su población, tanto autóctona como muy significativamente por la incorporación de inmigrantes provenientes de países de baja renta (30% de la población con 121 nacionalidades).

En general, las personas inmigradas son jóvenes y sanas, la salud no es una prioridad para ellos, salvo cuando su falta les impide trabajar y la mayor parte de la patología que van a presentar va a estar en relación con la precariedad en las condiciones de vida en que se encuentran en nuestro país: hacinamiento, pobreza, riesgo de exclusión social.

El objetivo de esta ponencia es presentar el modelo organizativo en la atención sanitaria que se desarrolla en nuestro distrito, que nos permite afrontar el presente y prever el futuro, para garantizar la equidad en el acceso y la prestación de los servicios sanitarios a la población inmigrante. Para ello no se crean servicios específicos, sino que se realiza una adaptacion transcultural, con la utilización de agentes comunitarios de salud, de aquellos programas en los que puedan tener mas dificultades.

La atención sanitaria a las personas inmigradas en nuestro distrito se desarrolla en las mismas condiciones que a la población autóctona, con distribución homogénea entre todos los profesionales. Nos parecía muy importante no crear cupos con mayoría de población inmigrante. Sin embargo, se ha decidido intervenir en tres programas en los cuales se detectaron dificultades para garantizar la equidad en el acceso:

– Atención a la tuberculosis: dificultad para el seguimiento, para el estudio de contactos y para completar los tratamientos.
– Prevención del paludismo.
– Proceso de diabetes: en pacientes con diabetes tipo I se detectaron mayores dificultades (escaso conocimiento de la enfermedad, no consideración como enfermedad crónica, relación con la alimentación, dificultad para prescribir dietas culturalmente adaptadas, dificultad para entender los tratamientos).
– Control y prevención de infecciones de transmisión sexual en mujeres que ejercen la prostitución: situación de marginalidad, dificultades de ac-

ceso al sistema sanitario por idioma, horarios y desconocimiento de la existencia del programa.

Se ha incidido en la formación de los profesionales y en facilitar la comunicación con traducción de documentos.
Con la gran implicación de todos los profesionales y la colaboración de ONG y asociaciones de inmigrantes, se ha conseguido incrementar la captación y mejorar el seguimiento y resultados en población inmigrante.
Hemos podido comprobar que los agentes de salud comunitarios pueden ser de gran utilidad cuando se trata de población con particularidades específicas, como la población inmigrante, que por razones culturales, idiomáticas y socioeconómicas presenta dificultades para su captación y acceso al sistema sanitario.
En el futuro inmediato nos planteamos el abordaje de enfermedades crónicas y la utilización de nuevas tecnologías que nos permitan disminuir, sobre todo, las barreras en la comunicación.

Bibliografía

Díaz Olalla JM. Situación actual de la inmigración, desigualdades en salud. En: Alonso A, Huerga H, Morera J (editores). Guía de atención al inmigrante. Madrid, Ergón; 2003:13-26.

Documento semFYC nº 17. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable.

Esteva M, Cabrera S, Remartínez D, Díaz A, March S. Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. Aten Primaria. 2006;37:154-9.

Fuertes C, Martín Laso MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. An Sist Sanit Navar. 2006;29 Supl 1:9-25.

Vázquez Villegas J. Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? Aten Primaria. 2006;37:249-50.

Médico y enfermera en el equipo: dos visiones, un solo paciente

Moderador:

G. Cairo Rojas

Médico de Familia. Doctor en Medicina. Técnico de Salud de la Unidad Docente de MFyC de Vizcaya. Vocal de Investigación de la SVMFYC-Osatzen.

Ponentes:

J. Casajuana Brunet

Médico de Familia. Gerente del Ámbito de Atención Primaria de Barcelona. Institut Català de la Salut, Barcelona.

M.S. Indurain Orduna

Médico de Familia. Centro de Salud Juan, Pamplona. Miembro del GdT Comunicación y Salud de la SNAMFAP. Presidenta de la SNAMFAP.

A. Brugués Brugués

Enfermera. Centro de Salud Can Bou, Castelldefels (Barcelona). Presidenta y Miembro del Grupo de Gestión de la AIFICC (Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya) y de la camfic.

Médico, enfermera, equipo… ¿Un viaje a medio camino?

J. Casajuana Brunet

El modelo de atención primaria que tenemos actualmente, podemos acordar que empieza hace ahora 30 años, en la Conferencia de Alma Ata de 1978. Desde hace unos pocos años está siendo objeto de replanteamiento (más de forma reactiva que proactiva), tanto a nivel del conjunto del SNS (Atención Primaria XXI) como en distintas CC.AA.
En España, en 1984, el R.D. de estructuras básicas de salud, puede considerarse la inauguración oficial del que se llamó entonces nuevo modelo de atención primaria, y dos de los elementos fundamentales de este nuevo modelo venían representados por el trabajo en equipo y el cambio radical en el rol de enfermería.
El trabajo en equipo no va a ser objeto de este texto, aunque vale la pena apuntar que se trata de "equipos por oposición", y esto es, conceptualmente un oxímoron.
En cuanto al cambio de rol de la enfermera de atención primaria quizá el mejor resumen sería uno de los lemas que hicieron fortuna: "de enfermeras del médico a enfermeras de la comunidad". Se trataba de abandonar el rol de auxiliar de la consulta médica para pasar a desarrollar un papel más autónomo, más ajustado al nuevo enfoque, más responsable, y en definitiva más adecuado a la formación universitaria de la enfermera.
Así, el control de los pacientes con algunas de las patologías crónicas más prevalentes (individual y grupal), la atención domiciliaria programada y las actividades preventivas representaban 3 de los elementos clave de la actividad de la enfermera.
Por otra parte el trabajo en unidad básica asistencial (UBA) o microequipo médico-enfermera era, inicialmente, elevado a los altares como modelo organizativo universal. Posteriormente se han ido planteando otras fórmulas organizativas que, a veces, parecían responder más al objetivo de alejarse del médico que a mejorar los resultados en la prestación del servicio.

¿Qué ha ocurrido y/o qué hemos aprendido en estos años?

– Control de crónicos: amparados en unos protocolos de base paternalista hemos conseguido cronificar la consulta de crónicos, caer en lo que advertía la "ley de los cuidados inversos" y generar dependencia del sistema en lugar de autonomía del paciente.
– Atención domiciliaria: las visitas domiciliarias preventivas de enfermería no han demostrado ser efectivas en el conjunto de personas atendidas en su domicilio y su utilidad parece quedar restringida a un limitado grupo de pacientes.
– Cobertura poblacional: un porcentaje muy elevado de la población no recibe ningún tipo de atención de enfermería, y desconoce su cartera de servicios.
– Actividades preventivas: el impacto de las actividades preventivas del tipo control de factores de riesgo y consejos de salud tiene un impacto muy

bajo en la población sana, y además se ha tendido a extender consejos sobre hábitos de vida saludable (restricciones y prohibiciones) sin pruebas de su efectividad.
– Patología aguda: la actuación de enfermería en patología aguda de baja complejidad no se ha potenciado, más bien se ha rechazado, desde los sistemas de salud y desde las instituciones académicas a pesar de que hay pruebas sobre su efectividad.

¿Qué cambios se han producido en la utilización de los servicios?
– La demanda al sistema sanitario se ha incrementado de forma paulatina. Actualmente somos uno de los países europeos con una mayor frecuentación y, lógicamente ello debe atribuirse en buena parte a un modelo en el cual ha primado la accesibilidad mal entendida, con lo que se ha devaluado el propio hecho de acudir al centro de salud, convertido en un elemento más de consumo.
– El incremento de las personas que padecen patologías crónicas y de las posibilidades de actuar sobre ellas demanda una cantidad excesiva de recursos si no se plantean otras formas de manejarlo.
– Todo ello, unido a la aparición (invención) de nuevas "enfermedades" potenciadas por la industria farmacéutica, y a la "intolerancia al disconfort" de una sociedad cada vez más exigente ha generado una medicalización excesiva.
– Por otra parte, debe tenerse presente que cada vez los profesionales de atención primaria están más cualificados: el MIR de medicina de familia ha pasado de 3 a 4 años, y la especialidad en enfermería familiar y comunitaria pronto será una realidad.

En este entorno, la queja sobre la desproporción de carga de trabajo entre médicos y enfermeras de atención primaria (que ya se expresaba en los primeros tiempos de la reforma) se ha ido haciendo más manifiesta. En respuesta a ello, a mediados de los noventa se empezó a ver un incremento del número de médicos superior al del número de enfermeras. Sin embargo ello no ha generado cambios que inviertan el progresivo camino hacia el colapso del sistema. Los cambios desarrollados desde el inicio de la reforma han significado, sin duda, un gran avance, pero quizá tenemos la sensación de estar aún a medio camino.
Coincidiendo con la entrada en el siglo XXI, cada vez han sido más las voces que han señalado la necesidad de redefinir el rol de los profesionales para adecuar la respuesta del sistema a un perfil de demanda que es claramente distinto del que existía cuando se definió el modelo.

¿Hacia dónde debe orientarse ese cambio de rol?
Para reorientar el cambio de rol de los profesionales de AP debemos basarnos en los siguientes 3 elementos conceptuales: *1)* la actual demanda es menos compleja y requiere respuesta menos compleja (menos medicalizada); *2)* los profesionales de AP están ahora más cualificados y deben asumir competencias en función de su nivel de formación; *3)* es necesario conseguir que cada profesional asuma su nivel más alto de competencia, por eficiencia del sistema (se trata de un sistema público), por prevención cuaternaria (la atención por profesionales más "especializados" genera actuaciones más agresivas), y para conseguir una mayor satisfacción profesional.
El médico de atención primaria no está asumiendo actualmente en muchos casos el manejo y seguimiento de muchas patologías que por su frecuencia de presentación deberían quedar en el primer nivel (fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca, hiperplasia benigna de próstata, disfunción eréctil, etc.) pero acaban siendo vistas por el especialista. Ello es, en buena parte, consecuencia de que dedica mucho tiempo a ver pacientes que podían ser resueltos por otros profesionales. Aquí podemos mencionar tanto el seguimiento de las patologías crónicas "clásicas", o tan sólo simples factores de riesgo (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, etc.), como también el manejo de muchas consultas agudas por patología de baja complejidad y resolución espontánea, o por problemas de salud de carácter no sanitario.
La enfermera debería poder asumir el manejo prácticamente completo de las patologías crónicas "clásicas" y factores de riesgo con un seguimiento orientado a la máxima autonomía del paciente (máximo responsable de su seguimiento y control) y con la ayuda de "dispositivos externos" (paciente experto, seguimiento telefónico, etc.). Asimismo, debería implicarse en el manejo de la patología aguda de baja complejidad, en un entorno protocolizado, para resolver con garantías buena parte de esas consultas. No se trata de hacer de médico, sino de adecuar la respuesta del sistema a unas demandas que no requieren de la intervención del médico.
Para ello, la enfermera debe dejar de invertir tiempo en aplicar protocolos que eternizan a pacientes crónicos que ya no se benefician de un seguimiento por el profesional, y dejar de realizar algunas técnicas sistemáticas e incluso algunas actuaciones protocolizadas que podrían ser asumidas por profesionales menos cualificados.
La forma de trabajo diario entre enfermeras y médicos debe plantearse evitando consagrar modelos (UBA, familias, sectores, programas, etc.) y pensando más en adecuarse al entorno en el que nos encontramos (urbano o rural, equipos grandes o pequeños, número de profesionales) y a las personas que van a trabajar conjuntamente.

De un paciente con necesidades a una organización eficiente

M.S. Indurain Orduna

Nuestro modelo organizativo tiene áreas de mejora: los cambios introducidos por el modelo de atención primaria han supuesto un salto cualitativo muy importante, pero sin embargo, la situación actual dista de ser idónea y en todas las comunidades y por parte de las sociedades científicas, aparecen voces críticas que reclaman una revisión de las limitaciones del sistema.
Si bien la atención primaria precisa de más recursos, es evidente que los problemas actuales no se resuelven únicamente con un simple aumento de recursos, sino que es esencial una modificación organizativa sustentada en principios y valores compartidos por todos los niveles y estamentos profesionales del equipo.
Identificamos como áreas de mejora:

Satisfacción y desarrollo profesional
– Elevada presión asistencial y sensación de distribución inadecuada de las cargas de trabajo. La demanda se concentra en la figura del profesional médico.
– Insuficiente consenso sobre las funciones de los distintos profesionales, con insuficiente participación de la enfermería en la atención a procesos agudos, que genera tensiones entre estamentos.
– Imprecisión del perfil e imagen profesional del personal de enfermería y administrativo, sobre todo en el medio urbano; la población no sabe qué puede esperar de ellos, ni los conoce por su nombre.

Satisfacción del paciente
– Percepción de dificultades de accesibilidad a la consulta, con dificultades para lograr cita el día deseado.
– Escasa agilidad en la atención, con reiteración de consultas y burocratización.
– Percepción de poco tiempo y poca información.
– Consultas de escaso valor añadido.

Eficiencia
– Incremento incesante de la demanda de consultas médicas, por el envejecimiento y por la medicalización de la sociedad con mensajes contradictorios: "les decimos que no hace falta que vengan, pero cuando vienen les damos dos o tres recetas".
– Misma respuesta organizativa para necesidades muy distintas y con puerta de entrada única.
– Escasa utilización de las posibilidades que brinda la tecnología.

Calidad técnica
– Limitada capacidad de resolución.
– Atención fragmentada y escasamente multidisciplinar.
– Falta de continuidad del proceso asistencial por problemas de comunicación y coordinación entre profesionales y niveles.

Se hace necesario definir un nuevo modelo y plantear atribuciones y responsabilidades específicas

Necesitamos un modelo de AP más integral y menos medicalizador
Frente al actual modelo de respuesta única, parece más oportuno adaptarla a los distintos tipos de demanda y mejorar así los sistemas de priorización:
– Identificando las demandas y necesidades que puedan ser resueltas no presencial o telefónica.

– Identificando las demandas y necesidades que puedan ser resueltas por la enfermera, o directamente por el personal administrativo.
Con el objetivo de garantizar la atención por el personal más idóneo se plantea una doble estrategia:
– Incrementar la implicación de la enfermera en Atención a Procesos Agudos y promover un modelo de atención orientado a los autocuidados
– Sustitución de los servicios de abajo arriba: los servicios deben prestarse en el lugar, el momento y por el profesional adecuado. Que los administrativos asuman en mayor grado el apoyo a las tareas clínico-administrativas, que la enfermera asuma tareas de control y seguimiento que actualmente realiza el médico y que el médico de primaria asuma el control de muchos procesos que actualmente se atienden en especializada.
Esto conlleva como acciones prioritarias:
– Realizar una labor de filtro por parte del personal administrativo, consistente en la "oferta" de la consulta enfermera.
– Diseño de calidad de las agendas, estableciendo número de huecos para garantizar cita en el día, reduciendo de forma progresiva el número de revisiones y sustituyendo una parte de revisiones por actos no presenciales.
– Asegurar un tiempo específico, para garantizar la coordinación entre médico y enfermera de cada una de las UBA.

Estrategias para adaptar nuestra organización
– Los cambios deben estar vinculados al desarrollo de la estrategia AP-21, con apoyo explícito de las administraciones sanitarias. ¿Por qué no normatizar funciones de la UBA, para evitar que los cambios dependan de la voluntariedad?
– Establecer alianzas que supongan para los distintos colectivos un mejor desarrollo profesional: "todos ganamos".
– Orientar las acciones a la mejora de la atención al paciente. Para garantizar su sostenibilidad en el tiempo, los cambios propuestos han de ser realistas y aceptados por la población, no deben ser percibidos como una nueva barrera en el acceso a los servicios.
– Es imprescindible hacer visible ante la población la oferta de enfermería, y esto solo es posible si se configura como una oferta de servicios concretos, útiles, resolutivos y accesibles.
– Aprovechar como "oportunidad "la actual crisis (insuficiencia de profesionales, etc.).

Bibliografía

Casajuana J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer, para poder hacer. FMC. 2005;12:579-81.
Gálvez Toro A. El paciente inteligente. El usuario responsable. Evidentia. 2006;3.
Gervás J. La capacidad de respuesta de la A. Primaria y la buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. Seminario de innovación 06.
Horrocks S. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ. 2002;324:819-23.
Martín Santos FJ. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria. Enferm Comunitaria. 2005;1.
Martínez Inda MJ. Implantación de la consulta enfermera en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. III Congreso Estatal Asociación Enfermería Comunitaria. 2000.
Martínez Riera JR. Consulta de enfermería a demanda en Atención Primaria. Reflexión de una necesidad. Rev Adm Sanit. 2003;I:425-40.
"Proyecto de mejora de la organización del proceso asistencial en Atención Primaria de Navarra". Experiencia en cinco centros pilotos. Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, 2007.

Un paciente, una visión y dos métodos. ¿Quién hace qué?

A. Brugués Brugués

¿Tratamos de ser realistas o de provocar? Por qué, en realidad, deberíamos hablar de una *única visión* que, lógicamente, es compartida por dos *disciplinas* con metodologías propias.
Lo importante, y por ello lo que crea en ocasiones conflictivo, es *determinar quién hace qué*.
En la atención al paciente, a la población, existen tres ámbitos: el social, el relacional y el asistencial.
Tradicionalmente se ha planteado:

– Que los profesionales "sociales" (trabajo social, educadores, psicólogos) son responsables de las áreas social y relacional.
– Que las enfermeras y los médicos son responsables de las áreas asistenciales.
– Que las enfermeras pueden ocasionalmente responsabilizarse de las áreas social y relacional.
Sin embargo, desde un punto de vista biologista, el área asistencial se ha identificado como clínica y el médico ha asumido, en nuestro entorno, gran parte de ella, ignorando las otras áreas y asumiendo no sólo que las enfermeras puedan cruzar la línea sino que no puedan asumir mucha de la actividad que el médico realiza. Por ello, es *imprescindible determinar quién hace qué.*
Esta decisión depende, en gran parte, de 3 aspectos:

1. De las organizaciones de servicios de salud.
2. De los propios profesionales.
3. De los representantes de los profesionales (asociaciones científicas, colegios profesionales, sindicatos).

Los criterios que deberían facilitar la decisión han de basarse en:
– Una *visión* de la actividad asistencial *lo más amplia posible*, valorando presente y futuro, necesidades sentidas y las no manifestadas, el paciente, su entorno, la población y la sociedad.
– Por otro lado, en las *metodologías* correspondientes a cada estamento profesional, que deben a la vez ser *lo más especificas posibles* y adaptables con agilidad a los cambios sociales.

Quedarse con la idea de que *quién hace qué* depende de la legislación y del "siempre se ha hecho así" nos llevará a una deriva en la que la dinámica social marcará el rumbo. De ser así, merece la pena que seamos los diversos estamentos profesionales implicados y básicamente las sociedades científicas, quienes decidan, una vez más, *quién hace qué*.
No podemos ignorar, menos en este congreso, que hace sólo 10 años muchos profesionales médicos planteaban no sólo como imprudencia, sino como ilegalidad, que los médicos de familia fueran responsables del diagnóstico seguimiento de los diabéticos, de los asmáticos, del MPOC, de la ICC, de la crioterapia, de cirugía menor, de la anticoagulación, etc. A todos en conjunto nos corresponde actuar de manera más responsable, más decidida y más coherente con los cambios sociales para determinar los nuevos roles.

Situación en el mundo
En muchos países europeos (Irlanda, Inglaterra, Países Bajos, etc.) y del resto del mundo (Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Japón, Botwana, etc.) ya se han planteado cambios organizativos, formativos, redefinición de la cartera de servicios y competencias por parte de los profesionales sanitarios para dar respuesta a las necesidades actuales. En estos países la enfermera es responsable de gran parte de los problemas de salud que presenta la población, de la acogida, la valoración y la resolución de sus problemas, incluida la prescripción.

Situación en España
En España este cambio se está dando de forma muy heterogénea. Andalucía, Catalunya, País Vasco y Cantabria son las comunidades en las que más debate se ha establecido en este sentido y más cambios se han producido.
Marina Geli, Consejera de Salut del Departament de la Generalitat de Catalunya, ha puesto gran énfasis en que la enfermera asuma más responsabilidades y pueda legalizarse la prescripción enfermera, dándole así un papel más activo y resolutivo.
En Catalunya, el Institut Català de la Salut (ICS) ha establecido en su dirección por objetivos (DPO) la valoración por parte de la enfermera de procesos agudos de salud.
CASAP -Castelldefels Agents de Salut- consorcio entre el ICS y el Ayuntamiento de Castelldefels, ha establecido un circuito donde la enfermera atiende gran parte de los problemas de salud agudos mediante una guía de intervenciones de enfermería siendo responsable tanto de la acogida como de la resolución. A los dos años de su implantación, tanto la población como los propios profesionales sanitarios lo valoran favorablemente.

Respeto
Es evidente que cada vez más los profesionales de la atención primaria están más preparados y resuelven mas problemas de salud que antes eran atendidos exclusivamente por la atención hospitalaria. Establecer como puerta de entrada única la del médico es un grave error y una incoherencia con la realidad social. Otros profesiones y otros ámbitos han sabido

adaptarse con mayor agilidad que los sanitarios a las nuevas demandas sociales.
Debemos hablar más de prevención y promoción de la salud.
Es evidente que cada vez más debemos ampliar las puertas de entrada y establecer el dialogo con la profunda reflexión de quién hace qué con todas las disciplinas implicadas para ampliar y reconocer la capacitación de cada uno de ellas.

Bibliografía

1. Brugués A, Peris A, Martí, L, Flores G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. Aten Primaria. 2008;40:378-91.
2. Brugués A, Peris A. ¿Cómo organizar la consulta del medico de familia? Guía de actuación en Atención Primaria (3a. edición). semFYC. 2007;15:1199-203.
3. Peiró S, Sempere Selva T OdlFD. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo. Economía y Salud. 1999;33:3-12.
4. Oterino DlF, Baños Pino JF, Blanco VF, Álvarez AR. Does better access to primary care reduce utilization of hospital accident and emergency departments? A time series analysis. Eur J Public Health. 2007;17:186-92.
5. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. Fam Pract. 2003;20:311-7.
6. Salisbury C, Munro J. Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. Br J Gen Pract. 2003;53:53-9.
7. Brown SA, Grimes DE. A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. Nurs Res. 1995;44:332-9.
8. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane.Database.Syst.Rev. 2005;CD001271.
9. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ. 2002;324:819-23.
10. Morales Asencio JM, Martínez Díaz JD, Muñoz Ronda FJ. Consenso como método para la elaboración de estándares de recepción, clasificación e intervención sanitaria inicial de pacientes en Urgencias: resultados y conclusiones (II). Tempus Vitalis. 2003;3.
11. Curtis L, Netten A. The costs of training a nurse practitioner in primary care: the importance of allowing for the cost of education and training when making decisions about changing the professional-mix. J Nurs Manag. 2007;15:449-57.

Medicina de familia 2.0: cómo la nueva revolución internet se puede aplicar en medicina

Moderador:

R. Bravo Toledo

Médico de Familia. Centro de Salud Sector III, Getafe (Madrid). Miembro del GdT Sistemas de Información de la semFYC.

Ponentes:

M.A. Mayer Pujadas

Miembro del GdT Sistemas de información de la semFYC y del grupo Prevención de Enfermedades Infecciosas del PAPPS-semFYC. Investigación Senior de VACSATC. Director de Web Médica Acreditada. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

JM. Álvarez de la Gala

Licenciado en Administración y Dirección de Empresas. MBA por el Instituto de Empresa Strategy Manager Media Contact. Madrid. Profesor asociado al Instituto de Empresas en el Área de Marketing Digital.

J. Parkinson

Pediatra. Máster en Salud Pública. Práctica Privada Williamsburg, Brooklyn (New York).

J.A. Prados Castillejo

Médico de Familia. Profesor Asociado Escuela Andaluza de Salud Pública. Vicepresidente de la semFYC.

Nota: esta ponencia se realizará silmultáneamente en semFYC Second Life (Isla de la Salud).

Presentación

La mesa pretende dar a conocer la importancia de las nuevas tecnologías en el futuro de la práctica de la medicina de familia y cómo éstas van a cambiar la forma de trabajo y de relacionarse con los pacientes. Aunque hablar de nuevas tecnologías de forma global y su aplicación en la medicina admite un gran número de enfoques, es interesante centrarse en anteriores congresos en los que se ha debatido sobre importancia de la red de redes, su posible influencia en el trabajo y su utilización en la consulta del médico de familia, en la mayoría de las ocasiones y como es lógico, de forma introductoria y/o exploratoria. Justo cuando tocaba un enfoque más maduro y de reflexión sobre este fenómeno aparece un nuevo concepto internet, la llamada Web 2.0.
Como veremos durante el desarrollo de la mesa esta nueva forma de utilizar Internet en la que el usuario es el protagonista abre un gran número de oportunidades a nuestra especialidad cuando el usuario es un médico de familia, o cuando se utiliza para la interacción entre médico y paciente en singular, o en plural. No se trata de una nueva tecnología en sí misma, sino de la aplicación de un conjunto de herramientas de *software* y de la utilización de éstas. Como todas las corrientes, la que subyace tras el concepto de Web 2.0 ha sido acusada de oportunismo y presentar como nuevas, ideas y aplicaciones ya conocidas. Si bien no les falta algo de razón, es innegable reconocer la primicia y radicalidad de muchas de sus principios, así como agradecer el paraguas conceptual y el empuje que como todas las corrientes exitosas proporciona a quien se ampara en ellas.

Las bases

M.A. Mayer Pujadas

En la primera ponencia se expondrán las nociones elementales de la Web 2.0 con ejemplo de aplicaciones actuales en medicina. El término Web 2.0 fue acuñado por O'Reilly Media en 2004 para referirse a una segunda generación de la web. Aunque no hay un acuerdo total sobre su significado, ni tampoco una definición aceptada de forma general. Podríamos decir que corresponde a una nueva forma de utilizar internet o la web, una nueva versión, una 2.0, que se caracteriza porque el contenido es genera-

do por los propios usuarios y el protagonismo de las redes formadas por usuarios, que conectan unos con otros. Tras una rápida implantación la red de redes, Internet pasa de ser un sitio (muy eficaz) donde almacenar y encontrar información, a un lugar donde esta información se genera, se comparte, se modifica y se le añade una porción de valor añadido por parte de los mismos usuarios. Podríamos decir que frente a la Web 1.0, donde la protagonista era la información, esta segunda generación los protagonistas son los usuarios organizados en comunidades y redes sociales, en torno a servicios y aplicaciones informáticas que fomentan la colaboración y el intercambio ágil de información y conocimiento.

Sin duda el punto clave para el paso hacia la Web 2.0 ha sido la disponibilidad de herramientas y aplicaciones gratuitas y para cuyo uso y disfrute no hacen falta grandes conocimientos o habilidades informáticas. Estas aplicaciones van desde el conocido buscador Google y el creciente mundo de aplicaciones asociadas en torno a él, hasta el ejemplo más claro de lo que se entiende por Web 2.0, como son los blogs y los wikis. En el primer caso hablamos de páginas web donde se presentan comentarios a la manera de un diario más o menos personal y cuya característica principal es la de ser fáciles de crear gracias a aplicaciones con modelos prefijados que permiten su edición, presentación ordenación y clasificación. En el segundo tenemos una aplicación web cuya propiedad básica es permitir editar información y revisarla a múltiples usuarios, el paradigma es la Wikipedia, una enciclopedia que permite a los usuarios crear información y modificar los contenidos, en diferentes idiomas y de forma global. Una pequeña aplicación pero basada en un gran concepto representa muy bien la revolución 2.0 es el RSS que no es más que un formato de archivo para el manejo avanzado de datos. Se trata de una forma para describir contenidos, que se utiliza para notificar al usuario la actualización de un determinado sitio web, pero que tiene múltiples aplicaciones.

Por ultimo merece la pena comentar otros entornos y aplicaciones basados en compartir y el trabajo colaborativo nacidos al amparo de la Web 2.0. Son ejemplos conocidos You Tube o Flickr, páginas web gratuitas que ofrecen la posibilidad de compartir y utilizar libremente amplios almacenes de videos o fotos. También podemos nombrar los podcasts y video cast, webs que recopilan archivos sonoros o de video en diversos formatos como el MP3 a los que se puede acceder desde cualquier ordenador conectado a internet y que se están utilizando con profusión como instrumento de formación médica.

Apuntes para la construcción de una medicina de familia 2.0

M. Álvarez de la Gala, J. Parkinson

El potencial de las nuevas tecnologías, internet y la Web 2.0 en medicina y ciencias de la salud se puede intuir con cierta facilidad, aunque es difícil en este momento concretarlo en aplicaciones precisas. Desde una nueva versión de aplicaciones tradicionales, como la historia clínica informatizada hasta el establecimiento de redes de conocimiento conformadas por profesionales no habituales (fuera de los reconocidos como expertos o líderes de opinión a la manera tradicional), pasando por la concreción material y técnica de conceptos nuevos, como trabajo colaborativo, seguridad del paciente, teleasistencia, cuidado de enfermedades crónicas, etc. Otros aspectos que caracterizan la Web 2.0 son la separación de forma y contenido, así como el uso de servicios y herramientas encaminadas a favorecer el protagonismo de los usuarios (en este caso los nuestros) en solitario o sobre todo organizados en comunidades y redes sociales. Conceptos emergentes, como el empoderamiento, o algunos más antiguos, como la participación ciudadana, toman una nueva dimensión gracias a las posibilidades de comunicación e interacción propias de la Web 2.0

Estas posibilidades se tratarán por un experto en comunicación y directivo de una empresa privada dedicada principalmente al marketing, que utiliza esta nueva herramienta como vehículo fundamental de sus mensajes desde la experiencia del campo de trabajo y la suya propia no podrá ayudar a vislumbrar la capacidad de innovación y cambio que ofrece la Web 2.0

Como es lógico, cada día que pase irán apareciendo necesidades de la medicina de familia que pueden ser satisfechas con las funciones de la Web 2.0; buen ejemplo es la isla abierta por nuestra sociedad en la comunidad virtual second life y en la que se trasmitirá esta mesa. A pesar de ello, para un aprovechamiento pleno se necesita visión de futuro, capacidad de innovación y la "ligereza de atadura" de individuos concretos o compañías privadas de pequeño tamaño. Estas raras propiedades se reúnen en un pediatra neoyorkino, médico práctico que sin reparos ni complejos ofrece a su pacientes y a su trabajo todas las ventajas de las nueva Web 2.0 hasta el punto que ha sido nominado por diferentes medios de comunicación de su país como Doctor 2.0. Esta vez, desde la perspectiva y el ímpetu de una persona conocedora de los dos mundos, podremos conocer de primera mano lo que se puede crear a partir de esta compenetrada pareja (medicina de familia y Web 2.0) que apenas ha comenzado a conocerse.

semFYC Second Life. Un ejemplo de Web 2.0

J.A. Prados Castillejo

semFYC, consciente de las potencialidades de esta nueva tecnología, ha creado la llamada Isla de la Salud en una iniciativa conjunta con la coalición de pacientes con enfermedades crónicas, la primera en castellano en este entorno virtual (también llamado Internet tridimensional). En estos 6 meses de funcionamiento ya ha demostrado su gran funcionalidad.

Servicios para el paciente, como la consulta virtual gratuita para jóvenes o los paneles informativos, y los servicios para profesionales, como la facilidad para la comunicación, la formación o tutorización a distancia, o la posibilidad para la difusión internacional del conocimiento con muy bajo coste, hacen de este medio una tecnología indispensable ya en estos tiempos.

La accesibilidad a la interacción entre profesionales o usuarios, la comunicación "*face to face*" con una percepción de realidad muy importante, ha hecho que bastantes expertos vean en este medio, el futuro de la comunicación científica en el mundo sanitario y probablemente en otros entornos.

Este congreso pretende ser un ejemplo de ello: ponencias simultaneas en SSL y real life (RL), talleres interactivos en SSL, presentación de poster en SSL, streaming de distintas ponencias y mesas, etc.