

ATENCIÓN FAMILIAR Y SALUD COMUNITARIA

Conceptos y materiales
para docentes y estudiantes

2.^a edición

Amando Martín Zurro

Gloria Jodar Solà

ELSEVIER

ELSEVIER

Avda. Josep Tarradellas, 20-30, 1.º 08029 Barcelona

Atención familiar y salud comunitaria, 2.ª ed., de Amando Martín Zurro
y Gloria Jodar Solà

©2018 Elsevier España, S.L.U.

ISBN: 978-84-9113-227-1

eISBN: 978-84-9113-385-8

Todos los derechos reservados.

Reserva de derechos de libros

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70/93 272 04 45).

Advertencia

La medicina es un área en constante evolución. Aunque deben seguirse unas precauciones de seguridad estándar, a medida que aumenten nuestros conocimientos gracias a la investigación básica y clínica habrá que introducir cambios en los tratamientos y en los fármacos. En consecuencia, se recomienda a los lectores que analicen los últimos datos aportados por los fabricantes sobre cada fármaco para comprobar la dosis recomendada, la vía y duración de la administración y las contraindicaciones. Es responsabilidad ineludible del médico determinar la dosis y el tratamiento más indicado para cada paciente en función de su experiencia y del conocimiento de cada caso concreto. Ni los editores ni los directores asumen responsabilidad alguna por los daños que pudieran generarse a personas o propiedades como consecuencia del contenido de esta obra.

Servicios editoriales: DRK edición

Depósito legal: B. 14.242 - 2018

Impreso en Italia

EDITORES



Amando Martín Zurro

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Interna. Extécnico Superior del Servicio Catalán de la Salud. Editor Jefe de la revista *Atención Primaria* y Director del Programa FMC. Expresidente del Organismo de Coordinación Estatal del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de semFYC. Exdirector de la cátedra de Docencia e Investigación en Medicina de Familia de la Universitat Autònoma de Barcelona. Vicepresidente de la Fundación Española de Educación Médica



Gloria Jodar Solà

Enfermera de Atención Primaria y Salud Comunitaria. Doctora en Ciencias Enfermeras. Especialista en Salud Mental. Máster en dirección de Instituciones Sanitarias y Máster en Gestión y Liderazgo de Enfermería. Directora del EAP Sant Andreu de la Barca-Pallejà. Profesora Asociada del Departamento de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil, Universitat de Barcelona. Coordinadora de Enfermería del Institut Català de la Salut. Directora del Plan de Innovación de Atención Primaria y Salud Comunitaria del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.



COLABORADORES

Salomé Basurto Hoyuelos

Doctora en Psicología Evolutiva y de la Educación por la Universidad del País Vasco. Licenciada en Antropología. Diplomada en Enfermería. Máster en Enfermería Comunitaria. Profesora de la Escuela Universitaria de Vitoria/Gasteiz.

Bonaventura Bolívar Ribas

Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Máster en Salud Pública por la University of Michigan (USA). Máster en Liderazgo y Gestión de la Ciencia. Director Científico, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol). Coordinador de la Red de Investigación en Promoción de la Salud y Actividades Preventivas (redIAPP) del programa RETICS del Instituto de Salud Carlos III.

Carne Borrell Thió

Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Doctora en Medicina (Salud Pública). Gerenta de la Agència de Salut Pública de Barcelona. Profesora Asociada de la Universitat Pompeu Fabra (Barcelona) y de la Johns Hopkins University (Baltimore, EE.UU.).

Josep M.º Bosch Fontcuberta

Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico del Equipo de Atención Primaria Encants (Maragall), Institut Català de la Salut (ICS), Barcelona. Profesor Asociado del Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Profesor de posgrado en Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial. Coordinador Nacional del Grupo Programa Comunicación y Salud de la semFYC. Miembro de la Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT).

Francisco Buitrago Ramírez

Doctor en Medicina. Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor Titular Vinculado de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, Universidad de Extremadura. Médico de Familia en el Centro de Salud Universitario La Paz, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Badajoz.

Mariona Cabré Martí

Diplomada Universitaria de Enfermería. Profesora Asociada de la Escuela Universitaria Creu Roja de Terrassa. Profesora de posgrado en Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial. Miembro del Grupo/Programa Comunicación y Salud de semFYC.

Manuel Campiñez Navarro

Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico del Centro de Atención Primaria Vallcarca, Barcelona. Máster en Atención Primaria por la Universitat Autònoma de Barcelona. Profesor de posgrado en Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial. Miembro del Grupo Programa Comunicación y Salud de la semFYC. Miembro de la Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT).

Luis de la Revilla Ahumada

Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Interna y en Medicina Familiar y Comunitaria. Presidente de la Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia. Emérito del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

Enriqueta de la Revilla Negro

Diplomada Universitaria de Enfermería. Diplomada Universitaria de Obstetricia y Ginecología. Diplomada Universitaria de Comunicación Asistencial en la Escuela Andaluza de Salud Pública. Profesora Asociada de la Universidad de Granada. Enfermera de Familia del Centro de Salud de Las Flores de Granada.

Bibiana Escuredo Rodríguez

Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología Sociocultural. Máster en Enfermería de Salud Pública y Comunitaria. Doctora en Sociología por la Universidad de Barcelona. Profesora del Área Docente de Enfermería Comunitaria de la Escuela de Enfermería del Hospital de Sant Pau, centro adscrito a la Universitat Autònoma de Barcelona. Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de Sant Pau, Barcelona.

Jordi Galimany Mascians

Diplomado Universitario en Enfermería. Doctor en Ciencias Enfermeras. Profesor Universitario del Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil de la Universitat de Barcelona. Máster Oficial en Liderazgo y Servicios de Enfermería, Universitat de Barcelona. Máster de Salud Pública, Universitat de Barcelona. Máster de Adaptación Pedagógica, Universitat Politècnica de Catalunya.

Pablo Gálvez Hernández

Graduado en Enfermería. Máster Universitario Oficial en Investigación Clínica, Universitat Internacional de Catalunya. Investigador en el Institut Albert Jovell de Salut Pública y Pacientes de la Universitat Internacional de Catalunya. Vocal en el Comitè d'Avaluació de Medicaments d'Utilització Hospitalària (CAMUH), en la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Cristina Gato Núñez

Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Universitario La Paz. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Badajoz.

Francisco González Carrión

Diplomado de Enfermería. Posgrado en Salud Pública y Comunitaria. Máster en Liderazgo y Gestión en Servicios de Enfermería. Enfermero de Atención Primaria. Profesor Asociado de la Universitat de Barcelona. Miembro del Grupo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (grupo APOC) de la CAMFiC (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària). Miembro del Grupo de Salud Comunitaria de la AIFICC (Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya).

Joan Guanyabens i Calvet

Licenciado en Medicina y Cirugía, Universitat de Barcelona. Máster en Gestión Hospitalaria por ESADE. Director General de la Fundación de Estudios Superiores en Ciencias de la Salud, entidad titular de la Facultad de Medicina de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya. Miembro fundador del Fórum Catalán de Información y Salud y de la iniciativa IHE-España y de la Asociación HL7-España.

Josep Jiménez Villa

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Máster en Metodología en Ciencias de la Salud por la Universitat Autònoma de Barcelona. Editor Asociado de la revista *Atención Primaria*. Técnico del Área de Atención Sanitaria, Servei Català de la Salut, Barcelona.

Gloria Jodar Solà

Enfermera de Atención Primaria y Salud Comunitaria. Doctora en Ciencias Enfermeras. Especialista en Salud Mental. Máster en dirección de Instituciones Sanitarias y Máster en Gestión y Liderazgo de Enfermería. Directora del EAP Sant Andreu de la Barca-Pallejà. Profesora Asociada del Departamento de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil, Universitat de Barcelona. Coordinadora de Enfermería del Institut Català de la Salut. Directora del Plan de Innovación de Atención Primaria y Salud Comunitaria del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Esther Limón Ramírez

Licenciada con Grado en Medicina. Doctora en Medicina y Cirugía por la Universitat de Barcelona. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico Asistencial, EAP Ronda Prim, Mataró 7, ICS. Máster en Gestión Clínica y Asistencial de Atención Primaria, Universitat de Barcelona-Les Heures. Miembro de los grupos ATDOM y TIC de la CAMFiC y responsable del Grupo de Cuidados Paliativos de la semFYC, Mataró-7, Ronda Prim, Institut Català de la Salut.

Joan Llobera Cànaves

Licenciado en Medicina y Cirugía. Doctor en Ciencias Médicas por la Universitat de les Illes Balears. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Responsable de investigación de la Atención Primaria de Mallorca. Coordinador del Área de Epidemiología Clínica y Salud Pública del Institut d'Investigació Sanitària de les Illes Balears (IdISBa).

Jorge López Gómez

Graduado de Enfermería. Enfermero en Departamentos de Salud Torre Vieja y Vinalopó. Estudiante en máster de Gestión y Administración de Servicios Sanitarios, Universidad Internacional de La Rioja. Miembro activo del Proyecto Universidad Saludable. Secretario Adjunto a la Presidencia y Secretaría de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). Cuarta edición Curso Salud Local (Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención). Colaborador-tutor del Proyecto MHIRT (University of Miami). Investigador colaborador en el Proyecto FIS sobre cuidadores crónicos.

Marcos Lucía Blanco

Graduado en Enfermería por la Universidad de Alicante. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Enfermero Asistencial de Atención Primaria en Badalona, Barcelona.

Amando Martín Zurro

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Interna. Extécnico Superior del Servicio Catalán de la Salud. Editor Jefe de la revista *Atención Primaria* y Director del Programa FMC. Expresidente del Organismo de Coordinación Estatal del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de semFYC. Exdirector de la cátedra de Docencia e Investigación en Medicina de Familia de la Universitat Autònoma de Barcelona. Vicepresidente de la Fundación Española de Educación Médica.

José Ramón Martínez Riera

Doctor en Enfermería por la Universidad de Alicante. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Profesor Titular de Universidad, Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante. Bachelor of Nursing Hogeschool Zeeland. Máster en Ciencias de la Enfermería. Máster en Economía de la Salud y Gestión de Servicios Sanitarios. Diplomado en Sanidad. Director Enfermero de Atención Primaria 1995-2003. Secretario Académico y Vicedecano de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante 2010-2012. Director de Secretariado de Sostenibilidad y Salud, Rectorado de la Universidad de Alicante 2012-2016. Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).

Enric Mateo Viladomat

Diplomado en Enfermería por la Universitat Autònoma de Barcelona. Diploma de posgrado en Gestión de la Calidad en la Atención Primaria y en Emergencias. Profesor Asociado de la Universitat Autònoma de Barcelona. Tutor del Programa de formación de los residentes de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (Generalitat de Catalunya). Enfermero en el EAP Can Bou (CASAP), Castelldefels, Barcelona. Vocal de la Junta de Gobierno del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona.

Ainhoa Molins Mesalles

Diplomada en Enfermería. Diplomada en Educación Primaria. Licenciada en Psicopedagogía. Máster TIC y e-learning. Técnica de Salud Pública del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Participante de la Red AUPA. Participante en el Grupo de la Permanente y el Plenario del Proyecto COMSalut.

M.ª Dolores Navarro Rubio

Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Doctora en Medicina y Cirugía Cum Laude, Medicina Preventiva y Salud Pública. Profesora responsable del Área de Epidemiología y Salud Pública, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat Internacional de Catalunya. Directora del Instituto Albert J. Jovell de Salud Pública y Pacientes, Universitat Internacional de Catalunya. Master of Public Health y Master of Science, University of Harvard. Máster en Dirección de Comunicación y en Gestión Estratégica y Liderazgo Social. Asesora científica del Foro Español de Pacientes y miembro del Grupo Asesor del European Patients Forum.

M.ª Isabel Pasarín Rúa

Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Doctora en Medicina (Salud Pública). Directora del Observatorio de Salud Pública, de la Agència de Salut Pública de Barcelona. Profesora Asociada de la Universitat Pompeu Fabra (Barcelona).

Francisca Pavón Rodríguez

Diplomada en Enfermería por la Universitat de Barcelona. Diploma de posgrado en Atención de Enfermería al Enfermo Crónico (Universitat de Barcelona) y en Atención Primaria (Les Heures). Enfermera Familiar y Comunitaria en el Equipo de Atención Primaria de Can Bou-CASAP (Castelldefels, Barcelona). Referente de la Gestión Enfermera de la Demanda en el EAP Can Bou (CASAP). Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión Enfermera de la Demanda del AIFICC (Associació d'Infermeria Familiar i Comunitaria de Catalunya).

Inmaculada Rodríguez Gómez

Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Universitario La Paz. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Badajoz

Leoncio Lorenzo Rodríguez Pérez

Licenciado en Medicina y Cirugía. Diplomado Universitario en Enfermería. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Universitario La Paz, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Badajoz.

Emilia Sánchez Ruiz

Licenciada en Medicina y Cirugía, Universitat de Barcelona. Doctora en Medicina y Cirugía, Universitat de Barcelona. Master of Public Health, University of California, Los Angeles - UCLA. Médica Especialista en Medicina Preventiva y de Salud Pública. Profesora Titular de Salud Pública, Universitat Ramon Llull, Barcelona.

Ángela Sanjuán Quiles

Enfermera. Licenciada en Sociología. Doctora por la Universidad de Alicante. Directora del Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante.

Rosalía Santesmases Masana

Doctora por la Universitat Internacional de Catalunya. Programa de doctorado en Investigación en Salud. Diplomada Universitaria en Enfermería. Escola Universitària d'Infermeria (EUI) Hospital Santa Creu i Sant Pau. Posgrado en Enfermería en Alcoholismo y Drogodependencias, EUI Bellvitge, Universitat de Barcelona. Posgrado en Metodología de la Investigación, EUI Hospital Santa Creu i Sant Pau. Diploma de posgrado en Salud Comunitaria, EUI Creu Roja de Terrassa. Máster Oficial en Salud y Bienestar Comunitario. Programa Oficial de Posgrado, Facultad de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona. Jefa de Área Docente Salud Comunitaria de la EUI Sant Pau, Campus Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona.

José Saura Llamas

Licenciado en Medicina. Doctor en Medicina y Cirugía. Diplomado en Sanidad. Médico de Familia y Comunitaria. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de las Áreas VI, IX y V de Murcia. Máster en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Tutor de MF. Jefe de Estudios de una Unidad Docente Multiprofesional de AFyC. Miembro del Grupo Asesor de Investigación en AP de la Comunidad Autónoma de Murcia. Programa EMCA. Miembro del Grupo de Seguridad del Paciente de semFYC. Miembro del Grupo de Comunicación y Salud de la SMUMFYC.

Andreu Segura Benedicto

Licenciado y Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Médico jubilado del Cuerpo Superior de Salud Pública de la Generalitat de Catalunya. Profesor Titular de Salud Pública de la Universitat de Barcelona en excedencia. Vocal del Consejo Asesor de Salud Pública de Catalunya. Vocal del Comité de Bioética de Catalunya. Miembro del Comité Editorial de *Gaceta Sanitaria* y coordinador de los Grupos de Trabajo de SESPAS/Fundación Grifols de Ética y Salud Pública y de SESPAS/OMS de Prevención de la Iatrogenia. Miembro del Grupo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).

Pere Josep Simonet Aineto

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universitat de Barcelona. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor Docente de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en la Unitat Docent Multidisciplinar de Atenció Primària de Costa de Ponent. Profesor Asociado Médico del Departament de Ciències Clíniques de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona. Coordinador de l'Unitat de Recerca d'Atenció Primària de Metropolitana Sud.

María Cristina Solé Agustí

Diplomada en Enfermería. Máster en Ciències d'Infermeria, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. Coordinadora del Programa de Enfermería Familiar y Comunitaria de las Áreas de Murcia. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria, Murcia. Vicepresidenta de la Sociedad Murciana de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Manuel Tejero Mas

Grado en Medicina. Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Universitario La Paz, Complejo Hospitalario Universitario, Badajoz.

Itziar Vergara Micheltoarena

Doctora en Medicina por la Universidad del País Vasco. Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Salud Pública por la University of California, Berkeley. Responsable de la Unidad de Investigación de Atención Primaria y OSIs de Gipuzkoa. Coordinadora del Grupo de Investigación en Atención Primaria del Instituto Biodonostia y del Grupo de Investigación en envejecimiento saludable de Kronikune.

Marta Villanueva Pérez

Diplomada en Enfermería por la Universitat Autònoma de Barcelona. Posgrado de Enfermería Geronto-Geriátrica por la Universitat de Barcelona. Tutora de Prácticas de la Diplomatura de Enfermería de la Escola Universitària d'Infermeria Sant Joan de Déu, Barcelona.

Montserrat Virumbrales Cancio

Licenciada en Medicina (Universidad de Zaragoza). Doctora en Envejecimiento Humano (Universitat Internacional de Catalunya [UIC], Barcelona). Profesora Adjunta del Departamento de Medicina (UIC). Responsable del Área de Simulación Clínica del Grado en Medicina (UIC). Coordinadora de la Unidad de Educación Médica (UIC). Miembro del Grupo de Trabajo «Simulación con Equipos Multidisciplinares» (SESSEP).

Edurne Zabaleta del Olmo

Enfermera. Máster en Promoción de la Salud y Doctora por la Universitat de Girona en el Programa de Ciencias Sociales, de la Educación y de la Salud. Técnico de investigación en el Área Científica del Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol, Barcelona. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universitat de Girona.

PREFACIO

Hace ya 7 años que vio la luz la primera edición de la obra *Atención familiar y salud comunitaria*, un tiempo suficiente para que los responsables últimos de su publicación hayamos podido analizar con detenimiento su estructura y contenidos y, en consecuencia, introducir los cambios necesarios para incrementar su utilidad para los lectores. En esta nueva edición que presentamos se introducen modificaciones sustantivas en la organización, los contenidos y la autoría de la obra. En relación a los dos primeros aspectos hemos decidido iniciar el libro con un bloque en el que se aborden los aspectos estratégicos y conceptuales de la atención familiar y salud comunitaria, compuesto por cinco capítulos, cuatro actualizados de la edición anterior y uno en el que, además de los determinantes de salud, se pone énfasis en las desigualdades sociales. En el segundo bloque se analiza la organización operativa de la atención familiar y salud comunitaria a través de cuatro capítulos, procedentes todos de la primera edición pero con cambios importantes en tres de ellos. En el tercer bloque se describen, en tres capítulos, las herramientas que utilizan los profesionales para operativizar la atención familiar y salud comunitaria. En un cuarto bloque se desarrolla el enfoque familiar y comunitario de la promoción y prevención, así como de la atención de los problemas de salud agudos y crónicos. La obra se cierra con un quinto bloque compuesto por dos capítulos dedicados a la formación e investigación en atención familiar y salud comunitaria.

En relación a la autoría también se han producido cambios relevantes respecto a la edición anterior, con la incorporación de nuevos equipos de profesionales expertos

en los campos analizados, con especial referencia a los temas de desigualdades sociales, centro y equipo de salud y atención a los problemas de salud agudos y urgentes. Desde estas líneas queremos agradecer a los autores de la primera edición que no participan en esta segunda la colaboración prestada y dar la bienvenida a los que se incorporan ahora a la obra.

Los cambios no han afectado solamente a la parte de la obra editada en papel; también ha habido modificaciones sustantivas en los materiales disponibles en internet, centrados ahora en dos puntos esenciales: las preguntas de autoevaluación y las proyecciones para docentes y estudiantes. Ambos elementos pueden y deben ser de la mayor utilidad para ampliar los contenidos de los temas abordados en los distintos capítulos y han de constituir una ayuda de valor para la enseñanza y el aprendizaje de la atención familiar y salud comunitaria, por los docentes y estudiantes, respectivamente. En los materiales disponibles en internet hemos mantenido los vídeos del capítulo de entrevista clínica por considerarlos imprescindibles para la mejor comprensión y utilización de los contenidos de dicho capítulo.

Queremos finalizar estas líneas introductorias agradeciendo a los lectores su fidelidad a la obra, que nos ha permitido realizar esta segunda edición, y a la editorial Elsevier el cuidado y la atención prestada a nuestros requerimientos como directores y autores.

A. Martín Zurro
G. Jodar Solà



ÍNDICE DE CAPÍTULOS

SECCIÓN I

CONCEPTOS Y ESTRATEGIAS 1

- 1 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA 3
Amando Martín Zurro • Gloria Jodar Solà
- 2 ENFOQUE PERSONAL Y FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 17
Bibiana Escuredo Rodríguez • Esther Limón Ramírez
- 3 CIUDADANOS Y PACIENTES 31
M.º Dolores Navarro Rubio • Pablo Gálvez Hernández
• Montserrat Virumbrales Cancio
- 4 DESIGUALDADES Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD 47
Carme BorrellThió • M.º Isabel Pasarín Rua
- 5 INTERSECTORIALIDAD Y TRANSVERSALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD 61
José Ramón Martínez Riera • Ángela Sanjuán Quiles
• Jorge López-Gómez

SECCIÓN II

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN 81

- 6 CENTRO Y EQUIPO DE SALUD. CONCEPTOS Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN 83
José Saura Llamas • María Cristina Solé Agustí
- 7 INTERVENCIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA FAMILIAR 109
Luis de la Revilla Ahumada • Enriqueta de la Revilla Negro
- 8 PROGRAMAS DE SALUD COMUNITARIA 131
Andreu Segura Benedito • M.º Isabel Pasarín Rua
• Francisco González Carrión • Ainhoa Molins Mesalles
- 9 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD: CONCEPTOS Y ORGANIZACIÓN 151
Francisco Buitrago Ramírez • Cristina Gato Núñez
• Inmaculada Rodríguez Gómez

SECCIÓN III

HERRAMIENTAS DE TRABAJO 171

- 10 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN 173
Emilia Sánchez Ruiz • Enric Mateo Viladomat

11 ENTREVISTA CLÍNICA Y RELACIÓN ASISTENCIAL 191

Josep M.º Bosch Fontcuberta • Manuel Campiñez Navarro
• Mariona Cabré Martí

12 E-SALUD: LA TECNOLOGÍA DIGITAL 213

Jordi Galimany Masclans • Joan Guanyabens i Calvet

13 ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA BASADA EN LAS PRUEBAS CIENTÍFICAS 223

Edurne Zabaleta del Olmo • Josep Jiménez Villa

SECCIÓN IV

ATENCIÓN CLÍNICA Y COMUNITARIA 239

14 ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD 241

Salomé Basurto Hoyuelos • Itziar Vergara Micheltorena

15 PREVENCIÓN DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD 259

Francisco Buitrago Ramírez • Manuel Tejero Mas
• Leoncio Lorenzo Rodríguez Pérez

16 ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD AGUDOS Y URGENTES 291

Francisca Pavón Rodríguez • Pere Josep Simonet Aineto
• Marta Villanueva Pérez

17 ATENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS 309

Pere Josep Simonet Aineto • Rosalía Santesmases Masana

SECCIÓN V

FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN 331

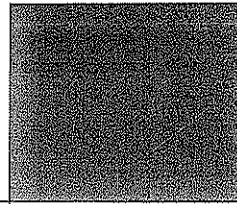
18 FORMACIÓN Y DOCENCIA EN ATENCIÓN FAMILIAR Y SALUD COMUNITARIA 333

Gloria Jodar Solà • Marcos Lucia Blanco
• Amando Martín Zurro

19 INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FAMILIAR Y SALUD COMUNITARIA 347

Bonaventura Bolívar Ribas • Joan Llobera Cànaves

ÍNDICE ALFABÉTICO 365



SECCIÓN I

CONCEPTOS
Y ESTRATEGIAS

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

Amando Martín Zurro • Gloria Jodar Solà

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

QUÉ ES LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La definición de Alma-Ata

CONCEPTOS Y ORGANIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Elementos conceptuales

Centro de salud

Equipo de salud

Características del trabajo en atención primaria

ATENCIÓN PRIMARIA Y EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO

Atención primaria de salud como puerta de entrada del sistema

Orientación comunitaria de la atención primaria de salud

Atención primaria y comunitaria y salud comunitaria

QUÉ ES LA ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

Longitudinalidad y continuidad

Perfiles profesionales y de actividad

Características principales de los problemas atendidos en atención primaria de salud

EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL. CRONOLOGÍA EVOLUTIVA Y DATOS ESENCIALES

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA Y OTROS PAÍSES

Antecedentes en España

La reforma de la atención primaria española

La atención primaria reformada: problemas y propuestas de acción

Atención primaria en otros países

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- La potenciación de la estrategia de APS es esencial para mejorar la efectividad y eficiencia de los procesos de atención de salud.
- El centro y el equipo de salud son los pilares organizativos de la APS.
- La atención familiar y comunitaria es el elemento de intervención nuclear de la APS.
- El sistema sanitario español se estructura en dos niveles principales: atención primaria y hospitalaria.
- El proceso de reforma de la atención primaria es abierto y continuo y debe ir abordando las soluciones adecuadas para los nuevos problemas que se van presentando.
- Un desarrollo importante de la estrategia de APS solamente es posible en países con sistemas nacionales de salud de financiación pública y cobertura universal.

QUÉ ES LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La atención primaria de salud (APS) puede ser definida y conceptualizada desde distintas perspectivas. Frecuentemente, en nuestro entorno, es considerada como una parte esencial o nuclear del sistema sanitario: la puerta de entrada a través de la que los usuarios y pacientes toman inicialmente contacto con los servicios de salud. Esta aproximación es ciertamente simplista y no permite visualizar de forma suficiente la importancia y complejidad del papel que la APS debe desempeñar en el conjunto de los procesos de atención de salud individual y colectiva.

La definición de Alma-Ata

La Conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata (1978) estableció la siguiente definición de la APS: «asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la

comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria».

La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

En esta definición está incluida la conceptualización de la APS como el primer nivel de contacto del sistema sanitario pero, además, contempla otros elementos esenciales como su carácter accesible y próximo, su necesaria adaptación a las posibilidades y necesidades de cada entorno o país y el enfoque a las familias y a la comunidad de la atención de salud que se presta en su seno. También se señala que la APS puede y debe actuar como puente y enlace entre el sistema sanitario y otros componentes del desarrollo social y económico de la comunidad, abriendo así la puerta a la imprescindible colaboración intersectorial en el abordaje de muchas necesidades y problemas de salud.

Un elemento conceptual clave de la estrategia APS también incluido en la definición anterior y que se minusvalora u olvida frecuentemente es el que hace referencia a la participación individual y comunitaria en todas las fases de la construcción de los sistemas y procesos de atención de salud. No se trata solamente de la participación formal en el marco de las instituciones de gobierno local (ayuntamientos) o nacional sino de la generación de dinámicas potentes y continuas de interacción entre los líderes del sistema sanitario y las organizaciones y estructuras de participación y gestión de la comunidad. La formulación operativa concreta de esta interacción debe adaptarse a la cultura política y sociológica de cada lugar.

No se debe confundir el concepto de APS con el de asistencia médica primaria o atención familiar. La APS incluye un abanico más amplio de actividades, algunas de las cuales no son responsabilidad directa o exclusiva de los sistemas sanitarios de muchos países desarrollados pero sí forman parte de los determinantes del nivel de salud colectivo o comunitario. Hablamos, por ejemplo, de la nutrición y la garantía de provisión de alimentos esenciales, de la salubridad del agua y el saneamiento básico y de la contaminación medioambiental. Estos grupos de actuaciones pueden ser las prioridades más importantes de la APS en países con menor nivel de desarrollo.

Siempre han existido interpretaciones erróneas o restrictivas de la APS. Algunos siguen pensando que es solo o principalmente útil para países subdesarrollados. Otros visualizan su aplicación como una fuente de ahorro económico que compense los gastos crecientes generados

por el desarrollo tecnológico de los modernos sistemas sanitarios. Se ha demostrado (Barbara Starfield) que los sistemas sanitarios de aquellos países desarrollados en los que el peso y el progreso de la APS son mayores son más eficientes y contribuyen más a mejorar el nivel de salud de la población.

En la determinación de las vías y procesos de desarrollo de la APS es preciso tener siempre en cuenta la necesidad de adaptar a cada país o comunidad los principios esenciales señalados antes. No existen «recetas universales» para su aplicación operativa; lo que es prioritario en un país puede no serlo en otro, por ejemplo, en razón de su nivel de desarrollo socioeconómico.

La aplicación de la estrategia de APS exige una estricta adaptación a las características y necesidades de cada lugar.

CONCEPTOS Y ORGANIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Elementos conceptuales

Los que caracterizan a la APS, con independencia del país o comunidad en que se desarrolle, son los siguientes:

- *Integral*: abordando los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, considerando siempre sus componentes biológicos, psicológicos y sociales como partes indisociables de los procesos de salud-enfermedad.
- *Integrada*: asumiendo que los procesos de atención sanitaria deben contemplar de forma constante y coordinada actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.
- *Continuada y longitudinal*: desarrollando sus actividades a lo largo de toda la vida de las personas, en los diferentes lugares en que vive y trabaja y en el seno de los distintos recursos, centros y servicios del sistema sanitario (centro de salud, hospital, urgencias, etc.).
- *Activa*: realizada por unos profesionales que no se limitan a actuar como receptores pasivos de los problemas y las demandas, sino que trabajan de forma activa y anticipatoria detectándolos en sus fases más precoces.
- *Accesible*: sin existencia de barreras que dificulten la utilización de sus recursos por las personas que los necesitan o que las discriminen en función de su raza, creencias o situación económica.
- *Desarrollada por equipos*: formados por profesionales sanitarios (medicina, enfermería, etc.) y no sanitarios (trabajo social, administración, etc.).
- *Comunitaria y participativa*: enfocando la atención de las necesidades y problemas de salud tanto desde una perspectiva personal como colectiva o comunitaria y contando con la participación activa y constante de los actores implicados.

- *Programada y evaluable*: a partir del desarrollo de actuaciones que respondan a objetivos y métodos predeterminados y con herramientas de evaluación adecuadas.
- *Docente e investigadora*: con capacidad y reconocimiento docente e investigador en los ámbitos que le son propios.

Para desarrollar en la práctica una APS que responda a los conceptos anteriores se pueden diseñar distintos entornos organizativos que van desde la asistencia en consultas individuales aisladas hasta el trabajo en equipo en el seno de centros de salud integrales, con múltiples variantes dependiendo del contexto. Sin menospreciar los valores de los diferentes modelos parece existir un consenso mayoritario sobre las ventajas que ofrece la organización en equipos multidisciplinares al incrementar la efectividad y eficiencia de muchos de los componentes de los procesos de atención.

Centro de salud

El centro de salud integral, entendido no solo o principalmente como un edificio (fig. 1.1) sino como una estructura funcional que permite el desarrollo de la mayor parte de las actividades propias de la APS, es una opción organizativa adecuada para que los distintos profesionales que integran los equipos de salud puedan realizar sus funciones: desde las de acogida inicial del usuario a las asistenciales curativas y de promoción y prevención. En el centro de salud integral se pueden asumir los siguientes grandes grupos de actividades:

- Diagnóstico y tratamiento de pacientes.
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Atención domiciliaria.
- Rehabilitación (no en todos los centros).
- Atención continuada y urgente (no en todos los centros).
- Vigilancia epidemiológica.
- Docencia e investigación.
- Gestión (funcionamiento interno y soporte).

El centro de salud integral es una buena opción organizativa para el desarrollo de los conceptos y actividades esenciales de la estrategia de APS.

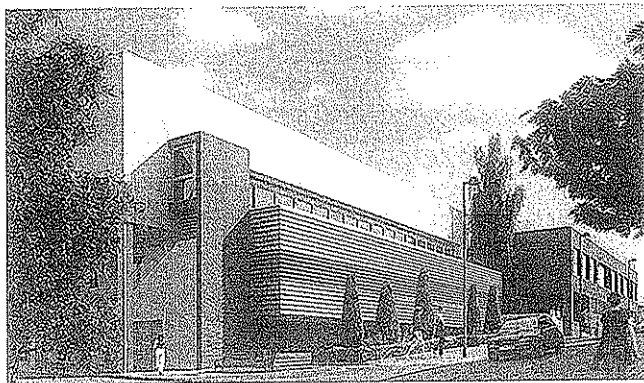


FIGURA 1.1 ► Centro de Salud. La Unión (Murcia, España).

En el centro de salud, con un número y extensión que dependerá del tamaño de la población atendida (entre 5.000 y 25.000 habitantes en España), existirán espacios para la acogida de los usuarios y la programación de visitas, para las consultas a cargo de los distintos profesionales del equipo, salas comunes (reuniones y sesiones, educación para la salud, etc.), espacios para actividades de salud comunitaria y otros para el soporte e infraestructuras.

Equipo de salud

El equipo de salud, definido a partir de objetivos y metodologías de trabajo comunes de sus componentes, y contando con su participación y responsabilización conjunta en la génesis y evaluación de los resultados obtenidos, es el pilar fundamental de la organización del trabajo en el centro de salud. No es fácil conseguir desarrollar un verdadero trabajo en equipo; sus componentes tienen profesiones y procedencias diversas y a veces carecen de experiencia en dinámicas de funcionamiento basadas en la asignación de responsabilidades y tareas en función de la propia capacidad competencial del profesional y no bajo una simple perspectiva estamental vertical (fig. 1.2).

El desarrollo de la APS no puede centrarse de forma exclusiva en los profesionales médicos. Esta afirmación categórica implica la necesidad de reconocer el papel esencial de todos y cada uno de los componentes de los equipos de salud en el desarrollo de las funciones y tareas propias de la APS y, por tanto, en la consecución de los objetivos y la generación y evaluación de los resultados obtenidos.

La composición de los equipos de salud no puede responder a criterios con validez universal y, por el contrario, debe adaptarse a las posibilidades y necesidades locales de su ámbito de actuación. En España los equipos pueden incluir médicos de familia, pediatras, enfermeras, matronas, auxiliares de clínica, farmacéuticos, veterinarios, trabajadores sociales y personal auxiliar polivalente. En Cataluña también forman parte de los equipos los odontólogos, mientras que figuran como colaboradores los farmacéuticos y las matronas y no se incluyen los veterinarios. Los componentes básicos de los equipos son los médicos, las enfermeras, los trabajadores sociales y el personal auxiliar polivalente.

El director o coordinador del equipo de salud es una figura de gran importancia para que este alcance un nivel óptimo de funcionamiento. Su capacidad de liderazgo participativo es esencial y por ello debe cuidarse especialmente su elección.

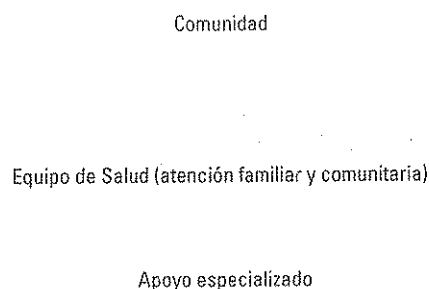


FIGURA 1.2 ► Equipo de Salud y Comunidad.

En muchos centros de salud también pueden trabajar otros profesionales que desarrollan tareas de apoyo especializado en distintos ámbitos relevantes para la atención primaria. Es el caso de salud mental, salud pública, rehabilitación, laboratorio y radiología, entre otros.

Las actividades de los distintos componentes de los equipos de salud son las propias del centro señaladas previamente y tanto desde una perspectiva de atención personal individual como familiar y comunitaria. Para conseguir un desarrollo adecuado de todas las actividades es importante programar una introducción progresiva de las mismas y diseñar un cronograma de implantación que permita a sus miembros asumirlas de forma positiva, huyendo del riesgo de fracasos y desmotivaciones que puedan hipotecar el futuro del equipo.

En la mayoría de las ocasiones, en cada centro de salud solamente trabaja un equipo, con más o menos recursos de apoyo especializado, pero a veces, sobre todo en las ciudades, en un mismo centro pueden estar radicados varios equipos de salud. En la primera situación coincide la cantidad de población atendida con la asignada al centro. El territorio geográfico asignado a cada equipo se denomina en España Zona o Área Básica de Salud.

Características del trabajo en atención primaria

La accesibilidad es una característica fundamental de la atención primaria. Los usuarios de los centros de salud pueden demandar consulta a sus profesionales de referencia (médicos y enfermeras) por propia iniciativa, con o sin cita previa, o por indicación de los propios profesionales del equipo o de los especialistas consultores. En muchos centros de salud también existen servicios de urgencia y de atención continuada que posibilitan que el paciente pueda recibir asistencia de forma inmediata. La accesibilidad desde la perspectiva económica es un elemento esencial que es objeto de discusión y análisis frecuente en nuestros días: la instauración de mecanismos de copago directo por parte de los pacientes que utilizan o reciben determinados servicios y prestaciones es preconizada desde diversos sectores como una herramienta eficaz para disminuir una excesiva utilización de los recursos. Sin embargo, no debería olvidarse que, con independencia de la discutible efectividad de este tipo de medidas para frenar a largo plazo el consumo sanitario, estas barreras económicas al final siempre gravan principalmente a las personas y colectivos con menor disponibilidad económica y pueden dar lugar a que no acudan a los servicios en situaciones en las que realmente sería necesario que lo hicieran.

En relación con el tema de la accesibilidad, pero influido de forma clara y principal por una cultura dominante de hiperconsumo en las sociedades desarrolladas, se puede situar el problema de la medicalización, a todas luces excesiva, de la vida cotidiana de las personas en los países desarrollados y, también relacionado con ello, el depósito de unas expectativas muchas veces injustificadas en el sistema sanitario como fuente de solución para problemas y situaciones íntimamente ligadas a la propia biología humana, a los procesos de envejecimiento y a la misma muerte. Una verdadera estrategia de APS debe potenciar de forma

decidida la autorresponsabilización personal en el cuidado de la propia salud y la capacidad para la toma informada por parte de cada individuo de las decisiones importantes en relación con sus procesos de salud-enfermedad. Las actuaciones del sistema sanitario no están exentas de riesgo para los que las reciben; la ciudadanía y los profesionales deben evitar creer que la intensificación de las atenciones siempre significa u ocasiona más salud.

Una verdadera estrategia de APS debe potenciar de forma decidida la autorresponsabilización personal en el cuidado de la propia salud.

De acuerdo con los datos estadísticos del Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2016), la media de tarjetas sanitarias individuales por médico de familia es de 1.381, de 1.040 para los pediatras y de 1.560 para las enfermeras. Sin embargo, existen importantes oscilaciones entre las distintas comunidades autónomas del Estado y entre los ámbitos urbano y rural. Por otro lado, las cargas asistenciales generadas por cada persona varían también en relación con la existencia de doble aseguramiento (público y privado) y con el nivel socioeconómico, siendo menores cuando tienen cobertura mixta pública y privada y mayores en las que pertenecen a las capas sociales más desfavorecidas. La realidad es que los profesionales sanitarios de atención primaria perciben estar sometidos a una importante sobrecarga asistencial que les impide disponer de tiempo suficiente para el desarrollo de otras actividades, como las de docencia e investigación, al tener que atender a más de 30 pacientes diarios en la consulta, cifra que, en el caso de los médicos de familia del ámbito urbano, puede ser mayor de 40 en bastantes centros.

La disponibilidad de tiempo para cada consulta es uno de los puntos críticos para la garantía de la calidad asistencial en atención primaria. En España, a pesar de los avances conseguidos desde el inicio del proceso de reforma de esta parte del sistema a mediados de los años ochenta del siglo pasado, todavía estamos lejos de una situación que podamos considerar óptima. El tiempo promedio que pueden dedicar los profesionales médicos de APS a cada paciente está aún bastante por debajo de los 10 minutos (en general entre 6 y 9). Este tiempo suele ser menor para las visitas por propia iniciativa en relación con las programadas por indicación de los profesionales, generalmente para la atención de problemas de salud crónicos.

Un bloque importante de actividad de los profesionales de atención primaria es el desarrollado en el ámbito domiciliario. A pesar de ello, es frecuente que estas actuaciones no se organicen correctamente y que no sean objeto de atención prioritaria por parte de los responsables y profesionales de los equipos de salud. Los médicos, enfermeras y trabajadores sociales deben dedicar más tiempo a la atención domiciliaria ya que es en este contexto donde mejor puede valorarse la funcionalidad del soporte familiar de sus pacientes. Por otro lado, el envejecimiento progresivo de la población y el aislamiento de las personas mayores están generando cada vez más situaciones de dependencia graves que requieren actuaciones domiciliarias frecuentes, tanto desde la perspectiva sanitaria como de soporte social. En

el capítulo 6 se abordarán de forma más amplia y concreta estos problemas.

Ya hemos señalado previamente que la organización de la APS puede y debe variar en relación con el contexto en que se desarrolla. Este axioma también es válido cuando hablamos de las diferencias existentes a nivel organizativo y estructural entre los ámbitos urbano y rural. El primero de ellos se caracteriza por la concentración de cantidades elevadas de población en un territorio reducido (mayor densidad de habitantes) y concomitantemente de los recursos sanitarios necesarios. En el rural la situación es prácticamente la contraria, con población escasa y radicada en núcleos distantes entre sí, lo que obliga a dispersar los centros y profesionales para mantener un grado suficiente de accesibilidad y proximidad geográfica. Así, mientras que en el ámbito urbano los centros de salud suelen estar radicados en un edificio único, en el rural es frecuente que exista un centro de salud principal (en la población mayor) y varios consultorios locales (en los núcleos menores) en los que se presta atención durante algunos días y horas de la semana.

En todo el sistema sanitario, y de forma prioritaria en APS, el desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) es un pilar fundamental para mejorar la accesibilidad de los pacientes y la interacción con sus profesionales de referencia. La programación de visitas a través del teléfono o de internet, la generación de consultas y su resolución mediante el correo electrónico, la transmisión de datos e imágenes a distancia (p. ej., electrocardiográficos) y las consultas por videoconferencia son formas de actividad y organizativas emergentes que están cambiando de forma muy rápida el panorama asistencial en atención primaria. En el capítulo 12 se desarrolla con mayor detalle el papel de las TIC en este campo.

Una buena organización de la atención primaria necesita de la existencia de potentes sistemas de registro y documentación clínica y epidemiológica. Los sistemas de información y registro permiten gestionar datos de diversos orígenes, desde el proceso asistencial del paciente individual a la planificación y organización de los servicios y centros y la evidencia científica disponible, entre otros. Por ello, la fiabilidad de los datos recogidos en estos sistemas es esencial para garantizar un nivel de calidad adecuado de la evaluación de la atención prestada, tanto a nivel personal y familiar como comunitario. Para conseguir este objetivo es imprescindible definir previamente a la implantación de un sistema de registro y documentación sus objetivos y utilidades así como valorar la factibilidad de la recogida de datos y de su procesamiento posterior.

Una buena organización de la atención primaria necesita de la existencia de potentes sistemas de registro y documentación clínica y epidemiológica.

Un problema emergente en este contexto de desarrollo rápidamente progresivo de los procesos de informatización y almacenamiento centralizado de los datos clínicos personales y de gestión es el de garantía de la confidencialidad y de acceso seguro a los mismos así como de su integridad, impidiendo que puedan ser destruidos o utilizados de

forma inadecuada o delictiva. No es necesario remarcar el carácter íntimo de muchas de las informaciones y datos que se registran en las consultas, y en nuestro país la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal es muy exigente en la defensa de la privacidad.

La prescripción de fármacos y de otras medidas terapéuticas forma parte de la actividad sanitaria y, por tanto, de la APS. La financiación de los medicamentos es objeto de atención y discusión por parte de los políticos, gestores y profesionales, ya que el gasto en farmacia supone una parte considerable del gasto sanitario total; concretamente en España más del 20%. La participación de los pacientes en la financiación de los medicamentos (copago) es habitual en diversos países y sistemas sanitarios. En cualquier caso es necesario que no se generen barreras económicas para el acceso a los tratamientos más esenciales y que se pongan en marcha acciones legales, informativas y de formación dirigidas a la ciudadanía y a los propios profesionales para conseguir instaurar una utilización racional de los medicamentos basada en la calidad y en la evidencia científica disponible. La potenciación de la utilización de fármacos genéricos y de la dispensación en forma de unidosis puede contribuir de forma decisiva a mejorar la efectividad y eficiencia de las prescripciones.

ATENCIÓN PRIMARIA Y EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO

Ya hemos señalado antes que los sistemas sanitarios que están centrados en la APS son más efectivos y eficientes que aquellos otros en los que las prioridades en términos de recursos y organización se dirigen hacia la atención hospitalaria. También apuntábamos que el desarrollo de la APS no tiene necesariamente que implicar una disminución importante de los gastos del sistema sanitario. La APS contribuye a una mejor racionalización de las decisiones económicas y planificadoras, lo que se traduce en un cociente más favorable entre resultados y costes.

Barbara Starfield es la autora que más ha contribuido al análisis de las repercusiones que tiene sobre los distintos sistemas sanitarios el desarrollo de la APS. Estas repercusiones no solo, o principalmente, atañen al ámbito económico sino que se extienden a la mejora de la calidad de la atención, los indicadores de salud y la satisfacción de la población con la sanidad del país. El análisis de los principales elementos característicos de la atención primaria (primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación) permite medir con cierta precisión estas contribuciones.

El desarrollo de un sistema sanitario centrado en la APS, al favorecer la redistribución de los recursos y mejorar la accesibilidad universal a los mismos, puede contribuir también de forma decisiva a potenciar la equidad de la atención de salud y permitir la corrección de la distribución desigual de la carga de enfermedad en los distintos estratos socioeconómicos de la población: es bien conocido que son las personas de nivel socioeconómico inferior las que tienen mayor morbilidad.

En un estudio realizado por Barbara Starfield en 1994 se compararon 12 países occidentales industrializados demostrándose que en aquellos en los que el sistema

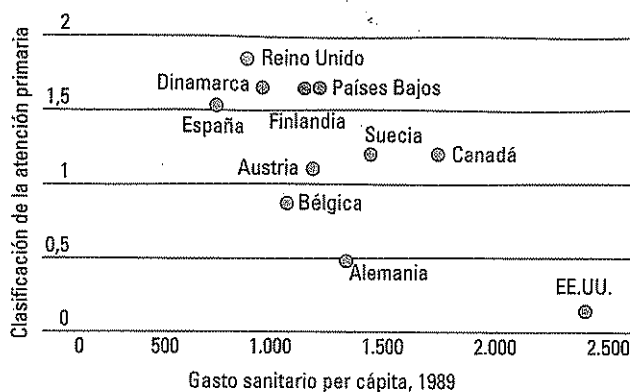


FIGURA 1.3 ■ Relación entre la fuerza de la atención primaria y el gasto sanitario per cápita. De Starfield, 2001.

sanitario estaba más fundamentado en la APS existían mejores niveles de salud en combinación con menores costes económicos (fig. 1.3).

También se ha constatado en estudios realizados en Estados Unidos que en aquellos lugares con mayor densidad de médicos de atención primaria en relación con otros especialistas era menor la tasa de mortalidad ajustada por edad. En otro análisis en cincuenta estados norteamericanos se comprobó que diversos indicadores vitales eran mejores cuanto menor era el número de habitantes por médico de atención primaria y la cantidad de otros especialistas.

Disponemos de muchos estudios que comparan la calidad y los costes de la atención en consultas ambulatorias que prestan los médicos de familia y las enfermeras con los de otros especialistas. En la mayoría de ellos no se evidencian diferencias significativas en la calidad y, por el contrario, sí que existen en relación con la cantidad de exploraciones complementarias solicitadas o con la complejidad y el coste de los tratamientos prescritos, menores en las consultas de estos profesionales de referencia.

En relación con el papel de los profesionales no médicos en el seno de los centros y equipos de APS existen cada vez más evidencias de que pueden ser incluso más efectivos y eficientes que los médicos para la atención de diversos problemas agudos y crónicos, sin disminución de la calidad asistencial.

Estas contribuciones de la APS a la mejor efectividad y eficiencia del sistema sanitario se potencian en aquellos contextos organizativos que permiten altos niveles de autonomía de los equipos y de cada profesional tanto en la planificación y gestión de los centros como en la de las propias agendas de trabajo individuales. Diversos estudios, entre ellos algunos realizados en Cataluña, demuestran que, cuando los miembros de los equipos son los responsables máximos de la planificación y gestión de los recursos y gozan de un grado elevado de autonomía, mejoran algunos de los resultados de la atención prestada, así como la motivación y satisfacción profesional.

Cuando los miembros de los equipos son los responsables máximos de la planificación y gestión de los recursos y gozan de un grado elevado de autonomía mejoran algunos de los resultados de la atención prestada así como la motivación y satisfacción profesional.

Atención primaria de salud como puerta de entrada del sistema

El desarrollo del papel de puerta de entrada del sistema y de garante de la continuidad asistencial de la APS contribuye de forma clara a mejorar la eficiencia de los procesos de atención a partir de una disminución de los costes asistenciales de cada enfermedad, además evita ingresos hospitalarios así como la realización de exploraciones y la prescripción de tratamientos innecesarios y no exentos de riesgo. Pero el papel de la APS y sus profesionales no se puede limitar a ejercer una función de filtro o puerta de entrada del sistema sanitario con pérdida de responsabilidades y posibilidades de actuación en fases posteriores de los procesos de atención realizados en otros ámbitos del sistema como, por ejemplo, el hospitalario. Para poder hablar de una verdadera APS es preciso mantener la longitudinalidad de la relación profesional-paciente y la continuidad asistencial.

En España los profesionales de atención familiar y comunitaria de referencia (el médico y la enfermera de familia) no actúan sobre todos los grupos de edad (los pediatras atienden como puerta de entrada a la población hasta los 14 años) ni sobre todos los tipos de problemas de salud (en muchas comunidades autónomas del estado la atención del embarazo normal no es responsabilidad habitual de los profesionales de referencia y las mujeres son derivadas sistemáticamente a los tocólogos en cuanto se detecta la gestación). Estas circunstancias dificultan la consecución de grados óptimos de longitudinalidad y continuidad de la atención (v. más adelante) y lesionan conceptualmente el papel de los profesionales de referencia como responsables de la atención global de las personas con independencia de la edad, el sexo o el tipo de problema o la necesidad de salud que presenten. Los médicos y enfermeras de familia deberían ser la puerta de entrada única para la atención de todos los problemas y los otros profesionales actuar como consultores, lo que no significa que no puedan y deban trabajar en el centro de salud y compartir actividades con el resto de los componentes de los equipos.

Orientación comunitaria de la atención primaria de salud

La orientación comunitaria de la atención primaria y la puesta en marcha de mecanismos de colaboración intersectorial adaptados a las características y necesidades de cada grupo poblacional, que forman parte de la definición de APS de Alma-Ata, son elementos estratégicos que contribuyen a la corrección de desigualdades y a la mejora de la situación de salud. Es innegable la influencia de las condiciones laborales, de las características de la vivienda o del urbanismo y la seguridad en el tráfico, por poner unos pocos ejemplos, en la morbimortalidad y el nivel de salud y, por tanto, en el bienestar personal y colectivo. La APS orientada a la comunidad nos induce a abordar el origen primigenio de los problemas y las necesidades de salud causados por déficits en estos y otros sectores sociales y a actuar desde perspectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Los profesionales

sanitarios de atención primaria deben esforzarse por ampliar su visión clínica de los problemas con esta vertiente comunitaria, imprescindible para comprender y conocer la historia natural de las enfermedades y su distribución en el seno de las poblaciones. La consecución de este objetivo no es en absoluto una tarea fácil, ya que, entre otras cosas, la propia enseñanza de las ciencias de la salud no prioriza de forma suficiente este abordaje comunitario de los problemas y necesidades sanitarias.

La contribución de la APS a la efectividad y eficiencia del sistema sanitario se optimiza en contextos de financiación pública y de planificación que se rigen por principios de equidad y parten del análisis de las necesidades y desigualdades personales y colectivas. No es concebible una verdadera APS en el marco de una atención de salud de financiación y gestión exclusiva o principalmente privadas.

Atención primaria y comunitaria y salud comunitaria

La *atención primaria y comunitaria* es la resultante de la integración estratégica y operativa de aquellos servicios que proporcionan atención a las personas de un territorio en régimen ambulatorio (de no internamiento) tanto desde una perspectiva individual como colectiva o poblacional y, por tanto, incluye, entre otros, los siguientes tipos de recursos:

- Centros y equipos de atención primaria.
- Salud pública.
- Salud mental y drogodependencias.
- Fisioterapia y rehabilitación.
- Atención a la salud sexual y reproductiva.
- Consultas de diversos especialistas.
- Atención sociosanitaria.
- Urgencias y emergencias no hospitalarias.
- Farmacias comunitarias.
- Transporte sanitario.
- Otros (según características del sistema de salud).

Sus elementos nucleares son el centro y equipo de atención primaria. Los servicios de salud pública del territorio proporcionan soporte directo para el desarrollo de actividades de promoción y prevención con perspectiva comunitaria. Los diferentes tipos de recursos que integran la atención primaria y comunitaria territorial trabajan de forma coordinada y en red.

La *salud comunitaria* se define como el conjunto de actuaciones destinadas a mejorar la salud de la comunidad en las dimensiones biológica, psíquica y social. Para ello ha de tener en cuenta las necesidades y características de la comunidad así como sus recursos institucionales y de servicios. Las acciones de salud comunitaria incluyen actuaciones sobre los determinantes de salud y enfermedad prioritarios en la población y, por tanto, implican el diseño de intervenciones intersectoriales.

Es preciso diferenciar con claridad los conceptos de atención primaria y comunitaria y salud comunitaria aunque ambos estén íntimamente relacionados. El primero hace referencia a una nueva forma de organización del conjunto de los servicios de no internamiento de un territorio mientras que el segundo delimita la orientación estratégica y las características operativas de las actuaciones de los profesionales de dichos servicios.

QUÉ ES LA ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

La atención familiar y comunitaria es la que prestan el conjunto de servicios y profesionales que, desde una situación de proximidad a la población, enfocan sus actuaciones bajo una triple perspectiva: personal, familiar y colectiva, con una orientación estratégica hacia la mejora de la salud a través del abordaje de los problemas y necesidades existentes. La atención familiar y comunitaria se desarrolla esencialmente en el marco de la APS y constituye su elemento nuclear de intervención.

De la misma forma que para la APS no existen respuestas de validez universal, para la atención familiar y comunitaria es también esencial la necesidad de adaptación estratégica y operativa a la gran diversidad y complejidad de los contextos y modelos familiares y de cultura y organización colectiva, guiados siempre por valores de defensa de la dignidad humana, equidad, solidaridad y ética profesional.

La atención familiar y comunitaria se desarrolla esencialmente en el marco de la APS y constituye su elemento nuclear de intervención.

Las personas viven y se desarrollan en colectividad y es en este contexto en el que adquieren y comparten valores y objetivos. La estructuración social en núcleos familiares o de convivencia habitual y la de estos en comunidades más o menos amplias son elementos que no pueden quedar al margen de la estrategia e implementación de la atención de salud. La asistencia personal individual debe estar necesariamente integrada con el enfoque familiar y comunitario y esta perspectiva global ha de fundamentarse en la participación y corresponsabilización de todos los actores implicados en el abordaje de los determinantes de salud a través de las acciones y programas de promoción, prevención, asistencia y cuidados que constituyen la atención familiar y comunitaria.

Longitudinalidad y continuidad (fig. 1.4)

Las actuaciones de los profesionales de atención familiar y comunitaria en el marco de la APS, principalmente de los médicos y las enfermeras (que tienen población adscrita), implican asumir una relación personal asistencial basada en la longitudinalidad y continuidad de los cuidados. Ya hemos señalado antes las características esenciales de la

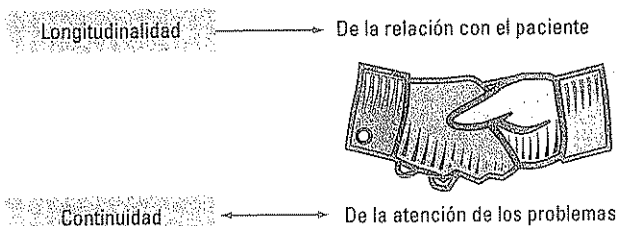


FIGURA 1.4 ■ Longitudinalidad y continuidad en atención primaria de salud.

APS, pero es importante volver sobre estos dos conceptos, estrechamente relacionados pero diferentes: la longitudinalidad traduce el mantenimiento a lo largo del tiempo de una vinculación profesional con la persona basada en la confianza mutua, el respeto y la corresponsabilidad y no está necesariamente relacionada con un problema o diagnóstico. La continuidad hace referencia a la conexión entre las distintas actuaciones asistenciales relativas a un problema de salud, actuaciones que pueden ser realizadas por distintos profesionales y en diferentes ámbitos del sistema sanitario. Los profesionales de atención familiar y comunitaria deben poder garantizar la longitudinalidad de la relación con sus pacientes y, al mismo tiempo, contribuir de forma decisiva a la mejor coordinación de las actuaciones asistenciales, base de la continuidad. Unos procesos de atención que desarrollen en grado óptimo la longitudinalidad y continuidad contribuirán de forma decisiva a mejorar la efectividad y eficiencia del conjunto del sistema sanitario.

Los profesionales de referencia que prestan atención familiar y comunitaria han de actuar como verdaderos gestores de los procesos de interacción de sus pacientes adscritos con los distintos ámbitos del sistema de salud. Mantener la longitudinalidad de la relación implica el desarrollo de esta perspectiva de gestión y participar de forma activa en la toma de decisiones sobre las intervenciones programadas. Esta actividad de gestión se debe contemplar tanto desde una perspectiva individual como familiar y de la comunidad, ya que las decisiones asistenciales pueden variar de forma significativa en función de las características y necesidades concretas del medio familiar y social.

Alcanzar el pleno desarrollo de una verdadera y completa estrategia de atención familiar y comunitaria no es tarea fácil. El abordaje holístico (biopsicosocial) de los problemas y necesidades de salud, la comprensión de los factores culturales, religiosos, socioeconómicos y de clase social y del sistema de valores personales y colectivos o la consideración de la influencia del entorno laboral son elementos que es necesario analizar en la perspectiva de una atención familiar y comunitaria que pretenda ser innovadora y efectiva en la consecución de mejoras apreciables en el bienestar y la salud individuales y colectivos.

Perfiles profesionales y de actividad

Los profesionales de la atención familiar y comunitaria necesitan adquirir competencias específicas en este ámbito para poder actuar con un nivel de calidad adecuado. Esta necesidad se traduce en su reconocimiento como disciplina y especialidad en el campo de las ciencias de la salud, tanto en la formación de grado como posgraduada. En el capítulo 18 se desarrollan más ampliamente diversos aspectos relativos a la formación en este ámbito.

Diversos factores como el envejecimiento de la población, el auge de las patologías crónicas con sus consiguientes descompensaciones, el aumento de la supervivencia y la creciente complejidad multifactorial de las causas de las necesidades y los problemas de salud están introduciendo cambios significativos en los perfiles profesionales de los miembros de los centros y equipos de salud y ampliando la red de profesiones que pueden y deben intervenir en el marco de la APS.

Desde un punto de vista teórico los perfiles de los profesionales de atención primaria especialistas en atención familiar y comunitaria (médicos y enfermeras) contienen los elementos teóricos y prácticos necesarios para el manejo de las situaciones de salud y enfermedad y resolver aquellos problemas que no siempre se pueden ubicar bajo un epígrafe diagnóstico concreto. Los profesionales de referencia, al actuar como agentes de salud que observan desde todas las dimensiones de la persona sus problemas y necesidades, pueden realizar un abordaje general e integrar los cuidados de promoción, prevención, rehabilitadores y clínicos que precise. Deben adquirir los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para interpretar y priorizar estas intervenciones a partir del análisis de las condiciones de vida y las dinámicas familiares, laborales y de la comunidad en que vive y decidir conjuntamente con la persona atendida cuándo, cómo y dónde deben participar en el proceso asistencial otros especialistas.

Ya hemos apuntado antes que las continuas innovaciones tecnológicas están promoviendo cambios en la forma de prestar los servicios y por supuesto respecto a dónde prestarlos, lo que a su vez cuestiona el mantenimiento de fronteras ficticias entre ámbitos asistenciales construidos en muchas ocasiones sin pensar en el paciente.

Las continuas innovaciones tecnológicas están promoviendo cambios en la forma de prestar los servicios y, por supuesto, respecto a dónde prestarlos.

Las alternativas a las visitas convencionales proliferan y ya ocupan un lugar relevante la visita telefónica, la consultoría virtual o los espacios de consulta por correo electrónico, donde la estructura física es innecesaria pero no así el conocimiento que pueden aportar otras visiones profesionales y las de los propios pacientes. Este conocimiento compartido es y será uno de los activos principales de los equipos de atención primaria; invertir tiempo y esfuerzo para la cooperación y el trabajo en red será la mejor estrategia para consolidar una atención primaria nueva y capaz de afrontar los retos del futuro.

Características principales de los problemas atendidos en atención primaria de salud

La frecuencia de presentación de los distintos problemas de salud en las consultas de APS varía de forma significativa de acuerdo con las características del país y locales y la propia organización del sistema sanitario.

Las necesidades y los problemas de salud que son atendidos en el ámbito de la atención primaria tienen características distintas de los que son abordados en los hospitales, sobre todo en los altamente especializados. En las consultas de APS, a diferencia de las hospitalarias centradas habitualmente en grupos concretos de patologías, se atiende una gran variedad de problemas de salud y en bastantes ocasiones es difícil o imposible etiquetar con un diagnóstico preciso el motivo o los motivos por los que acude el paciente. El profesional de APS trabaja en un contexto

epidemiológico y clínico de elevada incertidumbre y baja prevalencia diagnóstica.

En los capítulos 16 y 17 se analizan las dinámicas asistenciales generadas por los problemas agudos y crónicos, respectivamente, más habituales en APS. Señalar aquí únicamente que, además de estos problemas clínicos, tienen gran impacto otras demandas de atención de la esfera social y laboral (certificaciones, bajas laborales) que incrementan la carga burocrática de la actividad profesional.

En la mayoría de los pacientes, sobre todo en los de edades más avanzadas, coexisten varios problemas de salud, lo que implica una mayor complejidad del acto asistencial y la necesaria realización de enfoques integrales (biopsicosociales) de la atención que permitan valorar adecuadamente la situación evolutiva y la importancia de cada uno de los problemas en la definición del nivel de salud actual y futuro de la persona.

La atención especializada hospitalaria suele ser habitualmente episódica, tanto en los procesos agudos graves como en los períodos de descompensación de los crónicos. Ya hemos comentado antes que, por el contrario, en APS la continuidad y la longitudinalidad asistencial son algunos de sus elementos característicos esenciales.

Las actividades preventivas y de promoción de la salud se desarrollan en todos los ámbitos del sistema sanitario, pero es en el seno de la APS donde adquieren mayor protagonismo, sobre todo en un marco de integración progresiva de las actuaciones clínicas y de salud pública y comunitaria. Este grupo de actividades genera un volumen importante de demandas de atención en los centros de salud y, en algunos países, pueden llegar a ser el primer motivo de consulta. Previamente a su realización es preciso valorar la viabilidad, pertinencia, efectividad, eficiencia y el balance riesgo-beneficio de estas demandas preventivas así como la calidad de la evidencia científica disponible sobre cada una de las recomendaciones y actividades.

Es importante que el profesional sanitario, en general, pero sobre todo el de atención primaria, tenga siempre presente que su foco principal es la persona, no la enfermedad, y que debe atenderla desde una perspectiva holística, global, utilizando las modernas tecnologías pero sin olvidar nunca la carga humana inherente a una relación basada en la confianza.

EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL. CRONOLOGÍA EVOLUTIVA Y DATOS ESENCIALES

En la evolución del sistema sanitario español se pueden distinguir dos etapas principales: la integrada por los años de la dictadura del general Franco (1939-1975) y la posterior de la época de desarrollo democrático.

En la primera etapa se creó en 1942 el Seguro Obligatorio de Enfermedad financiado a través de las cuotas de los trabajadores y empresarios y con una cobertura progresiva de los distintos sectores de producción industriales y agrarios. Existían además otras redes asistenciales dependientes de las corporaciones locales (ayuntamientos y diputaciones) de los ministerios de Defensa y Justicia y

de la Cruz Roja. En 1974 se aprueba la Ley General de la Seguridad Social en la que se avanza en la configuración territorial del sistema asistencial, se amplía el número de colectivos con derecho a prestación sanitaria, se establece, con ciertas limitaciones, la capacidad de elección de médico general, pediatra y tocólogo y se organizan los centros e instituciones sanitarias clasificándolas en cerradas (hospitales) y abiertas (ambulatorios). Durante esta etapa se produjo, a partir de la década de los años sesenta, un crecimiento importante de la red hospitalaria y de las dotaciones tecnológicas, siempre con una visión estratégica prácticamente exclusiva de atención curativa-reparadora y con graves disfuncionalidades en el ámbito de la coordinación entre los distintos componentes del sistema.

En 1978, con la aprobación de la Constitución española, se inicia la segunda etapa, coincidiendo con la celebración de la Conferencia de Alma-Ata. En el texto constitucional se recoge el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y se señala que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública mediante medidas preventivas y las prestaciones y servicios necesarios, fomentando la educación sanitaria.

En 1978 se inicia la segunda etapa de la transformación del sistema sanitario español, coincidiendo con la celebración de la Conferencia de Alma-Ata.

A partir del año 1981 se inicia un profundo proceso de descentralización de las competencias sanitarias del Estado a las comunidades autónomas. En ese año Cataluña recibe las primeras transferencias sanitarias, seguida en 1984 por Andalucía, en 1987 por Euskadi y Valencia, en 1990 por Navarra y Galicia, en 1994 por Canarias y en 2001 por el resto de las comunidades autónomas del Estado. En cada una de ellas se constituye un Servicio de Salud que es el encargado de ejercer la autoridad sanitaria sobre todas las instituciones y servicios de su ámbito territorial y tiene amplias competencias en atención primaria y hospitalaria y en salud pública.

En 1984 se inicia el proceso de reforma de la asistencia primaria con la promulgación del Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud en el que se establece la división territorial en Zonas Básicas de Salud, cada una de ellas atendida por un Centro de Salud y un Equipo de Atención Primaria.

El 25 de abril de 1986 se promulga la Ley General de Sanidad, disposición básica que marca las orientaciones estratégicas y organizativas del sistema sanitario español. Se crea un Sistema Nacional de Salud formado por el conjunto de los Servicios de Salud de las comunidades autónomas, coordinados en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, se establecen las características primordiales de nuestro sistema sanitario:

- Cobertura universal y no discriminativa de todos los ciudadanos.
- Financiación pública a través de impuestos (Presupuestos Generales del Estado).
- Gratuidad de las prestaciones asistenciales (copago en farmacia).

- Descentralización competencial y coordinación estatal.
- Garantía de calidad de la atención prestada.
- Potenciación de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Participación comunitaria.
- Organización territorial en Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud.

En las Áreas de Salud (alrededor de 250.000 habitantes) se presta tanto atención primaria (APS) como hospitalaria especializada. Este ámbito territorial recibe denominaciones diversas en distintas comunidades autónomas: región, distrito, sector, etc.

En el año 2003, dos años después de completarse el proceso de descentralización de competencias, se promulga la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en la que se establecen los mecanismos de coordinación y cooperación entre las administraciones públicas y de las comunidades autónomas que garanticen la equidad y calidad de las prestaciones en el conjunto del Estado con referencia especial a las carteras de servicios, farmacia, profesionales sanitarios, sistema de información e investigación en salud. La Ley de Cohesión y Calidad define también los cuidados sociosanitarios como una red de provisión de servicios destinada esencialmente a los pacientes crónicos con grados variables de dependencia.

En el año 2006 se aprueba la conocida como Ley de Dependencia (de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia) por la que se promueve la colaboración de las distintas administraciones públicas para el abordaje de las necesidades y los problemas específicos de estos colectivos con referencia especial a los servicios de salud y sociales.

El sistema sanitario español, con diferencias a veces significativas entre comunidades autónomas, se estructura en dos niveles principales: atención primaria y hospitalaria. Los recursos sanitarios esenciales son los centros de salud y los hospitales, estos con distintos grados de complejidad tecnológica. Los hospitales pueden ser generales (que tienen al menos los departamentos básicos de medicina, cirugía y traumatología, obstetricia y ginecología y pediatría) o monográficos dedicados a una actividad o grupo de problemas concretos (oncología, psiquiatría, oftalmología, rehabilitación, etc.).

El sistema sanitario español, con diferencias a veces significativas entre comunidades autónomas, se estructura en dos niveles principales: atención primaria y hospitalaria.

Existen también múltiples tipos de establecimientos especializados que proveen atención para grupos concretos de problemas o necesidades (odontológicas, orientación familiar, diálisis) y una red de centros de salud mental que asisten en régimen ambulatorio a pacientes con este tipo de patología. La atención urgente se realiza tanto en los servicios hospitalarios como en algunos centros de salud y por los servicios móviles de urgencias y emergencias.

Aunque podamos afirmar que en España tenemos un Sistema Nacional de Salud de cobertura universal pública

no es menos cierto que siguen existiendo colectivos poblacionales como los funcionarios de las administraciones locales y del Estado, de la judicatura y de las fuerzas armadas que pertenecen a mutualidades de seguros que les ofrecen la posibilidad de escoger entre la provisión pública y privada de atención sanitaria. Las Mutuas Patronales y de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales también funcionan de forma autónoma y proporcionan cobertura aseguradora para empresarios y trabajadores afectados por este tipo de problemas.

El sistema sanitario español tiene 788 hospitales y cuenta con unas 3,6 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes. Existen unas 160.000 camas en el conjunto del estado y más del 60% de los hospitales son de titularidad privada, pero el número de camas públicas supone casi el 70% del total, lo que nos indica la diferencia de tamaño medio que existe entre los centros públicos y privados. En España hay más de 3.000 centros de salud, la inmensa mayoría de titularidad pública, con una tasa de 6,5 centros por cada 100.000 habitantes.

Nuestro Sistema Nacional de Salud cuenta con más de 600.000 profesionales titulados de los cuales aproximadamente un tercio son médicos y una proporción ligeramente superior enfermeras.

Desde la perspectiva económica del gasto sanitario público, el sistema sanitario español supone alrededor del 6,34% del PIB (Producto Interior Bruto), proporción que se sitúa bastante por debajo de la media de los países que integran el top 15 de la Unión Europea. Asimismo, el gasto sanitario público por habitante es de 1.521 euros (2016). El gasto en atención primaria no ha crecido significativamente en términos porcentuales respecto al total en los últimos 17 años y sigue situado entre el 15% y el 17%. Durante los años de la crisis económica iniciada en 2008 ha descendido, comparativamente, más que el gasto hospitalario. En definitiva, puede afirmarse que el sistema sanitario español utiliza, en comparación con otros países europeos semejantes, una cantidad menor de recursos económicos. El gasto en medicamentos supone alrededor del 20% del sanitario total.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA Y OTROS PAÍSES

Antecedentes en España

En la evolución de la APS en España, de forma semejante a la del conjunto del sistema sanitario, se pueden distinguir dos grandes etapas. La primera de ellas tiene su origen en los años cuarenta del siglo pasado con la instauración del Seguro Obligatorio de Enfermedad y el desarrollo de la asistencia médica ambulatoria, realizada inicialmente en consultas propias de los médicos generales y después en las radicadas en centros ambulatorios construidos a partir de la década de los años cincuenta. Los médicos pasaban consulta durante 2,5 horas cada día y debían acudir a los domicilios de los pacientes que solicitaban ser atendidos por procesos que les impedían ir personalmente al ambulatorio para ser visitados. En el medio rural se adscribieron a los médicos titulares (de Asistencia Pública Domiciliaria [APD]) de cada población las tarjetas sanitarias de

los afiliados a la Seguridad Social, que eran atendidos en consultas propiedad de los ayuntamientos o de los mismos profesionales. Las consultas en los ambulatorios urbanos padecían un alto grado de masificación; cada médico general podía visitar frecuentemente a más de 60 pacientes en las poco más de dos horas que duraba esta actividad. En este contexto era realmente imposible desarrollar una atención clínica efectiva y resolver los problemas que llevaban a los pacientes a la consulta. La actividad principal del médico general se centraba, tras algunas breves preguntas al enfermo o al familiar que acudía en su nombre, en la dispensación de recetas de medicamentos y en la cumplimentación de partes de baja laboral y de derivación del paciente a los especialistas cuando se creía preciso o el enfermo lo solicitaba. La enfermera que acompañaba habitualmente al médico en la consulta era la que se encargaba de rellenar las recetas y el resto de documentos necesarios. Estas características de la asistencia médica ambulatoria, sobre todo en el ámbito urbano, justifican el deterioro de la imagen y el prestigio profesional y social que padecía esta parte del sistema sanitario (fig. 1.5). La asistencia urgente en las ciudades era realizada por servicios y profesionales diferentes, habitualmente sin ningún contacto o coordinación con los médicos generales, mientras que en los pueblos era asumida inicialmente por los propios médicos de APD.

Desde una perspectiva conceptual, la asistencia prestada en los ambulatorios tenía una orientación exclusivamente curativa o reparadora, era incompleta en la medida en que dejaba fuera de la competencia del médico general diversos problemas y necesidades de salud que eran derivados desde la primera consulta a los especialistas y tenía un bajo nivel de calidad científico-técnica. Los médicos generales y los pediatras trabajaban de forma aislada, sin actividades conjuntas con los restantes profesionales de los ambulatorios.

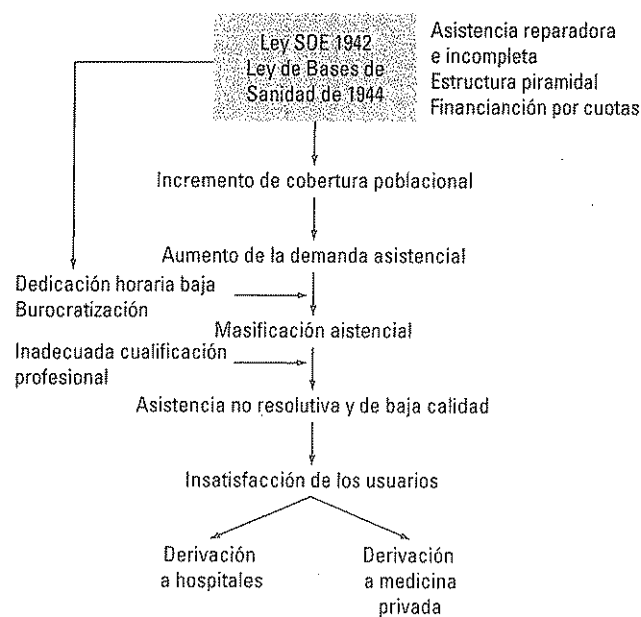


FIGURA 1.5 ■ Elementos negativos de la asistencia médica ambulatoria. De Martín Zurro, 1986.

La reforma de la atención primaria española

Los prolegómenos de la segunda etapa, la de reforma del sistema, se iniciaron en 1978, dos años después del inicio de la democracia en España. Es en este momento cuando se reconoce oficialmente la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria y comienza en 1979 la formación de los primeros profesionales por el sistema MIR (Médicos Internos y Residentes). Entre estos años y 1984 se producen algunos cambios en la orientación y estructura de la asistencia médica ambulatoria, limitados a los centros en los que se desarrollan los programas de formación de los nuevos especialistas: comienza el trabajo en equipo, se amplía la dedicación laboral hasta las 7 horas diarias, se diseñan los primeros modelos de registro de actividad e historia clínica, se programan actividades docentes y de investigación en los centros y se inicia la introducción de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

A comienzos del año 1984 se promulga la primera disposición legal de ámbito estatal sobre la reforma de la asistencia médica ambulatoria. El Decreto de Estructuras Básicas de Salud define las características esenciales de la nueva atención primaria española: el centro de salud, el equipo de atención primaria y la estructuración territorial en zonas básicas de salud. Dos años después la Ley General de Sanidad, cuyos elementos fundamentales ya hemos mencionado, refrenda estas características de la atención primaria y dinamiza el proceso de reforma en el conjunto de las comunidades autónomas del Estado. Los cambios progresan lentamente y no es hasta bien entrada la primera década de este siglo cuando se puede dar por concluida la fase de extensión de la reforma, persistiendo aún hoy algunas bolsas reducidas de profesionales que siguen trabajando de acuerdo con la dedicación y dinámica organizativa de la antigua asistencia médica ambulatoria. La reforma ha mantenido la asignación a cada persona de un médico de familia y un pediatra (en las edades inferiores a 14 años), así como la responsabilidad del médico de familia en el control de las bajas laborales. Los profesionales de referencia siguen ejerciendo una función de filtro (*gatekeeper*) para el acceso a la mayoría de los especialistas consultores.

A comienzos del año 1984 se promulga la primera disposición legal de ámbito estatal sobre la reforma de la asistencia médica ambulatoria: el Decreto de Estructuras Básicas de Salud.

El proceso de reforma de la atención primaria introduce un conjunto de cambios importantes entre los que señalaremos los siguientes:

1. Equipos de atención primaria centrados alrededor de médicos (de familia y pediatras) y enfermeras que trabajan en régimen de dedicación completa.
2. Integración en las consultas de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
3. Ordenación del territorio en zonas o áreas básicas de salud (5.000-25.000 habitantes), cada una de ellas a cargo de un equipo.

4. Coordinación a nivel del Área de Salud con los profesionales que prestan apoyo especializado a los equipos de atención primaria.
5. Retribución mixta (salario, complementos, número de pacientes) de los profesionales.
6. Instauración de la tarjeta sanitaria individual.
7. Docencia e investigación.

El proceso de reforma de la atención primaria en España ha sido evaluado desde diversas perspectivas pero la fiabilidad de los resultados es con frecuencia insuficiente, en muchas ocasiones por la falta de datos o la imposibilidad de comparar los provenientes de las diferentes comunidades autónomas del Estado. Existen estudios que demuestran mejoras en el proceso asistencial (tiempo por consulta, prescripción de fármacos, prevención, etc.) e incluso una disminución de la mortalidad general en poblaciones de bajo nivel socioeconómico (cuadro 1.1).

La atención primaria reformada: problemas y propuestas de acción

En un proyecto publicado en 2009 en el que se analiza la situación de la atención primaria en las distintas comunidades autónomas de España se señalan algunos de los principales problemas con los que se enfrenta a corto y medio plazo (cuadro 1.2) y que en el momento actual (2017) aún no han sido abordados de forma suficiente:

- Necesidad de mejorar la insuficiente financiación del conjunto del sistema sanitario y en particular de la atención primaria, en la que se observa una cierta tendencia al estancamiento de la cantidad de recursos asignados y disponibles.
- Incrementar la autonomía de gestión de los centros de salud y de sus directivos y profesionales asistenciales, actualmente muy escasa o nula y con un control centralizado excesivo que impide el desarrollo

de iniciativas adaptadas a las necesidades locales y la introducción de mayor flexibilidad organizativa y laboral para mejorar la calidad de vida personal y profesional.

- Aumentar las remuneraciones, actualmente bajas y que casi obligan al pluriempleo y desmotivan a los posibles candidatos a elegir este ámbito de actividad. Los ingresos que perciben los profesionales sanitarios y concretamente los de atención primaria se encuentran entre los más bajos de la Unión Europea. Por otro lado, la estructuración salarial no incentiva precisamente la consecución de objetivos y la calidad al no priorizar en mayor grado la compensación en función de los resultados asistenciales conseguidos por el profesional individual y el equipo.
- Disponer de más tiempo para cada consulta, lo que incidiría de forma clara sobre la mejora de la calidad de la atención prestada. La asignación de un número razonable de pacientes a cada médico y enfermera y la disminución de la frecuentación autoinducida pueden contribuir a incrementar la duración de las visitas.
- Diseñar carreras y vías de desarrollo profesional continuo atractivas y motivadoras.
- Potenciar el liderazgo participativo en los centros y equipos y desterrar una designación de los cargos directivos de los mismos basada de forma exclusiva o principal en la confianza política.

La asignación de un número razonable de pacientes a cada profesional médico y de enfermería y la disminución de la frecuentación autoinducida pueden contribuir a incrementar la duración de las visitas.

- Desarrollar una relación del profesional sanitario con sus pacientes más personalizada y favorecer el acceso virtual al mismo a través de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.
- Reconsiderar los ámbitos competenciales de los distintos miembros de los equipos, con referencia especial a los médicos de familia, pediatras y enfermeras. Este nuevo análisis de las funciones y tareas de cada uno de ellos se debe basar en la capacidad demostrada para atender con garantías de calidad y seguridad los distintos tipos de problemas y necesidades y no en una asignación apriorística rígida y puramente estamental o corporativa.
- Planificar y organizar de forma integrada los servicios sanitarios de cada territorio estableciendo vínculos potentes de coordinación y colaboración en la gestión, en la asistencia y en la docencia e investigación entre los recursos de los centros de salud y los de apoyo, con referencia especial a los de salud pública, salud mental y sociosanitarios.
- Analizar de nuevo el dimensionamiento de los centros de salud y de los equipos e incrementar el número de espacios de consulta y para acciones comunitarias en una perspectiva de mayor aproximación estructural y funcional al concepto de centro de salud integral.

CUADRO 1.1

Resultados iniciales de la reforma de la atención primaria (Región Costa de Ponent, Cataluña)

Disminución de la frecuentación en las consultas de adultos
 Aumento de la frecuentación en las consultas de pediatría
 Disminución de las visitas diarias en medicina de familia
 Descenso de las derivaciones (especialistas extrahospitalarios, urgencias, consultas hospitalarias)
 Disminución del gasto farmacéutico

De Martín Zurro, 2003.

CUADRO 1.2

Algunos elementos de cambio para la atención primaria de salud (APS) del siglo XXI

Mejorar la financiación
 Mayor autonomía de centros, equipos y profesionales
 Más tiempo para cada visita
 Flexibilizar la organización del trabajo en los equipos
 Integración de los servicios comunitarios (APS y Salud Pública)

- Flexibilizar el marco laboral de los profesionales y aumentar la autonomía organizativa de los equipos y de cada uno de sus componentes.
- Potenciar el papel gestor de sus pacientes del médico y la enfermera de familia para mejorar la longitudinalidad y continuidad de la atención.
- Profundizar en las estrategias de información y diálogo con la ciudadanía como instrumento de mejora de la participación y de la utilización de los servicios sanitarios.

Atención primaria en otros países

Tras la Conferencia de Alma-Ata el desarrollo de la APS no ha sido uniforme ni ha seguido los mismos derroteros en los distintos países. Ya hemos mencionado que muchas de las críticas a las propuestas de Alma-Ata se centraron en considerar que no eran apropiadas para países desarrollados con sistemas sanitarios potentes y que solo o principalmente podrían ser útiles para los subdesarrollados o en vías de desarrollo. El progreso de la estrategia de APS se ha visto también lastrado por las múltiples interpretaciones, muchas de ellas erróneas o restrictivas, que se han hecho sobre el significado conceptual y organizativo y el ámbito de competencias propias de la atención primaria limitándola a la asistencia médica primaria y olvidando el resto de sus componentes profesionales, campos de actividad e interacciones con otros sectores sociales implicados en la determinación de la situación de salud.

De acuerdo con Barbara Starfield, los países con sistemas sanitarios regulados y organizados como servicios nacionales de salud de naturaleza pública y financiados a través de impuestos son los que han promovido mayores cambios en la línea de las recomendaciones de la Conferencia de Alma-Ata y situado a la APS en un lugar más preeminente. En el caso de Europa han sido los países nórdicos y los del sur del continente los que más han progresado en este sentido. Por el contrario, los centroeuropeos y del este han seguido trayectorias diversas, alejadas en ocasiones de una priorización suficiente de la APS.

Muchos de los países de América del Sur y del Caribe iniciaron a mediados de los años noventa procesos de reforma de sus sistemas sanitarios que han conseguido mejorar algunos indicadores básicos de salud como las tasas de mortalidad perinatal e infantil y la esperanza media de vida. En estos países han crecido, en cambio, otros problemas emergentes como la violencia, la obesidad o el consumo de drogas que están incidiendo de forma muy negativa sobre la situación de salud. A pesar de los cambios impulsados por la Organización Panamericana de Salud (OPS) y los gobiernos nacionales, no se ha logrado incrementar suficientemente la accesibilidad y la equidad de los servicios de salud en gran parte de los países de este continente ni desarrollar sistemas sanitarios en los que la APS tenga la consideración y recursos precisos para poder constituirse como elemento nuclear o central de los mismos. Sin embargo, en países como Argentina, Brasil, Chile, México, Costa Rica, Panamá y Cuba se han realizado progresos importantes en los últimos 15-20 años en este ámbito.

Los países con sistemas sanitarios regulados y organizados como servicios nacionales de salud de naturaleza pública y financiados a través de impuestos son los que han promovido mayores cambios en la línea de las recomendaciones de la Conferencia de Alma-Ata.

En Estados Unidos, al menos antes de los procesos de reforma iniciados en 2010 por la Administración del presidente Obama, con un sistema sanitario no regulado y un 16% de la población sin cobertura sanitaria, la atención primaria se centra en la asistencia prestada en consultas individuales o de centros de salud públicos y privados. Aproximadamente el 20% de la población es atendida por HMO (*Health Maintenance Organizations*) de financiación pública. Las consultas de atención primaria son realizadas por médicos de familia, internistas y pediatras, esencialmente. La orientación comunitaria de la atención es escasa y la APS no siempre es el primer nivel de contacto de los ciudadanos con el sistema sanitario (función de puerta de entrada o *gatekeeper*). Tampoco existe una organización territorial que permita la asignación de un conjunto poblacional a cada médico, grupo o centro. Excepto en las HMO los pacientes pagan directamente el coste de cada consulta y de las pruebas o medicamentos prescritos.

En Canadá el sistema sanitario es de cobertura universal y está financiado a través de los impuestos y los profesionales suelen trabajar en grupos pequeños formados casi exclusivamente por médicos de familia. Excepto en el estado de Quebec la atención no suele tener una orientación comunitaria clara y no hay adscripción personal o poblacional a cada médico o centro. Los médicos son remunerados por el gobierno por cada visita que realizan.

En el continente africano los progresos son aún menores que en América Latina. En el año 2008 la mayoría de los países de África se comprometieron (Declaración de Argel) a fortalecer sus sistemas de salud a partir de estrategias basadas en la APS y con un esquema de prioridades básicas centradas en la mejora de la provisión de alimentos y medicamentos esenciales para combatir el hambre y las grandes epidemias (sida y malaria), respectivamente, y en la potenciación y regulación de las medicinas tradicionales, que son utilizadas por más del 80% de la población.

En Asia, concretamente en la República Popular China, desde principios de la década de los noventa se ha ido incrementando la implantación de la medicina de familia pero no ha sido hasta el año 2006 cuando se ha puesto en marcha un nuevo proceso de reforma del sistema sanitario que prioriza la APS, con una clara orientación comunitaria y basada en la actividad de médicos de familia trabajando en centros de salud. En la India, a pesar de planes teóricos que desde 1983 promueven la APS, se ha avanzado muy poco en la práctica y siguen persistiendo graves problemas de accesibilidad y de falta de equidad en su sistema sanitario. En Japón no existe un nivel individualizado de atención primaria y la asistencia ambulatoria es prestada por especialistas diversos (medicina interna, pediatría y otros). Los pacientes deben pagar una cantidad de dinero más o menos significativa para recibir asistencia (más para los ingresos en hospitales) y medicamentos y existe un 15% de la población menor de 65 años que no tiene seguro sanitario.

En Australia y Nueva Zelanda la atención primaria ha alcanzado un nivel importante de desarrollo tanto desde una perspectiva asistencial como de los programas de formación graduada y de posgrado, cuentan con sociedades científicas potentes y los procesos de reforma de los sistemas sanitarios de estos dos países han prestado atención especial a estrategias basadas en la APS.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

- Martín Zurro A. Atención Primaria de Salud. En: Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Martín Zurro A y Cano Pérez JF, editores. 7.ª ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2016.
El primer libro sobre atención primaria editado en España (1986). En sus capítulos iniciales se exponen los elementos conceptuales y organizativos de la APS
- Martínez Riera JR. Enfermería en Atención Primaria. Martínez Riera JR y del Pino Casado R, editores. Madrid: Editorial Axon; 2006.
Libro que aborda de forma extensa aspectos generales de la APS y específicamente los relacionados con las competencias de los profesionales de enfermería
- Sánchez Vidal A. Manual de Psicología Comunitaria: un enfoque integrado. Sánchez Vidal A, editor. Madrid: Editorial Pirámide; 2007.
Libro que introduce, desde la perspectiva de la psicología, el análisis de las interacciones básicas con la comunidad y de los problemas psicosociales de origen social y familiar
- Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Ed. Masson; 2001.
Libro de referencia para la aproximación comparativa entre distintos países y sistemas sanitarios de la APS así como para el análisis de sus componentes y actividades principales

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Gofin J, Gofin R. Salud comunitaria global: principios, métodos y programas en el mundo. Barcelona: Elsevier España; 2012.
- Macia Soler ML, Moncho Vasallo J. Sistema nacional de salud español. Características y análisis. Enfermería Global 2007;10:1-14.
- Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y grupo de trabajo de atención primaria de salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2007;21:73-84.
- Martín Zurro A, Ledesma Castellort A, Sans Miret A. El modelo de atención primaria de salud. Balance y perspectivas. Aten Primaria 2000;25:48-58.
- Martínez Rodríguez A. Fisioterapia en Atención Primaria. En: Martínez Rodríguez A, coordinador. Madrid: Editorial Síntesis; 2008.
- Navarro López V, Martín Zurro A. La atención primaria de salud en España y sus comunidades autónomas. Barcelona: semFYC ediciones; 2009.
- Rico A, Saltman R. ¿Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. Revista de Administración Sanitaria 2002;21:39-67.
- Starfield B. Is Primary Care Essential? Lancet 1994;344:1129-33.
- Starfield B, Sevilla F, Aube D, Bergeron P, Maeseneer JM, Hjortdahl P, et al. Atención primaria y responsabilidades de salud pública en seis países de Europa y América del Norte: un estudio piloto. Rev Esp Salud Pública 2004;78:17-26.
- Vuori H. ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? Aten Primaria 1984;1:3-4.

ENFOQUE PERSONAL Y FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Bibiana Escuredo Rodríguez • Esther Limón Ramírez

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

INTRODUCCIÓN

ENFOQUE PERSONAL

- Concepto de salud
- Las personas: elementos centrales de los procesos de atención
- El modelo de atención holístico
- Definición y bases de la relación entre los profesionales sanitarios y el paciente
- Atención a las necesidades y expectativas personales en salud
- El profesional como gestor de la salud de los pacientes/usuarios

ENFOQUE FAMILIAR

- Justificación del trabajo con las familias desde la atención primaria
- Familia: definición, funciones, evolución familiar y crisis
- Relación entre familia y salud
- Salud familiar
- Impacto de la enfermedad en el sistema familiar
- Rol de los profesionales sanitarios en la atención familiar

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- La salud incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales.
- El enfoque biopsicosocial de la salud sostiene que existe una estrecha relación entre la persona, la enfermedad y el medio ecológico, social y cultural en donde se desarrollan la enfermedad y sus efectos.
- Las bases de la relación entre los profesionales sanitarios y la persona atendida deben ser la confianza, el diálogo y el respeto a los valores y a la autonomía del paciente.
- El enfoque familiar implica no solo tener en cuenta a cada miembro de manera particular, sino a la familia en su conjunto, lo que hace necesario conocer y valorar tanto los aspectos individuales como la dinámica de las relaciones que se establecen entre ellos.
- Las etapas familiares estructuran un marco de referencia para la comprensión del desarrollo familiar y la aparición de situaciones de salud y enfermedad.
- La familia es un importante recurso para el mantenimiento, la mejora y la recuperación de la salud, pero en ocasiones también puede ser la causa de la enfermedad.
- La enfermedad de un miembro de la familia siempre tiene repercusiones en el resto, especialmente en la cuidadora principal en los procesos de larga duración.
- La atención familiar requiere de un enfoque multidisciplinario que integre las miradas propias de cada disciplina y una visión integral e integrada de las situaciones con el objetivo de promover la salud, prevenir problemas y enfermedades, dar la asistencia necesaria y contribuir a la rehabilitación.

INTRODUCCIÓN

Los profesionales sanitarios de atención primaria deben dar respuesta a las necesidades de salud de las personas a tres niveles: individual o personal, familiar y comunitario, ya que las creencias y los valores de cada persona, así como el soporte y la ayuda necesarias para hacerles frente, provienen en gran parte de las propias personas y de sus familias y están condicionados por la sociedad. En este capítulo se presentan y analizan los conceptos principales relacionados con el enfoque individual y familiar de los procesos de atención de salud.

ENFOQUE PERSONAL

Concepto de salud

Un elemento fundamental a tener en cuenta en el proceso de la atención sanitaria es el concepto de salud del que se parte, ya que marca y orienta el tipo de atención y las prestaciones que se recibirán. El sistema sanitario y sus profesionales tienen como objetivo prioritario el mantenimiento y la mejora de la salud de las personas y comunidades, y por ello es fundamental analizar el concepto de salud, sus contenidos y las implicaciones que tendrá su aplicación sobre la planificación de las actuaciones que deberán llevar a cabo los profesionales con las personas.

El concepto de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia en función de los conocimientos, creencias y valores de cada momento, y ha cambiado su significado según las diferentes épocas históricas o culturas. De la definición clásica de salud como ausencia de enfermedad se pasó a mediados del siglo XX a la que estableció la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la conceptualizó como «un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no simplemente de ausencia de enfermedad». Pero esta definición no estuvo exenta de críticas, principalmente por su carácter utópico, por lo que se propusieron otras más operativas como la de Terris en la que se elimina la calificación de completo al término «bienestar» y se añade el de «capacidad funcional», pasando así de un concepto de salud estático a otro más dinámico y objetivable.

En este sentido, la definición de salud establecida en el *X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana* celebrado en Perpiñán (Gol, 1977) expresa otra forma de entender la salud y añade a la definición de la OMS conceptos ligados a las propias personas (autonomía personal) y a su entorno comunitario (solidaridad) y enfatiza la percepción del disfrute vital: la salud es una forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa.

La salud, tal como plantea Blaxter, puede ser definida desde diferentes perspectivas: falta de enfermedad, equilibrio, comportamientos o estilos de vida, bienestar físico, funcionalidad adecuada, bienestar psicosocial y relaciones sociales. En las últimas décadas a los enfoques más clásicos se han ido incorporando definiciones de carácter más ecológico, sociológico e incluso económico (Gómez y Rabanaque, 2001). A día de hoy no se ha logrado un acuerdo universal sobre la definición de la salud, pero sí lo hay en los elementos imprescindibles que debe incluir:

1. Interacción continua entre persona, comunidad y medio mediante procesos de adaptación y desadaptación.
2. Salud y enfermedad no son situaciones estables sino puntos de un proceso dinámico.
3. Los conceptos salud y enfermedad incluyen aspectos objetivos, subjetivos y culturales.
4. La salud no es un estado absoluto e ideal sino más bien funcional y estratégico.
5. El nivel de salud personal y de la comunidad depende de múltiples factores como el potencial genético, la capacidad de adaptación individual y comunitaria al ambiente, los riesgos y peligros presentes en el mismo y los estilos de vida personales y sociales.

Se asume, asimismo, que hay condicionantes sociales de la salud que son esenciales a la hora de explicar desigualdades (género, educación, situación laboral/posición socioeconómica, entorno y territorio, exclusión social, lugar de origen y disponibilidad y accesibilidad a la atención sanitaria) y cuya provisión se realiza desde sectores no relacionados con el sistema sanitario.

Salud es un concepto que puede tener múltiples interpretaciones. Va más allá de la ausencia de enfermedad, es dinámico y cambiante e incluye aspectos culturales, biológicos, psicológicos y sociales.

Las personas: elementos centrales de los procesos de atención

Para dar respuestas a las necesidades de salud de las personas, los profesionales no solo deben ser conscientes de cuál es su ideal de salud, sino que también deben reflexionar sobre qué paradigma engloba el concepto que tienen de «la persona».

Según Kuhn, un paradigma es una concepción o visión del mundo, es decir, un conjunto de creencias y valores que dan a un grupo o disciplina la posibilidad de identificar, estructurar, interpretar y solucionar problemas particulares bien definidos. A lo largo de la historia se han ido desarrollando paradigmas distintos, lo que ha implicado diferentes visiones del mundo, en ocasiones radicalmente opuestas, que han guiado el desarrollo de la ciencia. En realidad, la evolución paradigmática conlleva la de la concepción de los fenómenos, lo que a su vez implica una evolución del paradigma previo.

Estos procesos evolutivos se han traducido en el ámbito sanitario en las últimas décadas en un menor predominio del paradigma positivista biomédico y en una expansión creciente del integral o biopsicosocial. No debe olvidarse que bajo el paradigma positivista se han logrado grandes avances para la salud, como por ejemplo el control de las epidemias y las enfermedades infectocontagiosas. Sin embargo, este paradigma se ha mostrado insuficiente para abarcar la dimensión real del bienestar de las personas y dar respuesta a los actuales patrones epidemiológicos.

El enfoque biomédico se caracteriza por contemplar a la persona como una máquina compleja que puede analizarse desde el punto de vista de sus partes y que en caso de enfermedad deja de funcionar correctamente y, por tanto, los profesionales de la salud deben centrarse en la identificación de los desajustes y su reparación. El enfoque biomédico prioriza los aspectos biológicos en la génesis de la enfermedad, se centra en el individuo como objeto de estudio y tratamiento y no siempre tiene en cuenta su globalidad, aplica tratamientos y cuidados básicamente reparadores y sintomáticos dirigidos, casi exclusivamente, a personas enfermas y centra prioritariamente las actuaciones en el ámbito hospitalario.

En 1977, George Engel desarrolló un nuevo concepto y enfoque de la atención de salud al que denominó biopsicosocial, en contraposición al enfoque tradicional o biomédico. Este enfoque entiende que existe una estrecha

relación entre la persona, la enfermedad y el medio social en el que se desarrollan la enfermedad y sus efectos. Amplía la idea de salud, en la que se contemplan, además de las variables biológicas, otras de tipo psíquico, social, cultural y ambiental.

Actualmente existe una clara conciencia de que los fenómenos físicos, psicológicos, sociales y ambientales del mundo en que vivimos están íntimamente interrelacionados y, por tanto, son interdependientes. Para describir y poder solucionar los problemas planteados en este contexto de manera adecuada es necesaria una mirada más amplia, holística y ecológica. Es decir, se requiere un nuevo paradigma que implica una transformación fundamental en nuestro modo de valorar y solucionar los problemas.

Este nuevo paradigma nos permite salir del reduccionismo biologista y entrar en la lógica de una coherencia integral, sistémica y ecológica, en una ciencia universal, integradora y realmente interdisciplinaria. Adoptar este tipo de pensamiento implica reconocer que todos los elementos interactúan y tienen efectos sobre los demás y no se definen únicamente por lo que representan, sino, sobre todo, por sus relaciones con los demás.

Desde el enfoque biopsicosocial se concibe a la persona como una unidad integrada por componentes biológicos, psicológicos y sociales, situada en un contexto histórico y comunitario determinado. Se añaden a esta perspectiva las variables psicológicas y socioeconómicas como determinantes del proceso salud-enfermedad. Así, a la dimensión individual de la persona se suma la colectiva. Esto implica que los profesionales sanitarios no solo deben encargarse de curar la enfermedad, sino también de promover la salud y prevenir los problemas teniendo en cuenta a la persona en su contexto.

El modelo de atención holístico

El enfoque biopsicosocial de la salud es un modelo de atención holístico que implica que los profesionales deben integrar en la asistencia los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud, teniendo en cuenta las necesidades cambiantes de la persona a lo largo de su vida y ofrecerle una atención continuada que garantice la longitudinalidad del proceso de atención.

Significa también llevar a cabo una atención integrada que englobe la promoción, prevención, curación y rehabilitación. Y sobre todo requiere un trabajo en equipo interdisciplinario, en el que todos los grupos profesionales que intervienen saben qué competencias deben desarrollar. Además, en aquellas situaciones en las que determinadas acciones puedan ser asumidas por varios miembros del equipo (transdisciplinariedad), sus componentes deben poder trascender la mirada particular de cada una de las disciplinas para generar un conocimiento y una atención nuevos, con un alto grado de compromiso en la consecución de los propósitos y objetivos comunes. Así, la interdisciplinariedad supera la multidisciplinariedad, en la medida que la primera supone interacción e integración y generación de un nuevo cuerpo de conocimientos y la segunda implica que cada disciplina aporta su cuerpo de conocimientos teóricos de forma meramente acumulativa.

La persona es una unidad integrada por un componente biológico, psicológico y social, situada en un contexto histórico y ecológico-comunitario determinado. Como tal debe ser atendida por el sistema sanitario.

Definición y bases de la relación entre los profesionales sanitarios y el paciente

La relación que establecen los profesionales sanitarios y las personas a las que atienden ha sido objeto de estudio desde tiempos inmemoriales, pero es a partir del siglo XX cuando la entrevista clínica se aborda como un área susceptible de investigación científica.

Pese a que se profundiza más en este tema en el capítulo 11, cabe hacer aquí mención de algunos principios de esta relación:

- Es una relación de ayuda entre una persona que cree que su salud está amenazada y otra que cree que puede ayudarla.
- Todos los profesionales sanitarios pueden establecer una relación clínica.
- No es necesario que quien solicite ayuda esté enfermo, el objeto de la relación es la salud.
- Quien consulta no tiene por qué tener una actitud pasiva.

Para que un modelo de relación profesional-paciente se acerque a una situación de equilibrio entre la confianza que el usuario otorga y su capacidad de tomar decisiones tras haber sido correctamente informado debe basarse en el diálogo. El proceso de toma de decisiones deben desarrollarlo de forma conjunta el profesional y la persona que solicita la ayuda, pero no siempre es así. Exponemos a continuación algunos modelos de relación asistencial:

- *Modelo paternalista.* El profesional, desde una autoridad inapelable, da consejos, dicta y juzga comportamientos e interpreta sucesos. No se valora el principio de autonomía del paciente. Se tiene en cuenta la vulnerabilidad del paciente en sentido equivocado; sus opiniones no son tenidas en cuenta o peor aún, no se valora lo que hay tras esas opiniones: sus motivaciones, valores, creencias, temores y frustraciones.
- *Modelo tecnológico.* Surge del poder tecnológico de la biología y la medicina modernas. Se ve al paciente únicamente como un conjunto de órganos, tejidos, etc. y no como una persona. Se confía todo al poder de la técnica, se valoran solo los aspectos fisiológicos de los problemas, ignorando otro tipo de necesidades, como las psicológicas. Los profesionales «técnicos» pueden aparecer fríos y distantes.
- *Modelo de atención centrado en la persona.* Desde el punto de vista conceptual, la atención centrada en la persona (ACP) es aquella que se consigue cuando se pone a la persona en el eje en el que interactúan el resto de dimensiones relacionadas con la evidencia científica, la organización del servicio, equipo, interdisciplinariedad y ambiente (OMS, 2008). No hay una definición universal consensuada de la ACP, aunque una de las más referenciadas es la elaborada por expertos británicos (National Voices, 2014), que

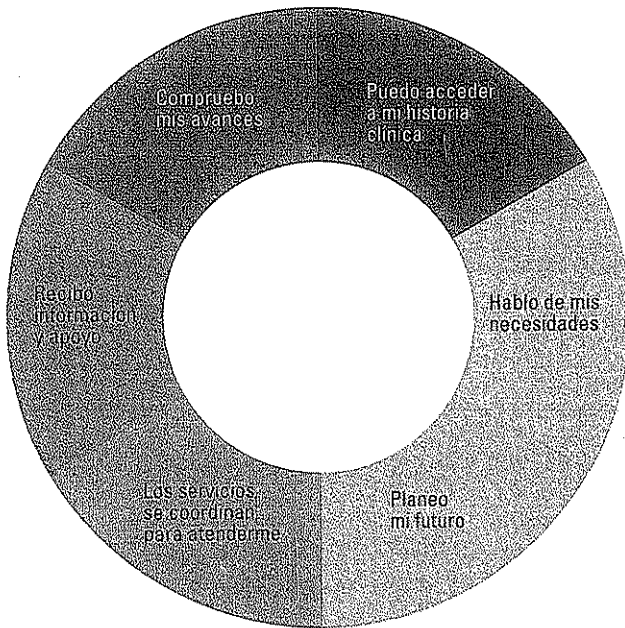


FIGURA 2.1 ■ Elementos principales del modelo de atención a la persona. De elaboración propia.

la definieron así: «puedo planificar mis cuidados con las personas que trabajan para atenderme a mí y a mi cuidador o cuidadores, dándome el control y facilitándome los servicios para conseguir los objetivos que son importantes para mí». Es un modelo de atención que se basa en el respeto a la autonomía, las creencias y los valores de la persona. La confianza se convierte en el elemento principal, ya que los profesionales actúan como técnicos y consejeros pero es la persona con su entorno quien toma la decisión final (fig. 2.1).

En este contexto cabe recordar que la mejor tecnología sigue siendo la comunicación profesional-paciente y el mejor procedimiento para favorecer dicha relación la confianza mutua, basada en el respeto, la comprensión y el afecto. La tecnificación no debería reemplazar o infravalorar nunca la importancia de dicha relación. Independientemente del modelo de relación que se utilice, podemos ilustrar de forma general los factores que intervienen en la relación profesional-paciente con la figura 2.2.

En resumen, la relación profesional-paciente tiene:

- *Un componente técnico*, en el que la formación y experiencia desempeñan un papel importante como determinantes de la calidad científica de la asistencia prestada, aunque no necesariamente de su componente humano.
- *Un componente personal o humano*, que depende principalmente de la capacidad del profesional de «ponerse en el lugar de la persona», es decir, su empatía.

Para corregir la asimetría de la relación, siguiendo lo que Fried ya enunció en 1974, el profesional debería:

1. Comunicar la información de manera inteligible y veraz.
1. Respetar la autonomía y las decisiones del paciente.
2. Cuidar la confianza del paciente y mantener la confidencialidad.
3. Mostrar empatía, compasión y sensibilidad. Tener en cuenta la vulnerabilidad del paciente.

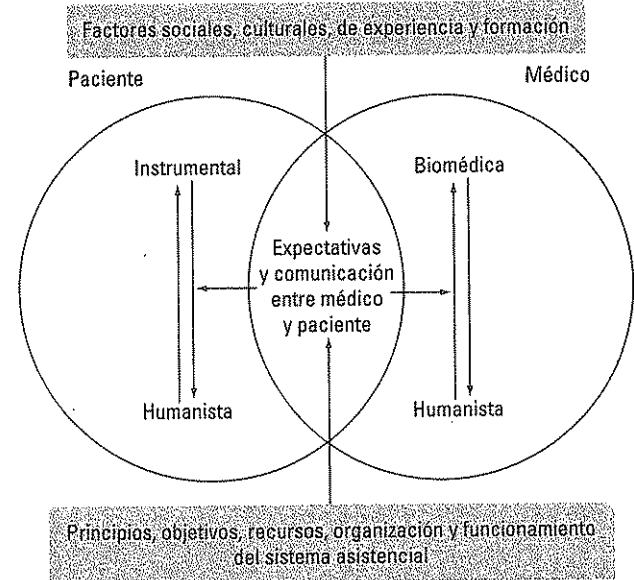


FIGURA 2.2 ■ Relación entre las actitudes de médicos y pacientes. De Girón et al., 2002.

Los aspectos de la relación que valora el paciente se agrupan en tres bloques esenciales: comunicación, impacto personal y profesionalidad (Lings et al., 2003).

La relación asistencial es un proceso continuo, dinámico y cambiante, y específicamente en atención primaria, la continuidad en los cuidados permite el seguimiento del paciente a lo largo de su vida y con ello posibilita el conocimiento del entorno familiar y social de la persona.

El modelo de relación asistencial elegido por el profesional debe establecerse sobre la base del respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y a sus valores.

Atención a las necesidades y expectativas personales en salud

Utilizamos la palabra necesidad para indicar los cuidados que una persona precisa recibir (consumir) para mejorar su estado de salud. También podemos definir de forma más proactiva la necesidad como la capacidad de beneficiarse de un bien o servicio.

Así pues, el concepto de necesidad tiene tanto una vertiente positiva (necesidad de protección) como otra vertiente de necesidad de evitación de riesgos o daños.

Una clasificación operativa categoriza las necesidades de salud en tres tipos:

- *Necesidad sentida*: es aquella que identifica el propio individuo y que puede o no convertirse en demanda de servicios de salud.
- *Necesidad expresada*: es la que las personas acaban manifestando por la utilización que hacen de ciertos recursos y se registra como demanda por los servicios de salud.
- *Necesidad normativa*: es la identificada y definida por los profesionales y organismos sanitarios y se basa

en la morbilidad y la mortalidad por causas evitables. Debe tenerse en cuenta que las necesidades normativas habitualmente no reconocen problemas de salud que, aunque no sean mortales, son dolorosos o producen incapacidad o discapacidad.

Si partimos del modelo holístico, los profesionales sanitarios deben dar respuesta a necesidades muy diversas que varían según el estado de salud, la edad y el sexo, las características de personalidad, las condiciones geográficas y sociales, la disponibilidad de profesionales y recursos, etc.

Las expectativas en el ámbito de la salud se relacionan con la esperanza de realizar o conseguir algo en el marco de la realidad asistencial. En el contexto actual, en lo referente a la salud, vivimos en una sociedad apresurada y convencida de que todo tiene solución, que no espera ante un síntoma y que a menudo demanda, de forma un tanto irreflexiva, soluciones inmediatas a problemas que no las tienen. De este modo, la atención sanitaria es frecuentemente más reactiva que reflexiva o proactiva. En consecuencia, se puede llegar a creer que existe una solución médica fácil para todo, que es externa a la persona y que la ciencia debe pasar por delante del autocuidado. La discapacidad y la muerte se visualizan como componentes ajenos a la propia vida y difíciles de manejar y se tiende a la medicalización. Ante estas expectativas infinitas e irreales de mejoría o curación es difícil que el sistema sanitario pueda dar una respuesta eficaz y sostenible (Grup de Qualitat de la CAMFIC, 2006).

El profesional como gestor de la salud de los pacientes/usuarios

La responsabilidad última sobre su salud es de la propia persona y la de los profesionales es actuar como gestores de su acceso y tránsito por el sistema sanitario, promoviendo el autocuidado y la autonomía, e implementar las actuaciones que cumplan criterios de evidencia científica. Al gestionar las necesidades de salud debe tenerse en cuenta que el sistema sanitario tiene retos demográficos, económicos, sociales, organizativos, lo que hace difícil conciliar la respuesta a las necesidades individuales con las colectivas (libertad individual frente a justicia social).

Uno de los principales valores de nuestro sistema sanitario es la equidad. Concretamente, el acceso a los servicios está condicionado por la valoración que realizan los profesionales de su necesidad y oportunidad. Así, para lograr una atención equitativa los profesionales están obligados a mantener una competencia científica lo más completa y actualizada posible, considerar los valores implicados, apreciar los aspectos positivos y negativos del acto sanitario en cuestión y tener en cuenta los principios de eficacia, efectividad y eficiencia de las actuaciones, es decir, ofrecer la mejor respuesta posible a la persona, teniendo en cuenta su condición clínica y los recursos de que se dispone.

ENFOQUE FAMILIAR

El enfoque familiar de la práctica de la asistencia sanitaria traslada el centro de la atención desde el individuo al grupo de personas que integran la familia. Este cambio en el objeto de atención significa, por un lado, reconocer

y valorar a cada uno de sus miembros en particular y a la familia en su conjunto teniendo en cuenta cada una de sus dimensiones, y, por otro lado, tener presente que cualquier cambio que se produzca en un miembro de la familia tendrá como consecuencia otros en el resto de sus componentes, lo que hace necesario que los profesionales conozcan y valoren tanto los aspectos individuales de cada persona que la integra como la dinámica de relación establecida entre ellos.

Adoptar el enfoque familiar es siempre interesante, pero especialmente en algunas situaciones que se muestran en el cuadro 2.1.

El enfoque familiar implica tener en cuenta a cada miembro que la compone y a la familia en su conjunto y valorar todas sus dimensiones.

Justificación del trabajo con las familias desde la atención primaria

Para progresar en las estrategias de promoción, prevención y recuperación de la salud en atención primaria es imprescindible un abordaje familiar, ya que la familia desarrolla un importante papel de mediadora en la salud de sus miembros (Louro, 2005). Algunos de los argumentos que justifican la necesidad de trabajar con la familia desde la atención primaria se exponen a continuación.

La familia es generadora de las creencias y las conductas que desarrollan las personas respecto a la salud y a la enfermedad. Dependiendo de la cultura y costumbres familiares, los miembros de cada familia asumirán determinados hábitos con relación a la alimentación, ejercicio, descanso, cuidado personal, etc., que pueden contribuir o no a promover su salud y prevenir enfermedades o, por el contrario, constituir un factor de riesgo.

La familia es transmisora del concepto binómico de salud-enfermedad, ya que es a través de las vivencias familiares cómo las personas integran e identifican qué es estar sano o enfermo. Esta integración se hace fundamentalmente mediante dos conceptos, uno de tipo perceptivo, que tiene que ver con sentirse bien o mal, y otro de tipo funcional, que valora si en determinadas circunstancias se

CUADRO 2.1

Situaciones en las que el enfoque familiar adquiere especial relevancia

- Alto nivel de disfuncionalidad familiar
- Utilización excesivamente alta de servicios sanitarios
- Incumplimiento de las prescripciones y recomendaciones profesionales
- Presencia de signos y síntomas mal definidos
- Niños con problemas
- Enfermedades crónicas
- Miembros de la familia con niveles de dependencia elevados
- Problemas de salud mental
- Adicciones
- Violencia intrafamiliar
- Falta de red familiar y social de apoyo

puede o no desarrollar una determinada función biológica o social. Esto es importante porque la percepción de necesidad de atención y la utilización del sistema sanitario dependerán en gran medida del concepto de salud que tengan las personas y/o las familias.

En caso de enfermedad de algún miembro, la atención y los cuidados que dispense la familia son fundamentales para prevenir complicaciones, llevar a cabo el tratamiento de forma correcta, reducir la probabilidad de recaídas y hospitalización y contribuir a una pronta y adecuada rehabilitación. En este sentido, ya en 1946 Fischer y Dolguer corroboraron la relación entre el buen control de algunas enfermedades crónicas como la diabetes y el apoyo familiar.

A menudo los problemas de salud que afectan a un individuo también afectan a su grupo familiar. Esto sucede porque determinados problemas, como la diabetes, hemofilia, ciertos tipos de cáncer, etc., tienen un componente genético que es muy importante conocer y tener en cuenta al llevar a cabo el abordaje familiar, ya que ello puede contribuir a la detección precoz y a mejorar el pronóstico. Por otro lado, cuando un individuo está enfermo, el funcionamiento familiar siempre se ve alterado en mayor o menor grado, ya que, por ejemplo, si un niño está enfermo algún miembro de la familia deberá quedarse a cuidarlo o, si es la madre quien está hospitalizada, algún familiar deberá asumir algunos de los roles que ella realizaba, como ir a la compra, cocinar, etc., así como cambiar su estructura del tiempo para poder dedicar algunas horas a visitarla, cuidarla y darle apoyo.

Muchos psicoanalistas defienden que los síntomas individuales tienen que ver con la estructura y la vivencia global familiar, ya que es en el seno de la familia donde cada uno aprende a identificar y manifestar sus necesidades de una determinada manera y de una forma más o menos inmediata. Si en la familia se presta poca atención a los síntomas, seguramente la persona necesitará sentirse mal durante mucho tiempo y presentar síntomas importantes para decidirse a acudir al sistema de salud.

La atención continuada a las familias constituye un excelente punto de partida para identificar cadenas epidemiológicas y exposiciones a factores de riesgo. En ocasiones, mediante la observación de cómo la madre prepara el biberón en el domicilio, los profesionales identifican el origen de unas diarreas del bebé para las que no había otra explicación posible. Esta atención continuada es también fundamental para aumentar el nivel de salud general y evitar riesgos ligados a los estilos de vida, ya que en definitiva la salud de las familias determina la salud de la comunidad.

La familia es el primer recurso para promocionar la salud, prevenir enfermedades, llevar a cabo tratamientos y cuidados y rehabilitar la salud.

Familia: definición, funciones, evolución familiar y crisis

Definición de familia

La familia, a pesar de los importantes cambios sufridos en su estructura y funcionamiento a lo largo del tiempo, sigue siendo la unidad básica de la sociedad y, por lo que

respecta a la salud, sigue teniendo un papel fundamental en el desarrollo, mantenimiento y recuperación de la salud de los miembros que la integran. A pesar de que la familia nuclear sigue siendo la más frecuente, la realidad nos muestra una amplia gama de formas diversas, lo que nos obliga a precisar qué se entiende por familia, ya que partir de una u otra definición puede implicar dejar sin atención a algunos grupos de la comunidad.

Desde un punto de vista sanitario debe entenderse por familia un grupo social básico constituido por individuos de género femenino o masculino, jóvenes o adultos, unidos por lazos legales, de amistad, relacionados o no genéticamente y que los demás consideran allegados (Berman et al., 2008). Desde el punto de vista de la atención familiar interesa además destacar el hecho de que compartan la misma unidad residencial y la existencia de relaciones dinámicas entre ellos. Sin olvidar que en ocasiones existen unidades familiares que a pesar de no compartir vivienda, dado su compromiso y relaciones interpersonales en relación con los objetivos de salud, a efectos de la atención sanitaria deberán ser consideradas como si se tratara de una sola unidad familiar, existan o no lazos de parentesco entre ellos (Horwitz, 1985).

Así pues, y de cara a la atención familiar, los profesionales de la salud para garantizar la inclusión de todos los tipos de familia deben entenderla como un grupo de relaciones que el cliente identifica como familia o red de apoyo social. Y por otra parte, para desarrollar una buena asistencia deben conocer también la dinámica familiar y su contexto social.

Funciones de la familia

La familia desarrolla una serie de funciones básicas entre las que se encuentra la afectiva, que consiste en la interacción de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia y contribuye a la cohesión del grupo y al correcto desarrollo psicológico personal; la socialización, que implica la transmisión de creencias y valores y la réplica de patrones conductuales; la económica, que consiste en la obtención y distribución de los recursos para subsistir e incrementar el nivel de vida; la satisfacción de necesidades físicas y cuidados de salud; así como el desarrollo y ejercicio de la sexualidad y la reproducción. El que la familia sea o no capaz de cumplir adecuadamente con sus funciones, como se verá más adelante, repercutirá en la salud del grupo familiar.

Evolución familiar: tareas de desarrollo y ciclo vital

Las familias al igual que las personas cambian y crecen con el paso del tiempo. Aunque cada familia es distinta, en general todas ellas suelen pasar por ciertas etapas que implican nuevos retos, necesidades y el requisito de cumplir con ciertas tareas que son esenciales para poder acceder de forma positiva a la etapa siguiente. Los profesionales de la salud pueden fomentar en los individuos y las familias las conductas necesarias para ayudarlos a superar las tareas de desarrollo que les resulten difíciles, así como a hacer frente a los retos de cada fase de desarrollo familiar y a prepararlos para pasar de una fase a la siguiente.

Tareas de desarrollo. A medida que cada miembro de la familia crece, se desarrolla y madura de acuerdo con su edad y con lo que se espera de él según determinadas pautas culturales, el patrón de los papeles de la familia cambia. Tanto los individuos como las familias en su proceso de crecimiento y maduración deben llevar a cabo una serie de tareas de desarrollo. Dichas tareas surgen en determinados períodos de la vida de las personas o en las diferentes etapas del ciclo familiar y su superación conduce a la felicidad y al éxito en la consecución de otras nuevas, mientras que el fracaso acarrea malestar, desequilibrio y dificulta la consecución de tareas posteriores. Por ejemplo, un niño en edad preescolar debe adquirir las habilidades físicas que corresponden al desarrollo motor, como abrocharse los botones de la bata en la guardería. Cuando es capaz de hacerlo y obtiene la aprobación de la maestra y los padres el niño está satisfecho consigo mismo y dispuesto a superar nuevos retos. Entre las tareas de desarrollo individuales se encuentran: lograr un patrón adecuado de dependencia-independencia, recibir y dar afecto, relacionarse con grupos sociales cambiantes, aprender el propio rol biológico, psicológico y social y desarrollar un sistema de símbolos adecuado.

Por otro lado, las tareas de desarrollo familiares incumben a la familia como un todo para que sus miembros crezcan y se desarrollen de una manera sana y satisfactoria. Estas tareas cambian continuamente en la medida que la familia crece, se ajusta y madura. Entre las principales tareas de desarrollo familiares clínicamente relevantes se encuentran: solucionar necesidades físicas básicas de la familia; ayudar a cada miembro a solucionar sus necesidades individuales de desarrollo; solucionar las necesidades emocionales de los miembros; mantener y adaptar la organización familiar y gestionar las necesidades familiares, y su funcionamiento en la comunidad (Duvall, 1977).

Ciclo vital. Duvall introdujo el concepto de ciclo vital, definido como la secuencia de etapas que atraviesa la familia desde su formación hasta su disolución con la muerte de los cónyuges. A nivel individual, las personas a lo largo de la vida atraviesan por determinadas etapas que van desde el nacimiento hasta la muerte, pasando por la infancia, edad escolar, adolescencia, adulto joven, medio y maduro. Cada una de estas etapas tiene unas características que las definen tanto desde un punto de vista biológico como psicosocial.

Los ciclos de vida individuales de los miembros de una familia se ensamblan entre sí para constituir el ciclo de vida familiar. Así pues, las familias crecen y cambian a lo largo del tiempo y en general pasan por las mismas etapas: formación de la familia, etapa de expansión, etapa de consolidación y etapa de disolución. Cada etapa de desarrollo implica necesidades, recursos y retos que la familia debe superar para que se pueda afrontar con éxito la etapa siguiente.

Existen distintas clasificaciones de las fases que componen las etapas del ciclo familiar, una que puede resultar útil desde un punto de vista sanitario basada en la de Duvall es la de Friedman (1998), que sostiene que las familias a lo largo de su existencia pasan por las siguientes fases:

1. Familia inicial, que va desde el inicio de la vida en común hasta el nacimiento del primer hijo.

2. Familia de primera crianza, desde el nacimiento del primer hijo hasta que este cumple treinta meses.
3. Familia con niños preescolares, desde los treinta meses a los seis años.
4. Familia con niños escolares, desde los seis años a los trece.
5. Familia con adolescentes, desde los trece años hasta los veinte.
6. Familia con hijos en fase de salida, que coincide con la marcha de casa del primer hijo.
7. Familia en edad intermedia, desde la marcha del último hijo hasta la jubilación.
8. Familia de envejecimiento, desde la jubilación hasta la muerte del primer cónyuge.

Estas etapas estructuran un marco de referencia para la comprensión del desarrollo familiar y la aparición de situaciones de salud o enfermedad. Por tanto, conocer las necesidades y los principales problemas de salud que se dan en cada una de las fases contribuirá a que los profesionales puedan fomentar las conductas que favorecen la consecución de las tareas fundamentales de dichas fases, ayudar a las familias a que se preparen en la transición de unas fases a otras y desarrollar una atención integral que tenga en cuenta la promoción, prevención, curación y rehabilitación (Friedman et al., 2003). Cuando la familia no consigue adaptarse de manera positiva a los retos de cada fase puede desencadenarse una crisis familiar.

Para prevenir problemas y contribuir a la salud de la familia es fundamental que los profesionales conozcan las necesidades de cada etapa del ciclo familiar.

Crisis familiares

La familia tiene como objetivo preparar a sus miembros para superar los cambios que ponen en peligro la homeostasis o equilibrio personal y familiar. Cuando la familia no consigue adaptarse y mantener el equilibrio pueden aparecer las llamadas crisis familiares que se caracterizan por ser previsibles, generar alteraciones en la función familiar y facilitar la aparición de problemas de salud en uno o varios de sus miembros (Pittman, 1990).

Las crisis familiares pueden producirse por *incremento*, cuando la familia aumenta de tamaño de manera inesperada por un embarazo no deseado o la llegada para vivir en el hogar de algún familiar; por *desmembramiento* ante la muerte, hospitalización o marcha de los hijos; por *desmoralización* cuando se producen situaciones que entran en contradicción con los criterios morales o valores familiares, o por la combinación de los tipos descritos que suele ser lo más frecuente, como la pérdida de un miembro de la familia por autolisis.

En términos generales las crisis pueden ser provocadas por cualquier suceso, sea negativo o positivo, que signifique una contradicción y/o requiera llevar a cabo modificaciones del estatus familiar. Las crisis pueden ser de *tipo normativo*, cuando las familias presentan dificultades para adaptarse a las transiciones de las etapas del ciclo vital y se producen como consecuencia del

enfrentamiento a algunos sucesos de la vida como casarse, quedarse embarazada, jubilarse, etc. Otro tipo de crisis son las *paranormativas* que tienen que ver con la presencia de acontecimientos vitales estresantes (AVE), como separarse, quedarse sin trabajo, tener malas relaciones familiares, problemas económicos, etc., o relacionados más específicamente con la salud, como la hospitalización de un miembro de la familia o que un integrante familiar sufra un accidente, enferme o muera.

Relación entre familia y salud

La familia es el núcleo donde habitualmente se afrontan y se resuelven los problemas de salud de sus miembros y tiene un papel decisivo en la etiología de algunos problemas como alcoholismo, drogadicción, problemas emocionales; en el mantenimiento y pronóstico de la enfermedad; en el cumplimiento del tratamiento, y en el desarrollo de las conductas preventivas.

El nivel de salud de la familia está condicionado por un entramado de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, ambientales y relacionales que se expresan en el modo particular en que cada familia es capaz de promover o no experiencias que potencian la salud y de asumir de manera positiva las necesidades propias de cada etapa de desarrollo de los miembros que la componen. Así pues, la salud familiar estará determinada por la capacidad de la familia de cumplir con sus funciones, adaptarse a los cambios y superar las posibles crisis familiares. Por ello, la familia puede ser tanto un importante recurso para el mantenimiento, mejora o recuperación de la salud como la propia causa de la enfermedad.

Familia como recurso para el mantenimiento y la promoción de la salud

Por un lado, la familia es quien principalmente genera y transmite los valores, creencias, hábitos, costumbres y estilos de vida saludables que conducen a comportamientos que favorecen la salud, y por otro lado, la familia es un recurso primordial en la atención y cuidado de los miembros enfermos, ya que con frecuencia el éxito de la actuación de los profesionales depende en gran medida de la voluntad que tenga la familia de compartir la información sobre el cliente, de si acepta y comprende el tratamiento y los cuidados que se deben realizar y de si está dispuesta a hacerlo. Por otro lado, la atención y los cuidados dispensados por la familia son fundamentales para contribuir al restablecimiento y rehabilitación de la persona enferma, así como para evitar o detectar complicaciones de manera precoz.

Familia como causa de enfermedad

Cuando la familia no es capaz de cumplir con sus funciones, adaptarse a los cambios o superar las crisis familiares puede contribuir a agravar los trastornos existentes o ser causa de enfermedad e incluso, según algunos trabajos, un factor determinante en la aparición de la enfermedad (Casanova et al., 2014). Del mismo modo, cualquier miembro de la familia con un problema de salud puede ser causa de disfunción familiar. Por otro lado, se conoce que algunas

enfermedades se producen tras algunos AVE, mayoritariamente producidos y relacionados con el ámbito familiar. Kraus en 1959 evidenció la relación entre el estrés crónico y el aumento de casos de faringitis estreptocócica. En 1997, Bartrop et al. pusieron de manifiesto la disminución del estado inmunológico y el aumento de enfermedades en personas divorciadas, viudas o con malas relaciones conyugales. Asimismo, en 1982 House et al. se percataron de que la tasa de mortalidad general era superior en los adultos más aislados socialmente por falta de apoyo social, por no tener familia o por un funcionamiento no adecuado de esta.

Salud familiar

Al hablar de salud familiar se mezclan dos aspectos, por un lado la ausencia o presencia de problemas de salud en los miembros de la familia, y por otro lado, y de acuerdo con la teoría de sistemas, la capacidad de la familia para desarrollar sus funciones y dar respuesta a las necesidades físicas, emocionales y sociales de sus miembros. Así, es importante diferenciar el término de *familia sana o enferma*, que hace referencia a la prevalencia e incidencia de la enfermedad en la familia, y el de *salud familiar*, que se refiere a su correcto o mal funcionamiento (De la Revilla y Fleitas, 2008; De la Revilla y De la Revilla, 2011). La Asociación de Medicina Familiar y Comunitaria define la salud familiar como «la homeostasis biológica y social del sistema familiar que resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social».

Para analizar la salud familiar es útil considerar a la familia como un sistema social abierto que interacciona con otros sistemas de la sociedad. El enfoque de la familia como un sistema integral se basa sobre todo en las relaciones interpersonales que se dan entre sus miembros, lo que justifica que la familia es más que la suma de los individuos que la componen, y por tanto la salud familiar también es algo distinto a la suma de las individualidades. Un aporte fundamental de la visión integral familiar es que permite comprender la interacción entre los diferentes componentes de la salud familiar y, al igual que el modelo epidemiológico entiende la salud individual como el equilibrio ecológico entre la persona y su medio, la salud familiar puede ser considerada como el equilibrio entre los elementos internos y externos del grupo familiar. Estos dos enfoques se complementan, ya que el integral proporciona la visión dinámica a lo largo del tiempo, mientras que el epidemiológico aporta la individualidad de cada familia. Así pues, el concepto de salud familiar que se propone integra el estado de salud física y mental individual y el nivel de interacción entre los miembros de la familia y debe entenderse como un proceso dinámico y continuo, susceptible de experimentar cambios a la largo del ciclo vital.

La salud familiar depende en gran medida de la capacidad de la familia de desarrollar sus funciones y dar respuesta a las necesidades físicas, psicológicas y sociales de sus miembros.

Características del buen funcionamiento y salud familiar

Entre los principales determinantes de la salud familiar se encuentran los siguientes: la capacidad de utilizar los recursos familiares y comunitarios para resolver las situaciones de conflicto y crisis; la capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para buscar soluciones; la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo familiar de forma madura permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia; la capacidad de experimentar amor y preocupación por cada miembro de la familia y mostrar emociones como cariño, alegría, pena, etc., y la capacidad de aplicar los elementos con antelación, compartiendo el tiempo y los recursos materiales y de todo tipo de cada miembro de la familia. En definitiva, la capacidad de afrontar y adaptarse a los cambios relacionados con las etapas del ciclo vital familiar y determinadas situaciones generadoras de estrés. Algunos de los elementos que aportan equilibrio y contribuyen a la gestión de los problemas son: la existencia variada y regular de interacciones entre los diferentes miembros de la familia; la definición clara y flexible de los roles familiares; la toma democrática de decisiones; la potenciación de contactos activos con otros grupos y organizaciones sociales; la disposición de relaciones de soporte amplias, y el desarrollo de la especificidad y fortaleza del vínculo conyugal.

Evaluación del funcionamiento del sistema familiar. Apgar familiar

La función familiar se valora a través del cumplimiento de las tareas que le corresponde llevar a cabo a los integrantes del grupo familiar globalmente. El cumplimiento de la función permite la interacción con otros sistemas sociales y, dada su propia naturaleza, está integrada por múltiples dimensiones. Ello explica las dificultades para evaluar el grado de norma función o disfunción, ya que los instrumentos que existen, valoran aspectos parciales y por tanto no permiten medirla de manera absoluta y global.

Apgar familiar

El Apgar familiar fue creado por Smilkstein en 1978 con el objetivo de evaluar el funcionamiento sistémico de la familia e identificar familias de riesgo. Sin embargo, dado que las preguntas indican la satisfacción cualitativa de los miembros en relación a los cinco elementos que constituyen la función familiar, en realidad no mide la función familiar sino la satisfacción. Es un instrumento de autoadministración cuyos parámetros principales son: *adaptación*, que evalúa la ayuda que se recibe de la familia ante los problemas o necesidades; *participación*, que mide la satisfacción en relación con el grado de participación que la familia brinda y permite; *desarrollo*, que hace referencia a cómo la familia acepta y apoya los proyectos y actividades personales; *afecto*, que valora cómo satisface la familia el afecto y responde a las emociones, y *capacidad de resolución*, que mide la satisfacción en cómo se comparten en la familia el tiempo, el espacio y el dinero.

Este instrumento ha sido validado y reevaluado en varias ocasiones y adaptado a diferentes contextos socioculturales

(Gómez y Ponce, 2010). En España en atención primaria se utiliza una versión menos compleja, fácil y sencilla de administrar y adaptada a los objetivos de este nivel asistencial (Bellón et al., 1996). Se aconseja utilizar el cuestionario rutinariamente en todos los pacientes y si no es posible, por lo menos en los enfermos crónicos, los muy frecuentadores, los que presenten múltiples síntomas inespecíficos, los que desarrollen infecciones de repetición sin causa identificable y los pacientes polisintomáticos en los que se perciba un componente psicosocial, particularmente en caso de ansiedad o depresión. Mediante este instrumento los profesionales de atención primaria pueden obtener una primera aproximación para la identificación de las familias disfuncionales. En la tabla 2.1 se muestra el test de autoadministración de Apgar.

Cada pregunta del test se puntúa de 0 a 2 en una escala de Likert. El paciente debe marcar con una x la opción de casi nunca (0), a veces (1) y casi siempre (2). De la puntuación de las preguntas se obtiene un valor entre 0-10. Se acepta que puntuaciones iguales o superiores a 7 son indicativas de buena función familiar, entre 4-6 indican una disfunción moderada y puntuaciones de 3 o menos una disfunción severa. En la experiencia de su uso en atención primaria se considera como indicativo de disfunción familiar solo las puntuaciones correspondientes a disfunción familiar grave, por lo que los resultados se clasifican en dos categorías: disfunción con 3 puntos o menos y normofunción con 4 puntos o más. Para contextualizar mejor los resultados se aconseja utilizar el Apgar conjuntamente con otros instrumentos como el genograma, el ciclo vital familiar, etc. Estos instrumentos se desarrollan en el capítulo 7.

Impacto de la enfermedad en el sistema familiar

Las familias cambian y se desarrollan de diferentes maneras de acuerdo con la naturaleza de los procesos vitales individuales, las interacciones entre sus miembros y los estímulos

TABLA 2.1 Cuestionario de evaluación de la funcionalidad de la familia: Apgar familiar

Función	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			

Calificación: casi nunca = 0; a veces = 1; casi siempre = 2.
Tomada de Bellón SJA et al.

del medio ambiente. En la familia todos los integrantes tienen una importante influencia (lo sepan y quieran o no) en el resto, es decir cada miembro influye en la naturaleza de todo el sistema familiar y a la vez es influido por él. Por tanto, cualquier cambio en una de las partes tiene como resultado cambios en el resto. Así, cuando un miembro de la familia enferma y no puede desarrollar sus roles y funciones familiares, esto tiene un impacto sobre el resto de los componentes que ven afectada su vida cotidiana, ya que por un lado deberán realizar cambios en su estructura del tiempo y por otro deberán desarrollar nuevos roles que se sumarán a los que ya venían asumiendo, con la consiguiente sobrecarga de trabajo y falta de tiempo, lo que suele ser causa de estrés. Otras consecuencias para la familia son la pérdida de independencia porque hay que dedicar tiempo a la atención y/o compañía de la persona enferma y dejar de realizar las actividades propias. Cuando esta situación se alarga mucho en el tiempo se produce agotamiento físico y psíquico de la familia y sus recursos, con la aparición de sentimientos contradictorios y las consiguientes tensiones.

La enfermedad de un miembro de la familia siempre tiene repercusiones en el resto y puede ser causa de crisis familiar.

La enfermedad de un miembro de la familia puede implicar el desarrollo de una crisis con afectación de la totalidad, ya que los roles y responsabilidades que asumía la persona enferma, o bien quedan sin cubrirse durante un período más o menos largo de tiempo o deben ser asumidos por otros miembros, con el agravante de que quizás no se sientan competentes para llevarlos a cabo y la consiguiente sobrecarga que ello suele representar. Por otro lado se genera ansiedad familiar por la preocupación por el pronóstico y las posibles vías de solución del problema. La potencialidad de la familia para hacer frente al estrés que representa la enfermedad depende de la capacidad de afrontamiento de que disponga. Las familias en las que existe una buena comunicación se adaptan mejor, ya que son más flexibles y tienen mayor capacidad para compartir y buscar soluciones pactadas. La extensión de la familia o red de apoyo es otro elemento fundamental, ya que son situaciones en las que se deben asumir importantes cargas y por tanto se necesita ayuda. Es importante que la familia entienda que pedir ayuda es un signo de fortaleza y que enfermeras y médicos y otros profesionales pueden ser parte de su sistema de apoyo.

Entre los factores que determinan el nivel de impacto de la enfermedad en la familia se encuentran: la gravedad del problema, su pronóstico y efectos residuales, la duración, las repercusiones en el funcionamiento familiar, el significado de la enfermedad para la familia y las consecuencias económicas.

La cuidadora informal

La familia forma parte del llamado sistema informal de cuidados, que es aquel que integra la asistencia y el cuidado que proporcionan la familia, los vecinos o los amigos sin que exista ninguna relación contractual y se basa en

unas relaciones personales estrechas. El sistema informal tiene un peso cuantitativo muy importante ya que asume el 80% de los cuidados totales que se dispensan (Casado y López, 2001). Cuando pensamos en la familia como unidad de cuidados hay que tener en cuenta que no todos sus miembros se ocupan por igual del cuidado y la salud familiar. Este es un rol que tradicionalmente vienen asumiendo las mujeres de la familia y, aunque en la actualidad se están produciendo cambios al respecto, mayoritariamente continúa siendo un rol femenino, motivo por el que nos referiremos a la persona que lo asume como cuidadora informal. Los profesionales deben ser conscientes de que asumir este rol no es inocuo, ya que se ha constatado que ejercer como cuidadora informal en procesos de larga duración tiene importantes consecuencias en la vida y la salud de las personas que lo asumen (IMSERSO, 1995).

Según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud del INE de 2000, las cuidadoras presentan por un lado problemas físicos como dolores musculoesqueléticos relacionados con el esfuerzo físico que implica movilizar a personas con poca o nula movilidad, así como cefaleas y cansancio físico relacionados con la intensidad de las demandas del enfermo. Son frecuentes también los problemas psíquicos, como nerviosismo, depresión, insomnio o alteraciones del ciclo vigilia-sueño, y que incrementan los hábitos tóxicos, como el consumo de alcohol y tabaco y también el de fármacos, como ansiolíticos y antidepresivos. Este conjunto de síntomas se ha detectado de manera frecuente entre las cuidadoras y suelen aparecer cuando tienen que dispensar cuidados intensos y continuados durante un período de tiempo prolongado y además viven la situación como una importante sobrecarga. El conjunto de estos signos y síntomas se conoce como el síndrome del cuidador y puede ser medido mediante distintas escalas. Convertirse en cuidadora informal también tiene repercusiones en la vida personal y laboral ya que las cuidadoras se ven forzadas a reducir de manera importante el tiempo de ocio, descanso y relaciones personales, ven afectado el trabajo remunerado y/o los estudios, así como la vida familiar en su conjunto.

Una de las escalas más conocidas para medir la carga del cuidador es la de Zarit, que en 1996 fue validada en nuestro contexto por Salvador Martín. Posteriormente en 2005 Gort elaboró una versión más reducida. El uso de estas escalas en la práctica asistencial puede ser útil para identificar a las cuidadoras de riesgo y poner en marcha las medidas de prevención y/o tratamiento oportunas. Cuando la carga de la cuidadora es muy alta y prolongada, esta acaba por claudicar por agotamiento y sobrecarga, siendo una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario de los pacientes oncológicos terminales (Alonso, 2006). Una estrategia por parte de los profesionales para prevenir la claudicación de las cuidadoras es apoyarlas técnica y emocionalmente, atender sus necesidades de salud y sobre todo contemplar la necesidad de descanso de forma preventiva (Escuredo, 2008).

El coste del cuidado para la cuidadora y la familia será distinto dependiendo de una serie de variables moduladoras como: el proceso por el que la persona se ha convertido en cuidadora, la manera en que sea capaz de afrontar la situación y los apoyos de que disponga. De las tres variables la más importante es disponer o no de ayuda. Las

ayudas pueden provenir del sistema informal, es decir, otros familiares, vecinos y amigos, o del formal, en el que se inscriben el sistema sanitario y el social y pueden ser de tipo económico, instrumental y emocional. Según el Libro Blanco de la Dependencia de 2005, las familias que cuidan en su domicilio tienen la percepción de recibir ayudas escasas tanto del sistema informal como del formal. A pesar de que las cuidadoras informales son auténticas agentes de salud, no se atienden sus necesidades y se les delega una importante carga de la atención. La carga que asumen depende fundamentalmente de la visión que de ellas se tenga desde los servicios sanitarios y sociales del sistema formal. Según Twigg y Atkin el cuidador puede ser tenido en cuenta solo como un recurso o bien como un usuario-cliente. Entender el cuidador informal solo como un recurso implica que el objetivo de atención es únicamente la persona enferma, y por tanto el interés de los profesionales será conseguir mantener el apoyo de la cuidadora durante el mayor tiempo posible y de la manera más efectiva. Por ello este modelo tiene como iniciativas hacia las cuidadoras actividades de tipo informativo, ya sea sobre los problemas y necesidades del enfermo, sobre la evolución de su proceso de salud o sobre el tipo de cuidados que precisa, etc., y por otra parte actividades formativas dirigidas a incrementar su conocimiento sobre los cuidados para que pueda prestarlos de forma más específica, aplicar procedimientos y técnicas más complejas, y aprenda a utilizar nuevas ayudas instrumentales en la atención al paciente. En definitiva, desde este enfoque la cuidadora o se tiene en cuenta de manera marginal o bien se la ignora como sujeto de cuidado. Por el contrario, el enfoque del cuidador como cliente implica, por parte de los profesionales y del sistema formal, reconocer y asumir el impacto que tiene el cuidar en la calidad de vida y la salud de la cuidadora, ya que en muchas ocasiones estas, y como consecuencia del cuidado, se convierten en pacientes de los servicios sanitarios y usuarias de los servicios sociales. Desde este enfoque el objeto de cuidado, además de la persona dependiente, pasa a ser la propia cuidadora, lo que implica que se deberán poner en marcha intervenciones de apoyo y ayuda dirigidas a la cuidadora y que tengan como objetivo la mejora de su salud, calidad de vida y bienestar.

Para evitar las consecuencias del cuidar en las cuidadoras es fundamental que el sistema las contemple no solo como un recurso sino también como usuarias y atienda sus necesidades.

En el sistema formal de nuestro país, y a pesar de que en los últimos años se han llevado a cabo algunas actuaciones que indican un cambio de tendencia en el enfoque, la cuidadora informal ha venido contemplándose únicamente como un recurso o una colaboradora para el cuidado del dependiente. Esta realidad debería cambiar, ya que tener en cuenta a los *cuidadores principales familiares* es una responsabilidad del sistema de salud, y una buena estrategia para prevenir los problemas derivados del cuidado y llevar a cabo una promoción positiva de la salud de este grupo de la población (Escuredo, 2007).

Rol de los profesionales sanitarios en la atención familiar

El Reglamento Marco de funcionamiento de los equipos de atención primaria establece que los equipos estarán formados por personal sanitario (médicos, enfermeras), no sanitario (administrativos y subalternos) y técnicos sanitarios y no sanitarios (trabajadores sociales, especialistas en salud pública, odontología, salud mental, laboratorio, radiología, farmacia, etc.), aunque se considera que el núcleo básico del equipo de atención primaria está constituido por el médico, la enfermera, la trabajadora social y el personal auxiliar polivalente.

El modelo de atención primaria español establece como funciones comunes del equipo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación y la rehabilitación. Para lograr un desarrollo óptimo de estas funciones es necesario llevarlas a cabo de forma integral e integrada. Para asegurar un correcto abordaje de las situaciones de salud y enfermedad familiar es imprescindible trabajar en equipo, lo que no siempre es fácil porque a menudo los profesionales organizan su trabajo más en base a una dinámica estamental vertical que a una asignación de responsabilidades y tareas basadas en la capacidad competencial de los distintos componentes del equipo (Martín Zurro y Jodar Solà, 2011).

Para desarrollar una correcta atención familiar, enfermeras y médicos deberán llevar a cabo acciones de promoción de la salud para lograr un ambiente familiar adecuado y unos estilos de vida saludables, acciones de tipo preventivo para incidir en los factores de riesgo existentes en la familia y contribuir a evitar la aparición de problemas. Asimismo, deberán dispensar la atención médica y los cuidados de enfermería necesarios a nivel individual y familiar, llevando a cabo, cuando sea preciso, la correspondiente derivación y/o coordinación con niveles más especializados. Finalmente, también deberán llevar a cabo acciones que contribuyan a restaurar y rehabilitar a las personas dentro de su grupo familiar, facilitando su incorporación plena a la sociedad. En la tabla 2.2 se indican algunas actividades concretas relacionadas con cada una de las funciones que los profesionales podrían desarrollar.

Por otra parte, la trabajadora social es el profesional que actúa sobre los aspectos sociales de los problemas familiares; es quien mejor conoce los recursos existentes y sus circuitos de acceso y puede derivar las demandas de atención social directa a otros servicios, lo que contribuye a que estos sean utilizados de manera complementaria y con mayor racionalidad; y es también quien puede potenciar la participación, el voluntariado y la ayuda mutua, a través de su contacto con organizaciones no gubernamentales (ONG), asociaciones ciudadanas, grupos de afectados por una determinada problemática social, etc.

Así pues, la atención a la familia requiere en primer lugar de un enfoque multidisciplinario, que integre los diferentes saberes y las miradas propias de cada una de las disciplinas del equipo de salud, además de una atención integrada que englobe los servicios sanitarios y sociales para asegurar la complementariedad que requieren las necesidades de las familias en materia de salud. El interés central de los profesionales al trabajar con las familias debería ser, por una parte, la prevención de enfermedades

TABLA 2.2 Posibles actividades a desarrollar por los profesionales en atención familiar

Funciones	Actividades
Promoción de la salud	Promover el autocuidado Facilitar la socialización, comunicación y aprendizaje de los miembros de la familia Atender las necesidades de cada etapa del ciclo familiar para propiciar un correcto desarrollo neuropsíquico de sus miembros Educar en hábitos y estilos de vida saludables Enfatizar los aspectos protectores de que dispone la familia
Prevención de problemas	Orientación y asesoramiento familiar Preparar a la familia para enfrentarse a las posibles crisis relacionadas con el ciclo vital personal y familiar Estimular el correcto cumplimiento de las funciones familiares Prevenir los riesgos a los que puede estar sometida la familia Disminuir o eliminar los factores de riesgo personales: hábito tabáquico, consumo de alcohol, obesidad, etc. Dar atención emocional Ofrecer apoyos
Curación	Diagnóstico precoz Aplicación de tratamientos Dispensación de cuidados Acciones terapéuticas de apoyo psicosocial Educación y asesoramiento Seguimiento de la evolución del problema y prevención de complicaciones Derivación al segundo o tercer nivel asistencial Seguimiento de los casos que necesiten tratamiento especializado
Rehabilitación	Estimular la recuperación Educar en la adaptación a las limitaciones y en la búsqueda de alternativas Supervisar la progresión del proceso Apoyar la reincorporación social Facilitar el acceso a los recursos

De elaboración propia.

y problemas de salud, y, por otra, la propia promoción y rehabilitación de la salud, ya que como se ha dicho con anterioridad las familias tienen un papel decisivo en la etiología de algunas enfermedades como el alcoholismo y la drogadicción, en el mantenimiento y pronóstico de algunas patologías como la diabetes e hipertensión, en la recuperación y el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas, como seguir o no la dieta recomendada, tomar la medicación de manera correcta y a la hora indicada, llevar a cabo ciertos ejercicios de rehabilitación, etc. La familia también es decisiva en el desarrollo y seguimiento de ciertas conductas preventivas, como vacunar a los niños, protegerlos de las radiaciones solares, etc., y en el desarrollo de estilos de vida sanos, que incluyen entre otros una alimentación equilibrada, realizar ejercicio físico de forma habitual, descansar y dormir lo suficiente.

El propósito fundamental de los profesionales en la atención a la familia debería ser ayudarla a encontrar la mejor solución a sus problemas. En esta línea, los objetivos

de los profesionales en la atención a la familia, de acuerdo con sus competencias, deberían ser:

- Identificar las necesidades y problemas de la familia.
- Ayudar a la familia a dar las respuestas más adecuadas a las necesidades y problemas detectados.
- Prevenir el desarrollo de posibles crisis familiares.
- Constituir un recurso primario para la elaboración/ ejecución del plan de atención y cuidados.
- Determinar la aportación que llevarán a cabo los distintos profesionales y la que deberá asumir la propia familia, ya que esta constituye siempre el primer recurso.

Los profesionales deben ayudar a la familia a identificar recursos, facilitarles el acceso a los mismos y actuar como técnicos asesorándola y acompañándola durante el proceso previniendo el desarrollo de posibles crisis.

Los profesionales y la familia deberán establecer conjuntamente el plan de atención a desarrollar, que deberá incluir tanto las acciones como quienes las realizan, en qué momento y de qué manera. No se debe olvidar que el plan de atención hay que establecerlo siempre con la implicación de la familia, pero teniendo en cuenta los recursos, capacidades, destrezas, disponibilidad y motivación de esta, pues de lo contrario estaría abocado al fracaso o contribuiría al desarrollo de nuevos problemas. Así pues, los profesionales deben tener en cuenta que es imprescindible realizar una clarificación conjunta con la familia de los problemas identificados y de su prioridad, sin olvidar que, aunque son parte del medio familiar, no lo son del sistema familiar y por ello deben respetar los objetivos y deseos familiares aunque no se compartan. Por tanto la toma de decisiones corresponde a la familia y los profesionales deben actuar como técnicos asesorando, dando soporte y acompañando en el proceso.

Al trabajar con las familias, los profesionales desarrollan múltiples roles, ya que actúan como educadores de salud, dispensadores y supervisores de la atención y los cuidados que se proporcionan, identificadores de problemas y posibles cadenas epidemiológicas, gestores y coordinadores entre la familia y los servicios sociales y sanitarios, asesores y consultores ayudando a las familias a identificar recursos y facilitándoles el acceso a los mismos e investigadores identificando las causas de los problemas y sus posibles soluciones. En resumen, los profesionales deben atender a las personas y a la familia en su conjunto para contribuir a que desarrollen y mantengan el mayor grado de salud individual y familiar posible. Para ello se deberá dar la información pertinente para que cada miembro y la familia en su conjunto comprendan la situación de salud o en el caso de enfermedad, el problema, su tratamiento y las implicaciones de todo ello en el funcionamiento familiar. Finalmente, valorar la disponibilidad y capacidad familiar para participar en la atención en el domicilio de la persona que lo requiera y llevar a cabo la educación sanitaria necesaria para garantizar que la familia pueda asumir el tratamiento y los cuidados establecidos. Y por otro lado, desarrollar habilidades y destrezas en los miembros de la familia para que asuman y compartan la responsabilidad

del autocuidado de cada uno de sus integrantes y del grupo familiar, animarlos a verbalizar sus dudas y preocupaciones, orientarlos sobre alternativas y recursos disponibles, facilitarles el contacto con grupos de apoyo y supervisar todo el proceso dándoles el estímulo y apoyo necesarios.

Para trabajar con las familias los profesionales necesitan tener una sólida base de conocimientos respecto al funcionamiento familiar, dinámica de grupos, un marco teórico que proporcione una visión integral para el fomento de la salud familiar y contar con instrumentos que permitan llevar a cabo una correcta valoración familiar. Uno de los enfoques que se ha mostrado más útil para el abordaje de la atención sanitaria de la familia es la teoría de sistemas, que se aborda en el capítulo 7. Respecto a los instrumentos de valoración, existen algunos que son fáciles de utilizar en el contexto de la consulta médica o de enfermería como el eco-mapa, el mapa familiar y el genograma (Yurss, 2001). Estos instrumentos son útiles para entender mejor las relaciones familiares y la posición de la persona que consulta dentro de ella, las líneas de transmisión de enfermedades, algunas informaciones sociales de relevancia, etc., y permiten incluir categorías de información relativas a la familia para la resolución de problemas.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Friedman M, Bowden V, Jones E. Family Nursing: research, theory and practice. 5.ª ed. New Jersey: Prentice Hall; 2003.

En esta obra se aborda el estudio de la familia desde un punto de vista sanitario de una manera muy completa y práctica. Aunque está dirigido de manera específica al estudio y la asistencia a las familias por parte de los profesionales de enfermería, muchos de sus contenidos pueden ser también de gran utilidad para la comprensión y el abordaje global familiar de otros profesionales sanitarios, como médicos, trabajadoras sociales, etc., que tengan la responsabilidad de atender a las familias desde un punto de vista sanitario y/o social. Se estructura en cuatro grandes bloques: Conceptos introductorios respecto a la asistencia familiar; Fundamentos teóricos de la atención a las familias; Práctica enfermera con las familias y Diversidad cultural de las familias.

Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J, editors. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. 7.ª ed. Madrid: Elsevier España SL; 2014.

Esta obra, de reconocido prestigio entre los profesionales de atención primaria, consta de dos tomos. En el primero se presentan los principios de la atención primaria de salud, las bases metodológicas y se explican conceptos clave como prevención y promoción de la salud y abordaje de los factores de riesgo. En el segundo tomo se entra en detalle en el abordaje de los principales problemas de salud que se atienden en las consultas de atención primaria.

Revilla L de la. Bases teóricas, instrumentos y técnicas de la atención familiar. Granada: Adhara; 2005.

Esta obra está dividida en dos partes. En la primera se analiza la relación entre la institución familiar y el proceso salud-enfermedad. Se presentan las bases teóricas de la atención sanitaria a la familia y el abordaje de la atención familiar desde la consulta de atención primaria. En la segunda parte se abordan las técnicas para el estudio de la estructura y el ciclo vital familiar; los acontecimientos vitales estresantes, la red y el apoyo social y la función familiar.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Alonso A. Atención a la familia. Aten Primaria 2006;38(Supl 2):14-20.
Bartrop RW, Luckhurst E, Lazaros L, Kiloh LG, Penny R. Depressed lymphocyte function alter bereavement. Lancet 1997;1:834-7.
Bellón SJA, Delgado SA, Luna CJD, Lardelli CP. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996;18(6):289-96.
Berman A, Snyder S, Kozier B. Fomento de la salud familiar. In: Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G, editors. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y prácticas. 8.ª ed. Madrid: Pearson; 2008. p. 420-41.

Casado D, López G. Vellea, dependencia i atencions de llarga durada: Situació actual i perspectives de futur. 1.ª ed. Barcelona: Fundació La Caixa; 2001.

Casanova L, Rascón ML, Alcántara H, Soriano A. Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. Salud mental 2014;37(5):443-8.

Duvall EM. Family development. 5.ª ed. Filadelfia: Lippincott; 1977.

Escuredo B. Las enfermeras ante las consecuencias de las políticas de dependencia para las familias. Rev Rol de Enfermería 2008;31(5):342-52.

Escuredo B. Las políticas sociales de dependencia en España: contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales. Revista de Investigaciones Sociológicas (Reis) 2007;119:67-89.

Friedman M. Family nursing: theory and assessment. 4.ª ed. Stamford: Appleton y Lange; 1998.

Friedman M, Bowden V, Jones E. Family Nursing: Research, Theory and Practice. 5.ª ed. Nueva Jersey: Upper Saddle River; 2003.

Girón M, Beviá B, Medina E, Simón Talero M. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. Rev Esp Salud Pública [Internet] 2002; [consultado 12 de abril de 2017];76(5):561-75. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500016&lng=es.

Gol J. La Salud. Annals de Medicina. 1977;LXIII: 1025-40.

Gómez Clavería FJ, Ponce Rosas ER. Una propuesta para la interpretación de la Family Apgar. Aten Fam 2010;17(4):102-6.

Gómez LI, Rabanaque MJ. El concepto de salud. In: Colomer C, Álvarez-Dardet C, editors. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2001. p. 3-12.

Gort AM, March J, de Miguel M, Ballesté J. Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. Med Clin (Barc) 2005;124:651-3.

Grup de Qualitat de la CAMFIC. Malalts de salut [Internet]. 2006 [consultado 12 de abril de 2017]. Disponible en: http://projectes.camfic.cat/CAMFIC/Seccions/GrupsTrebball/Docs/Qualitat/malalts_de_salut_final.pdf.

Holmes TS, Rahe RH. The social readjustment rating scale. J Psychosom Res 1976;11:213-8.

House JS, Robins C, Metzner HL. The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. Am J Epidemiol 1982;116:123-40.

Horwitz N. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol Of Sanit Panam 1985;2:20-35.

IMSERSO. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. 1.ª ed. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. IMSERSO; 1995.

Lings P, Evans P, Seamark D, Seamark C, Sweeney K, Dixon M, et al. The doctor-patient relationship in US primary care. J R Soc Med 2003;96:180-4.

Louro I. Modelo de salud del grupo familiar. Rev Cubana de Salud Pública 2005;31:332-7.

Marcos B. El desarrollo familiar. Asesoramiento familiar. En: Revilla L de la. Manual de atención familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta. Vol. II. 1.ª ed. Granada: Fundación para el estudio de la atención a la familia; 1999.

Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev Gerontol 1996;6: 338-46.

Martín Zurro A, Jodar Solà G. Atención Primaria de Salud y atención familiar y comunitaria. In: Martín Zurro A, Jodar Solà G, editors. Atención Familiar y Salud Comunitaria. 1.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.

National Voices. Person centred care 2020: calls and contributions from health and social care charities [Internet]. 2014 [consultado 9 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.nationalvoices.org.uk/sites/default/files/public/publications/person-centred-care-2020.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. Introducción y Panorámica. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención Primaria de salud. Más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.

Pittman F. Una teoría de las crisis familiares en momentos decisivos. 1.ª ed. Barcelona: Paidós; 1990.

Potter PA, Perry GA. Fundamentos de enfermería. 5.ª ed. Madrid: Harcourt Mosby; 2001.

Revilla L de la, Fleitas L. Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en Atención Primaria. In: Martín Zurro A, Cano JF, editors. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier España SL; 2008. p. 89-106.

- Revilla L de la, Revilla E de la.. Intervención de los problemas de salud desde la perspectiva familiar. In: Martín Zurro A, Jodar G, editors. Atención Familiar y Salud Comunitaria. Barcelona: Elsevier España; 2011. p. 331-52.
- Smilkstein G. The family Apgar: A proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1979;6:1231-9.
- Suárez Cuba A, Alcalá Espinoza M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med La Paz* 2014;20(1):53-7.
- Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. México: Siglo XXI; 1980.
- Twigg A, Atkin K. Carers perceived. Policy and practice in informal care. 1.ª ed. Filadelfia: Open University; 1994.
- Yurss I. Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. Instrumentos de abordaje familiar. *Anales Sis San Navarra* 2001;24(Supl 2):73-82.

CIUDADANOS Y PACIENTES

M.ª Dolores Navarro Rubio • Pablo Gálvez Hernández • Montserrat Virumbrales Cancio

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

INTRODUCCIÓN

CIUDADANOS Y PACIENTES

Cambios sociales y sanitarios
La transición educativa de la población
Ciudadanos y pacientes

EL NUEVO MODELO DE PACIENTE

La relación entre el profesional sanitario
y el paciente activo

El paciente en la toma de decisiones
individual

PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

Participación activa
Instrumentos de participación
Formas de participación
Ejemplos de participación

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- Ciudadanos y pacientes, en particular, cuentan en la actualidad con un nivel de formación más elevado que en generaciones anteriores y pueden acceder de forma rápida y sencilla a información sobre salud y calidad de vida.
- Los pacientes están incorporando nuevos roles en su relación con los profesionales sanitarios, participando de forma activa en el proceso de toma de decisiones respecto a su salud.
- El paciente empoderado es una persona que, a partir de la información que obtiene sobre su salud, se responsabiliza y se implica en su cuidado.
- Entre los derechos básicos del paciente se hallan el trato respetuoso, la intimidad, la información clara y comprensible y la confidencialidad. Entre sus responsabilidades se encuentran el cumplimiento terapéutico, el cuidado de su propia salud y la buena utilización de los recursos sanitarios.
- La participación de los pacientes en la toma de decisiones, bien sea a nivel individual o colectivo, supone la aceptación de estos como grupos de opinión (asociaciones o foros de pacientes) cualificados para incidir en las administraciones sanitarias.
- Entre las diferentes estrategias de participación, la participación comunitaria en salud es una de las más desarrolladas en la actualidad como instrumento estratégico de la atención primaria.
- La participación comunitaria en salud supone conocer bien la situación de partida que se da en

la comunidad, incorporar ideas o alternativas en la planificación de salud y procurar el apoyo a la gestión del proceso.

- Existen ya diferentes ejemplos de participación del paciente en la toma de decisiones individual o colectiva, tanto a nivel nacional como, sobre todo, internacional.

INTRODUCCIÓN

La sociedad actual se encuentra inmersa en un momento de gran cambio en todas sus esferas, tanto demográfica, económica, cultural o tecnológica como también sanitaria. La población, en líneas generales, cuenta hoy con un mayor nivel formativo y puede acceder de forma rápida a gran volumen de información sobre salud.

A esta situación se une también el cambio experimentado en el tipo de relación que se establece entre el profesional sanitario y el paciente. Esta deja de ser una relación tan paternalista como la que se ha producido de forma tradicional y pasa a ser una relación en la que el paciente adquiere un papel más activo a la hora de hablar con el profesional de su problema de salud y tomar decisiones conjuntamente en lo que se refiere a valores, preferencias o actitudes ante la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento.

Así, hoy en día se pueden dar diferentes formas de participación de los pacientes en la toma de decisiones, bien sea a nivel individual o colectivo. Para que esta participación sea productiva, es necesario sin embargo que tanto pacientes y ciudadanos como profesionales y las propias instituciones sanitarias se preparen para ello.

CIUDADANOS Y PACIENTES

La sociedad actual se encuentra inmersa en un momento de gran cambio en sus diferentes esferas o ámbitos, bien sea a nivel demográfico, político, económico, tecnológico o cultural. En este sentido, uno de los principales agentes que intervienen en esta situación es el papel que desempeña la ciudadanía en cada una de dichas esferas. Una ciudadanía que desea ser partícipe de lo que ocurre en la sociedad y que, como tal, interviene cada vez más en los procesos de toma de decisiones (Jovell et al., 2006).

Pero es precisamente en la esfera sanitaria donde estos cambios se perciben quizá de una manera más clara. Así, la persona que un día pasa a ser también paciente incorpora su experiencia en participación ciudadana a su nuevo papel como enfermo en lo que se conoce como empoderamiento (*empowerment*) del paciente. El ciudadano-paciente de hoy cuenta con un nivel de formación superior al de la población general de hace unas décadas y puede acceder de forma rápida y sencilla a información sobre salud y calidad de vida.

Como consecuencia de esta situación, los pacientes en la actualidad tienden a ser personas comprometidas con su salud y consideran la información como un derecho que les permite poder llevar a la práctica dicha participación, bien sea a nivel individual como persona enferma o a nivel colectivo, representando a otros pacientes.

Cambios sociales y sanitarios

Hoy en día los sistemas sanitarios han de hacer frente también al cambio que se está produciendo en diferentes áreas de la sociedad. Así, al ya conocido envejecimiento de la población autóctona se une ahora la incorporación de nuevos grupos (personas que llegan de otros puntos de la geografía), inmigrantes, con cultura, tradiciones, costumbres, hábitos, incluso muchas veces, idiomas y prácticas sanitarias diferentes.

La población se encuentra organizada además de manera distinta a como lo estaba hace unas décadas, estableciéndose otras formas de convivencia o estructuras familiares aparte de la ya tradicional familia nuclear (compuesta por ambos progenitores e hijos), con un cambio en las funciones y en el rol común entre mujeres y hombres, iniciado sobre todo desde la mayor incorporación de la mujer al mundo laboral, o el papel de esta como cuidadora informal, entre otras muchas situaciones de cambio social.

En este contexto, el sistema sanitario y sus profesionales se han de capacitar para atender, de la mejor forma posible, las nuevas necesidades de la población a la que han de prestar sus servicios. Esta sociedad exige cada vez más a los profesionales sanitarios que den respuesta, no solo a las demandas de actualización constante de su especialidad, sino también a la complejidad del proceso asistencial, la multidisciplinariedad de las intervenciones realizadas, la incorporación de nuevas tecnologías o el coste asociado que todo ello conlleva. A esta situación se une la dificultad añadida de escasez o limitación de recursos económicos, materiales o incluso de profesionales, en un contexto, además, en el que las demandas y las expectativas de ciudadanos y pacientes, como ya se ha comentado, son cada vez mayores.

Los profesionales sanitarios han de conocer los valores y preferencias de los pacientes y adoptar el modelo de atención más apropiado para cada uno de ellos.

La transición educativa de la población

Sin embargo, uno de los cambios quizá más profundos ocurridos en la sociedad actual es la llamada transición educativa. Hoy en día, la población general cuenta con un nivel educativo o de estudios formalizados más alto que el de las personas de décadas anteriores y, a través del auge y el avance experimentado por las tecnologías de la información y la comunicación, puede acceder a información sobre salud de forma muy rápida y sencilla (McMullan, 2006). Como ejemplo, la tabla 3.1 muestra el resultado de una búsqueda de información sobre salud a través de Google en la actualidad. En cuestión de segundos se puede encontrar y acceder a un gran número de páginas que hablan sobre una enfermedad o condición clínica. Y si bien es cierto que no toda la información a la que se accede a través de la red cumple con unos criterios mínimos de calidad y rigor ni el ser humano es capaz de asimilar tal cantidad de información, el hecho es que dicha información se encuentra ahí, en menos de un segundo, «a golpe de un clic».

Además, actualmente el ciudadano entiende la salud como un bien individual y subjetivo, algo por lo que quiere luchar y participar. De esta forma, los pacientes están incorporando nuevos roles en su relación con los profesionales y con los servicios sanitarios que utilizan. Expresan la necesidad y el deseo de acceder a información de salud actualizada y en un lenguaje comprensible, así como de alcanzar conocimientos básicos sobre su enfermedad y el manejo o abordaje de esta (Jovell y Navarro Rubio, 2008). Esta situación también implica un cambio importante en la relación con los profesionales sanitarios, ya que supone el paso de un modelo paternalista a otro deliberativo y basado en la toma de decisiones compartidas.

TABLA 3.1 Resultados de búsqueda sobre determinadas enfermedades, años 2010 y 2017*

Enfermedad	Número de páginas (septiembre, 2010)	Número de páginas (abril, 2017)
Osteoporosis	381.000	428.000
Infarto	2.890.000	10.500.000
Obesidad	3.780.000	12.200.000
Fibromialgia	766.000	392.000
Cáncer	10.900.000	36.300.000
Diabetes	477.000	23.400.000
Asma	2.500.000	1.700.000
Hipertensión	2.050.000	4.430.000
Migraña	473.000	497.000

*Búsqueda en Google. Páginas en castellano.

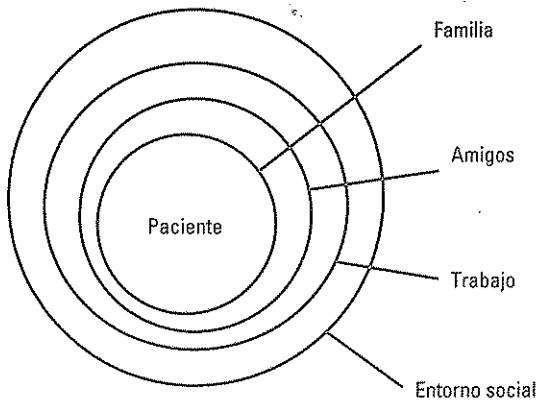


FIGURA 3.1 Esquema de relaciones del paciente.

El acceso a la información sobre temas de salud y un mayor nivel educativo de la población favorecen la aparición de un nuevo modelo de paciente más activo y responsabilizado ante el cuidado de su propia salud.

Ciudadanos y pacientes

De todas formas, es necesario diferenciar entre ciudadano y paciente, entre población general y personas enfermas, existiendo así una transición de la condición de ciudadano (llamado también consumidor, usuario o cliente de los servicios sanitarios) a la de paciente o persona enferma y sus cuidadores o familiares más inmediatos. Este paciente se encuentra, además, incorporado en un entorno relacional que influirá también en él y que se verá a su vez influenciado, de forma directa o indirecta, por la enfermedad (fig. 3.1).

Así, desde el punto de vista de los pacientes existe un antes y un después al momento del diagnóstico o cuando la persona es consciente de que padece una enfermedad o de que tiene una discapacidad o minusvalía que, seguramente, afectará su forma de vida en el futuro. Este impacto se produce también en el seno de la familia, reproduciéndose en ella el ciclo de la enfermedad en el que, a partir de un diagnóstico o un impacto en el día a día, los miembros de la familia se reorganizan para intentar dar una respuesta aguda a ese momento de crisis. Así, por ejemplo, si algún

miembro de la familia ha de ser hospitalizado, alguien se tiene que quedar en el hospital con el enfermo, alguien se ha de ocupar de las otras personas a cargo (niños o ancianos), se han de reorganizar los horarios, quizá también las jornadas laborales, etc. Si la situación se cronifica, bien sea por una estancia larga en el hospital, por una incapacidad del enfermo o por un cambio en sus funciones diarias, la organización interna de la familia vuelve a estructurarse para dar paso, en este momento, a una respuesta que se adapte a dicha cronificación en el tiempo, y así sucesivamente hasta conseguir una cierta normalización del funcionamiento interno de la familia. La figura 3.2 presenta el desarrollo de este ciclo vital entre salud y enfermedad en el seno de una familia.

Para el paciente y su familia, existe un antes y un después al momento del diagnóstico.

EL NUEVO MODELO DE PACIENTE

La relación que se ha ido estableciendo históricamente entre el profesional sanitario y el paciente ha sido, hasta la actualidad, asimétrica. En ella, el profesional, normalmente el médico, gracias a su experiencia, conocimiento y habilidades técnicas sobre la salud y la enfermedad, ha sido quien ha contado con el poder de decisión respecto al paciente. A su vez, el paciente ha delegado en el médico la responsabilidad de la toma de decisiones, adoptando un papel más pasivo y de aceptación de dichas decisiones (Navarro Rubio et al., 2008).

Ya más recientemente, con la evolución que ha experimentado la ciudadanía, se ha producido un cierto cambio en la relación entre profesionales sanitarios y pacientes. La relación establecida entre profesional y paciente en estos casos es más colaborativa y tiende a hacerse más simétrica en el proceso de toma de decisiones. Este cambio favorece la aparición de la figura del paciente informado (McMullan, 2006; Navarro Rubio et al., 2008).

El paciente informado y empoderado es una persona que, a partir de la información que obtiene a través de los diferentes canales (profesionales, asociaciones de pacientes, medios de comunicación, internet, etc.), se responsabiliza

CICLO FAMILIAR SALUD-ENFERMEDAD

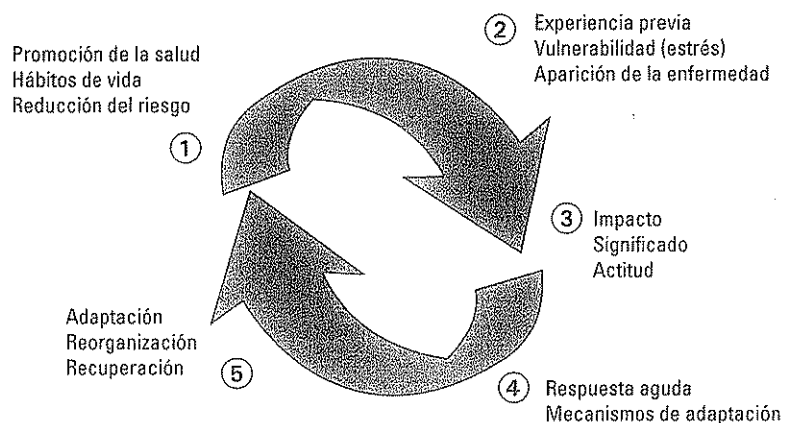


FIGURA 3.2 Ciclo familiar salud-enfermedad. Adaptada de Doherty y Capmbell, 1990.

CUADRO 3.1 Beneficios del paciente informado y empoderado

Mayor vitalidad
 Reducción de la fatiga
 Más ejercicio físico
 Mejoría en las relaciones sociales
 Mejoría en la comunicación con los profesionales sanitarios
 Aumento en el nivel de satisfacción general y con la atención recibida
 Mayor autoeficacia
 Mejor nivel de cumplimiento con las indicaciones terapéuticas
 Reducción en la percepción de dolor
 Reducción del número de visitas a atención primaria no concertadas
 Reducción de las visitas a urgencias
 Disminución en el número de hospitalizaciones y de las estancias hospitalarias

y se implica para cuidar su salud. Se trata de un paciente consciente de su enfermedad o situación, comprometido en mejorar su condición clínica y su calidad de vida y que suele cumplir mejor con el tratamiento indicado. Colabora más con los profesionales que lo tratan y puede ayudar a otros pacientes a formarse y a contribuir en la mejora de los servicios sanitarios (Kiesler y Auerbach, 2006). El cuadro 3.1 muestra los beneficios del paciente informado y empoderado.

La relación entre el profesional sanitario y el paciente activo

El intercambio de información y la comunicación que se produce durante la consulta o visita médica representan uno de los momentos más importantes de la relación entre profesional y paciente. Este encuentro sentará las bases del sentimiento de confianza necesario para el seguimiento de la situación del paciente. Sin embargo, durante la consulta se produce algo más que un simple intercambio de información: el paciente acude por un problema de salud al que el médico intenta dar solución. Esta situación, así como las características de la información personal que se comparte durante la visita, hace que tanto profesionales como pacientes hayan de tener en cuenta una serie de derechos y deberes o responsabilidades en los que se ha de basar la relación (Mierzewski, 2005; Navarro Rubio et al., 2008).

Entre los derechos básicos del paciente durante el acto médico podrían destacar el de ser tratado con respeto, que se cuide de su intimidad, que se le ofrezca información clara y comprensible, que se le proporcionen pautas a seguir y se le garantice la confidencialidad de todo lo que ocurra en la visita o que esté relacionado con ella. El paciente, por su parte, también ha de tratar con respeto al profesional, colaborar en lo que se le solicite, proporcionar información adecuada y precisa sobre lo que le ocurre y cumplir con el tratamiento o plan terapéutico que se le indique (tabla 3.2).

De hecho, si se produce un buen nivel de comunicación entre ambos y se intercambia la información necesaria, será más probable conseguir una buena respuesta al problema de salud o a la situación que generó la consulta. En general, el paciente que se siente bien tratado se mostrará más satisfecho con la visita y presentará una actitud más positiva hacia la conducta o el plan de tratamiento a seguir, lo que

TABLA 3.2 Información que se intercambia en la consulta

De profesional a paciente	De paciente a profesional
Preguntar y entender qué le ocurre al paciente	Explicar al profesional lo que le ocurre
Establecer un plan diagnóstico y terapéutico	Preguntar lo que no haya quedado claro o las dudas que surjan
Informar al paciente de la situación y de lo que se ha de hacer a continuación	Entender lo que ha de hacer a continuación y seguir la pauta indicada

Adaptada de Navarro Rubio et al., 2008.

favorecerá, a su vez, una mejor y más rápida respuesta o solución ante el problema de salud. En este sentido, la población general ha expresado en varias ocasiones que confía en el sistema sanitario y en sus profesionales, mucho más que en otros colectivos de la sociedad (Jovell et al., 2007; Jovell y Navarro Rubio, 2008).

Pero, además de los aspectos generales que favorecen una buena relación, como podrían ser una actitud abierta, positiva, habilidades comunicativas o la percepción que se tiene del otro, el grado de satisfacción con la consulta se verá afectado por aspectos como establecer un buen clima de diálogo antes de entrar en temas concretos de diagnóstico o tratamiento, apoyar y valorar las acciones o actitudes positivas del paciente respecto a su situación, animarlo a continuar, valorar los pequeños logros o avances y mostrar interés por sus comentarios, dudas o preocupaciones. El lenguaje corporal también es importante a este nivel, por ejemplo asintiendo con la cabeza mientras se escucha o se escribe, mostrando una actitud atenta e interesada por el paciente, sonriendo en algún momento, mirando a los ojos y, en definitiva, mostrándose cercano.

Se podría decir que las condiciones necesarias para establecer una buena relación médico-paciente y, por tanto, para mejorar el nivel de satisfacción de ambos con la consulta serían la existencia de un ambiente abierto y de confianza, con una planificación de los pasos a seguir, mostrando interés por los comentarios y la opinión del otro y con un espacio para la comunicación.

Para conseguir este nivel de relación es necesario que los médicos y el resto de profesionales sanitarios, así como los pacientes, puedan prepararse para ese encuentro (la consulta o visita médica) tanto en habilidades comunicativas como en la gestión del tiempo y de la complejidad que alcanzar un buen estado de salud conlleva.

El intercambio de información y la comunicación que se producen durante la consulta o visita médica representan uno de los momentos más importantes de la relación entre profesional y paciente.

El paciente en la toma de decisiones individual

En el contexto actual de incertidumbre respecto a la escasez de recursos y a la sostenibilidad del sistema sanitario, se está promoviendo la corresponsabilización de pacientes y ciudadanos (junto con los profesionales) en el cuidado

de su propia salud y la utilización adecuada de los recursos y servicios sanitarios. Este hecho es imprescindible para mejorar la calidad asistencial, reforzar la confianza en las instituciones y en los profesionales sanitarios; pero también lo es para considerar el valor que adquiere la experiencia del paciente en su vivencia personal de la enfermedad. Esto implica, necesariamente, una mayor educación cívica de pacientes y ciudadanos, así como la mejora de la calidad de la información que reciben los pacientes y de sus capacidades y habilidades con relación a la gestión de enfermedades crónicas.

Sin embargo, la aparición de este nuevo modelo de paciente más activo no ha ido acompañada de un aumento general de la alfabetización sanitaria, también llamada *health literacy*, de la población (Neilsen-Bohlman, 2004; Navarro Rubio et al., 2016). De esta forma, los ciudadanos perciben la asimetría de información y conocimiento respecto a los profesionales como un elemento que dificulta su participación en los procesos de toma de decisiones que afectan a su salud.

La comunicación y la transmisión de información, bien sea en su forma oral o escrita, cuenta con un impacto importante sobre la mejora de la atención sanitaria. Así, la alfabetización en salud se ha definido como la capacidad de las personas para obtener, procesar y entender la información básica sobre la salud y los servicios sanitarios que necesitan para tomar decisiones apropiadas (<http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy>).

Situaciones como el incumplimiento terapéutico de los enfermos crónicos en atención primaria, el control inadecuado de los pacientes polimedicados o la elevada prevalencia de estilos de vida poco saludables pueden ser ejemplos de situaciones en las que influye el déficit de alfabetización en salud.

En este sentido es necesario desarrollar estrategias de información y documentación que garanticen la accesibilidad a contenidos de salud de calidad acreditada en un lenguaje comprensible, además de promover la mejora de las capacidades y habilidades de los pacientes, familiares y cuidadores mediante la identificación y formación de competencias específicas. Es preciso, también, realizar investigación social y sanitaria que permita explorar aspectos relacionados con el hecho de ser paciente, evaluar el impacto y las consecuencias emocionales y sociales de la enfermedad y valorar la percepción y experiencia de los usuarios y los pacientes respecto a los servicios sanitarios.

Información de calidad, formación en competencias de salud e investigación son las claves para la incorporación de los pacientes en la toma de decisiones.

PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

El creciente interés de la población por aspectos relacionados con su propia salud favorece que sean cada vez más numerosos los ejemplos de participación de los ciudadanos y de los pacientes, en particular, en los procesos de toma de decisiones, tanto a nivel individual como colectivo, a través de las administraciones públicas, las sociedades

científicas o los centros sanitarios. La participación de los pacientes va unida a un nuevo papel representado por parte de los ciudadanos y los pacientes como grupos de opinión cualificados para incidir directa e indirectamente en la administración y en la atención sanitaria.

Así pues, se ha de diferenciar entre participación ciudadana y participación del paciente en cuanto que la participación ciudadana se basa en los derechos de la ciudadanía como representante de una comunidad en la que la salud es un bien, un valor social. Asimismo, la participación del paciente se entiende como un concepto vinculado al propio individuo y a su libertad de elección en un sistema sanitario proveedor de servicios (Ruiz-Giménez Aguilar, 2005; Navarro Rubio et al., 2008).

Se podría definir la participación ciudadana como un proceso gradual y continuo a través del cual los usuarios ayudan a diseñar su medio ambiente y, como cualquier otra conducta, se da dentro de un contexto y se ve influida por este. Las formas, los modelos, la intensidad y las repercusiones de la participación son el resultado de una compleja adaptación al entorno y a las necesidades e intereses de los actores implicados. Así, no hay un modelo único de participación, sino varias formas de entenderla (Wilson et al., 2010).

Sin embargo, no siempre la población desea participar o está preparada para hacerlo. La participación requiere una actitud, un interés y, sobre todo, una formación que permita a la persona conocer el campo de actuación, las perspectivas, alternativas y posibilidades ligadas al hecho mismo de participar en aspectos relacionados con la salud. Así, son cada vez más frecuentes experiencias dirigidas a capacitar y formar al paciente en las diversas formas en que puede participar del proceso de toma de decisiones, bien sea a nivel individual o colectivo (Kiesler y Auerbach, 2006; Ratzan, 2007; Jovell y Navarro Rubio, 2008).

La participación de los pacientes va unida a un nuevo papel representado por parte de los ciudadanos y los pacientes como grupos de opinión cualificados para incidir directa e indirectamente en la administración y en la atención sanitaria.

Participación activa

La concepción actual pone en evidencia que la participación de los ciudadanos representa una estrategia para recuperar la responsabilidad y autonomía de los pacientes, situando la relación con los profesionales sanitarios a un nivel más igualitario. Se ha propuesto también un modelo de relación médico-paciente donde el paciente se considera como un experto de la propia enfermedad y, por tanto, capaz de tomar decisiones (Coulter, 2002).

En la literatura se utilizan indistintamente los términos ingleses *engagement e involvement*, dando por entendida la participación en los servicios públicos y, por tanto, relacionada con la gobernabilidad (Harrison y McDonald, 2008). Se ha definido la participación pública como «el proceso de involucrar a los ciudadanos en la priorización, toma de decisiones y diseño de políticas sanitarias» (Rowe y Frewer, 2005). Esta tendencia incluye el empoderamiento del paciente (*empowerment*) (Coleman et al., 2009).

CUADRO 3.2

Beneficios de la participación ciudadana en política sanitaria

Es positiva en sí misma
 Mantiene el principio de democracia y justicia
 Muestra una oportunidad de participación a los contribuyentes
 Ofrece un valor añadido que beneficia la toma de decisiones
 Mejora la calidad de los servicios
 Mejora la percepción de los servicios por parte de los pacientes
 Promueve un mayor conocimiento de cómo funciona la toma de decisiones y el diseño de políticas sanitarias

Adaptado de Milewa, 2004; Wait y Nolte, 2006; Bruni et al., 2008; Oxman et al., 2009; Council of Europe, 2000).

Los beneficios potenciales de la participación ciudadana en salud incluyen: política, investigación y práctica e información del paciente; además de la mejora de la cura.

La participación de los ciudadanos se manifestó como un objetivo a lograr por el ánimo de una democracia participativa con mayor responsabilidad y transparencia, valores que hoy se consideran especialmente importantes. Ya la Organización Mundial de la Salud en su declaración de Alma-Ata, afirmó que «las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de los servicios sanitarios» (OMS, 1978).

Entre los beneficios principales de esta participación se ha puesto de manifiesto la importancia de que los ciudadanos participen en la toma de decisiones en el ámbito sanitario, basándose en los principios de justicia y transparencia. Así, los ciudadanos pueden conocer cómo se diseñan las estrategias de salud y cómo se planifica su implementación (cuadro 3.2).

Grados y niveles de participación

La participación de pacientes y ciudadanos involucrados en la toma de decisiones relativas a la sanidad constituye un concepto amplio que incluye diferentes acciones, políticas y actividades de investigación (Staley, 2013). La revisión en este ámbito pone de relieve la existencia de diferentes aproximaciones teóricas y modelos conceptuales de participación (Barber et al., 2011). Mientras que la participación de pacientes y ciudadanos empieza a ser más habitual en la colaboración de proyectos de investigación, la participación a nivel de comités de revisiones de priorización de áreas y servicios resulta más infrecuente. Así, cuando se hace referencia a los gradientes de participación, se pueden identificar desde niveles donde la participación es casi mínima o inexistente hasta niveles más altos de implicación de pacientes y ciudadanos de forma muy activa (tabla 3.3) (André et al., 2006).

De esta forma, la información tiene un papel muy importante pero, en este caso, los ciudadanos y pacientes desempeñan un rol pasivo, considerados como receptores de las acciones del sistema sanitario. En un nivel superior se encuentra la consulta, donde se pide a los ciudadanos su opinión en relación a un aspecto a tratar. En esta fase se pueden conocer algunas de las preocupaciones del público o de los ciudadanos que se encuentran en una

TABLA 3.3 Gradientes de participación ciudadana (de menor a mayor participación activa)

	Objetivos de la participación pública	Qué se debería garantizar
Informar	Ofrecer al público una información de calidad y ayudar a comprender la problemática tratada	Mantenerlos informados regularmente
Consultar	Recibir algún tipo de <i>feedback</i> en el análisis o en las alternativas de una decisión	Además de informar a la población explorar sus necesidades
Involucrar	Trabajar directamente con el público para garantizar que sus consideraciones son comprendidas	Conocer y entender las necesidades, preferencias y prioridades del público en relación a los distintos temas
Colaborar	Lograr un trabajo conjunto en cada fase del proceso y de sus preferencias	Pedir al público la formulación de estrategias y programas que puedan mejorar los resultados
Empoderar	Posicionar la toma de decisiones en mano de los ciudadanos	Implementar decisiones tomadas por los ciudadanos.

determinada situación. Una ciudadanía más activa accede al nivel siguiente, denominado de participación, donde los ciudadanos pueden hacer explícitas las preferencias y valores sociales, por lo que su rol se vuelve más activo y más comprometido.

En la colaboración se considera al ciudadano o paciente como un *partner* o compañero que puede sugerir recomendaciones y mejoras en las políticas y estrategias. De este modo, los ciudadanos también son conscientes de la forma en que sus opiniones y prioridades pueden afectar o influir a la toma de decisiones. El nivel máximo está representado por la participación comprometida que constituye una estrategia sistemática de consulta y de identificación de las necesidades y prioridades del paciente y donde el nivel de implicación en las decisiones tiene una influencia directa en el diseño, planificación e implementación de las políticas sanitarias.

En relación al nivel de participación de la ciudadanía se pueden identificar tres niveles: micro, meso y macro (Travaglia y Robertson, 2011). A nivel micro los pacientes son considerados expertos en su condición clínica. Se refiere a la toma de decisiones relativas a su tratamiento y las opciones que los profesionales sanitarios pueden discutir con el paciente en base a sus preferencias y valores individuales o de su familia (Wright-Berryman et al., 2011). El nivel meso hace referencia a la participación de los consumidores y de la comunidad en la información, planificación y entrega de un servicio o en el diseño de una unidad hospitalaria.

Pueden participar, además, a través de los comités de ética, en la evaluación de la eficacia de los servicios o proyectos de investigación (Boote et al., 2010). En el nivel macro los consumidores forman parte de consejos de la administración, comités de ética, mecanismos de revisión, en investigaciones alrededor de la seguridad del paciente; sobre las juntas y asociaciones profesionales, en el establecimiento profesional y estándares de servicio, entre otros (Crawford y Rutter, 2004).

Promoción de la participación

La participación pública en la política de salud a menudo se relaciona con grupos que representan las comunidades locales o grupos específicos. Uno de los puntos fuertes de los grupos de pacientes es que pueden reflejar las necesidades y preocupaciones de un colectivo y garantizar la continuidad, de forma que las organizaciones que participan en una consulta pueden dar seguimiento y monitorizar el resultado de las decisiones políticas. Estos grupos se apoyan también en el conocimiento y la comprensión de los problemas de salud y, específicamente, en el contacto directo con las dificultades y barreras que pueden manifestar las personas afectadas por enfermedades específicas.

Las ventajas de la participación se potencian todavía más si la organización presenta una estructura nacional que pueda captar la variedad de experiencias e identificar las mejoras hacia los servicios de salud alrededor de las diferentes regiones o zonas del país. Por esta razón, muchos de los sistemas de gobierno en la actualidad brindan apoyo a los pacientes y a sus organizaciones a nivel local, regional y nacional y los involucran en la política sanitaria (European Commission, 2012).

No obstante, sería necesaria una mayor preparación de estos representantes, tanto en lo que respecta a las necesidades de sus afectados y a la propia condición clínica como en relación a los mecanismos de funcionamiento del sistema sanitario y el diseño e implementación de políticas y estrategias de salud.

Además, se tendría que potenciar una cultura de la participación y, en este sentido, los representantes de pacientes han de conocer los mecanismos de participación y lo que se espera de ellos en el momento en que son convocados a participar. La participación así entendida se tiene que considerar periódicamente. El cuadro 3.3 muestra los pasos a seguir para garantizar el círculo de la participación propuestos por la International Alliance of Patients Organizations (IAPO).

CUADRO 3.3

Directrices para promover la participación de los pacientes

- Identificar el tema y formular los objetivos
- Seleccionar a los representantes adecuados
- Estimular y facilitar la participación y la motivación
- Determinar los métodos apropiados de participación
- Proporcionar información y formación
- Evaluar la participación
- Agradecer la participación
- Iniciar de nuevo el proceso de participación

Adaptado de IAPO (International Alliance of Patients' Organizations):
<http://iaapo.org.uk/sites/default/files/files/Directrices%20de%20Participacion%20de%20Pacientes.pdf>

Instrumentos de participación

Para que se pueda producir la participación de los pacientes en los diferentes órganos de gobierno de los centros sanitarios, por ejemplo, es necesario que alguien los represente y exprese sus opiniones con respecto a cómo se debería organizar la atención sanitaria que reciben. La participación de los pacientes en los procesos de toma de decisiones puede producirse a nivel individual o colectivo. A nivel individual el paciente puede intervenir en el proceso de atención de su propia enfermedad, haciéndose responsable de su cuidado y de seguir la pauta indicada por los profesionales. A nivel colectivo participar supone promulgar leyes y políticas públicas que sitúen a los ciudadanos en el centro de los sistemas sanitarios.

En ocasiones, cuando el paciente descubre su nueva situación, puede necesitar de otras personas que se encuentren en su mismo caso y que le ayuden a asimilar lo que está ocurriendo, bien sea a través de información concreta, de reuniones con otras personas afectadas, de formación o de atención psicológica, entre otras muchas acciones. En este sentido, las asociaciones de pacientes asumen ese rol y van adquiriendo cada vez más protagonismo en el proceso de toma de decisiones en sanidad.

Representación de los pacientes

El nuevo modelo de paciente que aparece en la sociedad está acompañado así de un gran desarrollo del asociacionismo y de la aparición de las asociaciones de pacientes como intermediarias en la relación entre ciudadanos y administraciones públicas y entre pacientes y profesionales sanitarios. Sin embargo, su excesivo grado de dispersión y fragmentación, junto a expectativas, intereses y recursos muy diferentes ha dificultado tradicionalmente la identificación de un interlocutor por parte de los diferentes agentes de salud, impidiéndose así su participación en muchos de los debates colectivos sobre la sanidad actual.

La creciente colaboración llevada a cabo durante los últimos años entre asociaciones dio lugar a la elaboración de la Declaración de Barcelona de las organizaciones de pacientes en el año 2003 (y a su posterior renovación en 2017), siendo la primera Carta de Derechos de los Pacientes elaborada en España por un colectivo de organizaciones de pacientes, y a la creación del Foro Español de Pacientes (FEP), una organización que tiene como funciones representar el hecho de estar afectado por una enfermedad y actuar como interlocutor de las organizaciones de pacientes y voluntarios españoles.

El FEP cuenta en la actualidad con más de 10 años de experiencia, superando el millar de asociaciones y consolidándose como el principal movimiento colectivo de pacientes en España en la actualidad. Forma parte también del European Patients Forum y cuenta con una agenda política que incluye la democratización de la sanidad mediante la incorporación activa de los representantes de los pacientes en los procesos de toma de decisiones y la adopción de los principios de la democracia deliberativa. El cuadro 3.4 presenta las áreas de interés del FEP.

Las asociaciones de pacientes y de usuarios de la sanidad pueden actuar como intermediarios frente a las administraciones públicas.

CUADRO 3.4

Áreas de interés del Foro Español de Pacientes

Información a los pacientes
 Toma de decisiones clínicas compartidas
 Relación y comunicación profesional-paciente
 Accesibilidad de los pacientes a las prestaciones sanitarias
 Participación de los pacientes en los procesos de determinación de prioridades
 Derechos y deberes de los pacientes

La participación así entendida implica un cambio cultural importante en la relación entre el profesional sanitario y el paciente, ya que supone el paso de un modelo paternalista de atención a otro más deliberativo. Esta transición ha de ir asociada a la formación de profesionales y de pacientes en este nuevo modelo de relación.

Información y desarrollo tecnológico

El nuevo modelo de paciente, más activo, hace necesario disponer de estrategias de información y de incorporación de nuevas tecnologías que, junto con actividades de formación e investigación, favorezcan un mayor conocimiento del paciente sobre el abordaje de su enfermedad, a la vez que garanticen su participación en el proceso de toma de decisiones.

Por tanto, es necesario disponer de información comprensible sobre la enfermedad y el tratamiento para la toma de decisiones. Por este motivo, los pacientes y familiares necesitan recordar información detallada recibida durante la consulta clínica. Aun así, factores como el miedo o la incertidumbre provocan que, en ocasiones, los pacientes solamente recuerden una parte de la información crítica que acaban de recibir y, por tanto, a menudo pueden reportar bajos niveles de comprensión y satisfacción con la cantidad y calidad de la información recibida (Wilson et al., 2012).

Frente a esta situación puede ser de utilidad proporcionar materiales educativos de apoyo que complementen la información oral con el objetivo de mejorar su recuerdo y comprensión. Estos materiales se dividen principalmente en dos grupos, impresos y multimedia. Existen diversos estudios que analizan su efecto sobre variables de resultado como el recuerdo de información (Van der Meulen et al., 2008), la satisfacción y la calidad de vida (Van der Peet et al., 2009), la percepción de estar informado, la ansiedad o depresión frente a la enfermedad o al tratamiento, los conocimientos, las preferencias y su uso según el formato (Wilson et al., 2012), las barreras percibidas frente al tratamiento (Syrjala et al., 2008) y la intensidad del dolor (Jho et al., 2013).

Estos materiales pueden ser personalizados, es decir, diseñados conjuntamente con los pacientes o los familiares a los que van destinados. En este caso, los materiales personalizados están adaptados a las necesidades, los intereses y las preocupaciones únicas de cada persona, por lo que son más efectivos sobre algunas variables, en parte porque se trata de información de relevancia relacionada con lo que el paciente encuentra importante y necesita.

Los pacientes y familiares que reciben información personalizada tienden a compartirla con personas de con-

CUADRO 3.5

Proceso para la creación de materiales educativos con los pacientes y familiares

Identificar la población diana y definir los principales problemas o intereses a tratar
 Conocer las necesidades de la población, los valores, los intereses y el nivel de conocimiento del tema a tratar
 Determinar los conceptos clave y los mensajes basados en el conocimiento de la población
 Diseñar un borrador del material
 Probar el material con la población diana
 Realizar los cambios en el material acorde a las recomendaciones de la población diana
 Publicar y distribuir el material
 Evaluar la satisfacción y el grado de comprensión del material educativo

Adaptado de Centers for Disease Control and Prevention, 2009.

fianza, por lo que puede conducir a un mejor apoyo social y a una reducción de la ansiedad. Además, perciben esta información como útil para decidir ante aspectos relativos a su enfermedad y a los tratamientos (Wilson et al., 2012). En el cuadro 3.5 aparecen las distintas fases para el desarrollo de materiales educativos.

Formación e investigación

La alfabetización en salud o la adquisición de competencias y habilidades en salud (*health literacy*) es un elemento que contribuye a una mayor participación de los pacientes y de la población en general en las decisiones de salud que les afectan. Esta característica puede ser desarrollada y adquirida a través de intervenciones educativas o de formación e investigación. De esta forma, entre las estrategias necesarias para conseguir una alfabetización en salud adecuada de la población destacan la elaboración de programas de autocuidado de la propia enfermedad, el desarrollo de habilidades para establecer una relación de confianza entre pacientes y profesionales sanitarios, o la capacitación para actuar de forma adecuada en el manejo de la enfermedad o a través del sistema sanitario, entre otras acciones.

Actualmente, el nivel de alfabetización en salud de la población supone un tema de gran interés para la salud pública. En un estudio realizado para valorar el nivel de alfabetización en salud en la Unión Europea a más de 8.000 personas, más de la mitad de los encuestados españoles presentaban un nivel problemático de alfabetización en salud (Sørensen et al., 2015). Como ya se ha mencionado, este hecho es relevante ya que las personas con una baja alfabetización en salud suelen obtener peores resultados en salud en relación a distintas variables en comparación a aquellas con un nivel adecuado, como por ejemplo: mayor riesgo de hospitalizaciones, mayor número de admisiones en servicios de urgencias, peor adherencia a los tratamientos, mayor mortalidad por cualquier causa en personas mayores de 65 años o menor calidad de vida en algunas enfermedades como las cardiovasculares (Berkman et al., 2011).

Además, la investigación de la alfabetización en salud en atención primaria es un punto clave a tener en cuenta,

por ser el ámbito de referencia para el seguimiento de las personas afectadas por una enfermedad crónica, en las cuales el paciente y el familiar van a tener que tomar numerosas decisiones durante el transcurso de esta. De este modo, desarrollar estrategias para conocer el nivel de alfabetización del paciente y el familiar, diseñar mensajes informativos comprensibles y canales que faciliten el acceso a la información, así como valorar la efectividad de las estrategias desarrolladas, puede contribuir a crear un contexto donde el intercambio comunicativo sea más rico y donde se produzca una mejora en el manejo de las enfermedades.

Formas de participación

Dentro de las diferentes estrategias de participación, la participación comunitaria en salud (PCS) en los sistemas sanitarios es un concepto que se desarrolla a partir de las propuestas salubristas de la Organización Mundial de la Salud. Es uno de los instrumentos estratégicos de la atención primaria de salud y está íntimamente vinculada a la promoción de la salud y la educación para la salud (Neuwelt et al., 2005; Martín-García et al., 2006; Gillam, 2008).

Aunque está disfrutando de un renovado interés tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo en relación con las reformas de la atención sanitaria implementadas en diversos países durante los últimos 20 años (Guo, 2010), existen aún muchas barreras conceptuales y operacionales que frenan su expansión (Evans et al., 2010; Méndez y López, 2010). Aun así, tiende a aconsejarse que los planificadores sanitarios consideren la PCS como una forma viable de asegurar la accesibilidad y efectividad de los programas en atención primaria (Letcher y Perlow, 2009; Wagemakers et al., 2010).

Así entendida, la participación comunitaria o pública se refiere a cualquier tipo de proceso a través del cual los usuarios ayudan a diseñar su medio ambiente y, como cualquier otra conducta, se da dentro de un contexto y se ve influida por éste. Se trata de un proceso gradual y continuo. Las formas, modelos, intensidad y repercusiones de la

participación son el resultado de una compleja adaptación a las presiones del entorno y las necesidades e intereses de los actores implicados. De esta forma no existe un modelo único de PCS, sino varias maneras de entenderla (Wilson et al., 2010).

Las formas que adquiere la participación son el resultado de una compleja adaptación a las presiones del entorno y las necesidades e intereses de los actores: no existe un modelo único sino varias formas de entenderla.

Modelos y fases de la participación

La participación es un proceso amplio, abierto y posible en diferentes contextos, en los que los actores, métodos y resultados están influidos por muchas variables externas y que, por tanto, no puede reducirse a un modelo único (Neuwelt et al., 2005). La conducta de participación, la participación en la acción colectiva o la cooperación dependen de motivaciones individuales y normas sociales o morales, y estas se explican directamente en términos de causas estructurales. La tabla 3.4 presenta distintos modelos de PCS. Existe, además, un *continuum* entre la participación, el compromiso y el poder o capacitación (*empowerment*) (Deccache y Van Ballekom, 2010). La tabla 3.5 presenta dicho *continuum*.

Sin embargo, no todas las tareas ni niveles permiten el mismo grado de participación. La mayor parte de estudios se centran en el nivel local, existiendo pocos que analicen la PCS a nivel nacional de usuarios, pacientes y cuidadores. Así, unas acciones ofrecen más facilidades a la participación que otras debido a las características de la propia estructura de la tarea a realizar. Por otra parte, existen actividades que solo pueden llevarse a cabo con éxito si se produce la adecuada participación. Se trata de buscar la «máxima participación factible»: aquella participación compatible con la eficiencia técnica de determinadas actividades y adaptada a la situación de participación general de las personas (Navarro Rubio et al., 2011).

TABLA 3.4 Modelos de participación comunitaria en la salud

Modelos	Ejemplos
Participación formal de representantes o ciudadanos seleccionados	Consejos de salud, jurados ciudadanos
Consulta de opinión	Grupos focales, entrevistas, investigación participativa
Votación o referéndum	Ante un determinado proyecto o actividad
Acciones de negociación	A través del diálogo en foros comunitarios
Elección individual y grupos de presión	Haciendo que los miembros de la comunidad actúen como consumidores, eligiendo entre alternativas. Los individuos pueden aumentar su poder uniendo sus fuerzas, en grupos de consumidores o pacientes
Hacer uso de los derechos individuales	Derechos de los pacientes a ser escuchados, a la confidencialidad, a recibir una explicación sobre las decisiones a tomar, a rechazar un tratamiento, a hacer una reclamación, etc.
Financiación comunitaria o participación económica de la comunidad para apoyar parte de los servicios de salud pública	Trabajo voluntario, pago individual, impuestos o seguros privados
Grupo de acción	Personas que se agrupan para mejorar una situación o problemática detectada (en temas de vivienda, paro, riesgos del tráfico, degradación de barrios, zonas de juego para niños, condiciones de trabajo, violencia, ecología, transporte, etc.)

Adaptada de Navarro Rubio et al., 2011.

TABLA 3.5 Estadios del *empowerment* o capacitación del paciente

El individuo/comunidad	Es informado	Es consultado	Da información	Toma decisiones	Inicia acciones
Descripción	Acercamiento tradicional «de arriba-abajo». Los objetivos se imponen por grupos externos	Las opiniones de la población pueden o no influenciar decisiones	La participación podría mejorar resultados	Decide si participar o no y prioriza el uso de recursos	Propone el plan y es responsable de los resultados
Estadio	SIN PARTICIPACIÓN	PARTICIPACIÓN → →COMPROMISO → →EMPOWERMENT →			

Adaptada de Turabián y Pérez Franco, 2001.

Se trata de buscar la «máxima participación factible»: aquella participación compatible con la eficiencia técnica de determinadas actividades y adaptada a la situación de participación general de las personas.

La forma y el grado de implicación de la comunidad en las etapas del proceso de participación dependerán de las características culturales y sociales de la población, así como de las características organizativas y motivacionales del equipo de salud. Para evitar la tendencia tecnocrática que adquieren algunas prácticas participativas en el programa de salud se pueden utilizar los cinco ejes de intervención de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud como guía para una integración de la PCS en la planificación, ejecución y evaluación de los programas comunitarios de salud, como son: tener en cuenta la integración de la participación social en los esfuerzos realizados en el desarrollo de la capacidad individual, reforzar la acción colectiva, la creación de entornos favorables, la reorganización de salud y la aplicación de políticas de salud pública (Suárez-Herrera et al., 2009).

Los mecanismos de PCS pueden articularse en: a) fase de conocimiento de la situación, participando en la recogida de información, realización de encuestas y análisis de los datos; b) incorporación en la formulación de Planes de Salud, ofreciendo planes o propuestas alternativas, y c) instancias de información y de apoyo a la gestión. Sin embargo, no es suficiente que los individuos y profesionales, en sus áreas y circunstancias, tomen plena responsabilidad sobre su salud y bienestar. Se precisa ayuda, consejo y liderazgo. La PCS no suele ocurrir espontáneamente: es necesario un estímulo inicial, un punto de partida adecuado (Navarro Rubio et al., 2011).

Toda iniciativa de PCS, además de un punto de partida, necesita un mentor, facilitador o guía que esté dentro del sector salud (el centro de salud, un profesional, una institución, un Consejo de Salud, etc.). Este mentor legitima el proyecto, ayuda al logro de financiación si se precisa, y su interés garantiza la continuidad. En definitiva, para iniciar actividades comunitarias que impliquen la participación de los pacientes o ciudadanos es preciso planificar la intervención.

En este sentido, deben identificarse las personas clave de la comunidad que puedan asumir un papel de liderazgo. Esto puede implicar también el seleccionar un Consejo o Grupo Impulsor. En todo caso, es aconsejable contar con la presencia de los principales actores de la comunidad —entendiéndose esta presencia como factible

y estratégica— y los proveedores sanitarios, trabajando en cooperación. Los miembros del Consejo deben reflejar la diversidad de la comunidad: edad, sexo, raza, distribución geográfica, ideales, grupos sociales y comunitarios. Resulta más sencillo realizar actividades comunitarias, y se lograrán mejores resultados, si la intervención parte de lo que ya se realiza o interesa a los grupos o comunidad. Así, la primera acción a realizar es conocer el entorno, los intereses y proyectos, para unirse e incorporar así los objetivos de la intervención que se intenta realizar, en un esquema de alianzas *win-to-win*, es decir, en el que todos ganan.

Toda iniciativa de PCS necesita un estímulo inicial, un punto de partida adecuado: conectar con los centros de la comunidad, las personas clave y un mentor incorporado en el sector salud.

La PCS presenta unas características específicas de continuidad en el tiempo, diversidad de intereses y de recursos que definen su naturaleza y que es fundamental conocer y aceptar para no desvirtuar este proceso y evitar la sensación de fracaso por parte de los profesionales. Se trata de un proceso continuo de implicación de la comunidad para mejorar sus condiciones sociales y calidad de vida, que tiene inicio en un momento determinado pero que no tiene fin. Es importante señalar que no es conveniente apresurar este proceso. El objetivo debe ser buscar la participación como instrumento para fomentar la autonomía de la comunidad y mejorar sus condiciones de vida con una participación de los ciudadanos real y democrática.

Debido principalmente a las diferentes definiciones y modelos de PCS es difícil evaluar su impacto en los resultados deseados de los programas de salud, tales como nivel de respuesta y sostenibilidad y mejoras generales en la salud. Los modelos de PCS deben incorporar herramientas de evaluación participativa que permitan el análisis de los procesos de participación y su relación con los resultados de salud del programa, así como el conocimiento, basado en la evidencia científica, sobre las intervenciones de PCS (Wale et al., 2010).

Los modelos deben incorporar herramientas de evaluación participativa que permitan el análisis de los procesos de participación y los resultados de salud del programa.

Participación a nivel individual o colectivo

Como ya se ha comentado, la participación es un proceso, tanto individual como colectivo. Es un hecho indiscutible que, en la era de la medicina basada en la evidencia, muchas decisiones médicas entran en un área donde la decisión óptima para un paciente individual puede ser incierta y donde, razonablemente, personas diferentes pueden decidir de forma distinta (Barnato et al., 2007; O'Connor, 2007). Así, es cada vez más frecuente que los profesionales sanitarios pidan opinión al paciente sobre sus preferencias ante las posibles alternativas terapéuticas y que el paciente desee que su opinión se tenga en cuenta.

La participación del paciente como usuario es un concepto que forma parte de la comunicación o relación entre el profesional sanitario y el paciente. El proceso de compartir decisiones mediante el cual profesional y paciente deciden las intervenciones clínicas es deseable por distintas razones, entre las que destacan: una mayor implicación del paciente en su autocuidado, mayor adherencia al tratamiento y mayor nivel de satisfacción, entre otras situaciones (Jovell et al., 2006; Légaré et al., 2010).

La participación del paciente como usuario es un concepto que forma parte de la comunicación o relación profesional-paciente.

Mejorar la información de que disponen los pacientes es un paso indispensable para que estos puedan participar y ejercer sus derechos. Algunas estrategias para facilitar la elección de los usuarios respecto a la asistencia sanitaria en atención primaria podrían ser: ofertar un número limitado y pequeño de alternativas, elaborar objetivos comprensibles, brindar información relevante o significativa para ese paciente o ayudarlo a utilizar la información ofrecida, incluyendo las tecnologías de la información y la comunicación como internet, correo electrónico, vídeos interactivos, etc. (O'Connor, 2007; Roehr, 2010).

Los diferentes tipos de relación que se establecen entre el profesional sanitario y el paciente crean, a su vez, unos determinados contextos relacionales. A nivel sanitario podría operativizarse la participación dando énfasis a la relación médico-paciente-contexto y creando espacios y procedimientos para que las personas tiendan a hacerse responsables de las propias soluciones a nivel individual, grupal y comunitario (Turabián y Pérez Franco, 2008).

La legislación sanitaria y los profesionales tienden a utilizar un concepto más restringido de la participación del paciente. Para los pacientes, participar significa estar involucrados en una situación, según su visión de la enfermedad; lo importante o central que puede ser la enfermedad en su vida y cómo cree que le va a cambiar esta situación. Según las acciones que tenga que realizar debido a su enfermedad enfatizará más el tener conocimientos que el ser informado o entenderá su participación no solo en la toma de decisiones sobre el tratamiento, sino también en el tipo de relación con el médico y la posibilidad de interacción con otros profesionales (Haidet et al., 2006; Eldh et al., 2010).

Ejemplos de participación

Las ventajas de la participación ciudadana en la mejora de la salud y del sistema sanitario se basan en el principio del derecho de la ciudadanía a ser consultada en las decisiones que le afectan, entre ellas la salud. Los servicios públicos de la salud se caracterizan por la medición de sus resultados en salud teniendo en cuenta indicadores de proceso y de resultados, pero en contadas ocasiones se tienen como indicadores las opiniones y las prioridades de los pacientes en las estrategias sanitarias. Por este motivo, una de las tendencias actuales es la participación por parte del público o la ciudadanía, pasando de servicios jerarquizados a instituciones más transversales y participativas. De este modo se fomenta la implicación, la corresponsabilidad y la cooperación.

Así, existen diferentes formas de responsabilidad y participación de la ciudadanía en salud como servicios de atención al ciudadano, entidades de voluntariado y organizaciones de pacientes, utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) dando la opinión para mejorar los servicios, investigación participativa donde se identifican las necesidades y prioridades de pacientes y ciudadanos, estrategias y programas de acción comunitaria, consejos de salud (a nivel central, territorial o municipal), comités y comisiones por temas concretos o estrategias de salud, comités éticos y programas de formación de pacientes expertos por la promoción del autocuidado, entre otros ejemplos.

La idea de la participación del usuario en la asistencia sanitaria ha evolucionado durante las últimas décadas. Durante este tiempo, la percepción ha cambiado hacia una expectativa creciente de la participación de los usuarios como compañeros activos de los profesionales en la asistencia sanitaria y en el desarrollo de los servicios (Poulstrup y Hansen, 2010; Protheroe et al., 2010). Sin embargo, no existe un mecanismo único que aumente la participación del paciente en el proceso de consulta médica, siendo necesarios estudios con diseños rigurosos que informen sobre las mejores estrategias a corto y largo plazo, aunque ya se están desarrollando índices de participación de los pacientes en los países desarrollados (Delnoij et al., 2010; Dimick, 2010). De todos modos, la mejora del profesional en técnicas de comunicación, el enfoque de tutorización o entrenamiento del paciente (*coaching*) y los materiales educativos incrementan el proceso de participación del paciente en la consulta (Haywood et al., 2006).

Una de las tendencias actuales es la participación por parte del público o la ciudadanía, pasando de servicios jerarquizados a instituciones más transversales y participativas. De este modo se fomenta la implicación, la corresponsabilidad y la cooperación.

Recientemente se han incorporado estrategias de participación de los pacientes en el desarrollo e implementación de la formación curricular de los alumnos de los estudios de Grado en Ciencias de la Salud (como son Medicina y Enfermería) a través de técnicas de simulación en las que los pacientes tienen también un papel activo (McGaghie, 2011).

Otros ejemplos e instrumentos de participación son los contactos paciente-paciente tanto de forma individual como en grupo (Perry y Rosenfeld, 2005); los programas del Paciente Experto (Swift y Dieppe, 2005; Gordon y Galloway, 2008; González Mestre y Grifell Martín, 2009; <https://www.gov.uk/government/case-studies/the-expert-patients-programme>; <http://patienteducation.stanford.edu>); la figura del Defensor del Pueblo (o del paciente) de las diferentes comunidades autónomas o la existencia de procedimientos normalizados para tramitar y gestionar reclamaciones, quejas, iniciativas o sugerencias; teléfono 24 horas; barómetro sanitario; encuestas de opinión y satisfacción con los servicios sanitarios (Bleda García et al., 2008); personal no sanitario del equipo de atención primaria como informadores clave; marketing y relaciones públicas; historia clínica participativa (Webster, 2010); consultas grupales; investigación participativa; acceso a internet, redes sociales, etc.

A nivel autonómico, diferentes comunidades reconocen la necesidad de incorporar la participación ciudadana en el gobierno, como mecanismo de innovación democrática. Los objetivos de la participación ciudadana así entendida son mejorar la adecuación de las decisiones políticas a las necesidades de los ciudadanos, asegurar la efectividad, aceptabilidad y eficiencia de las intervenciones y fomentar el capital social. El cuadro 3.6 presenta algunos ejemplos de intervenciones que favorecen este tipo de participación.

A nivel internacional, en el contexto de una estrategia de crecimiento para paliar la crisis económica que vive el

CUADRO 3.6

Intervenciones a nivel de comunidades autónomas para favorecer la participación

- Incorporación de procesos participativos (directos o indirectos) en el diseño de las principales estrategias del departamento de salud correspondiente
- Espacios estables de participación donde se pueden identificar dos tipos: los espacios vinculados a una línea estratégica o programa (consejos asesores de programas, planos directores, mapa sanitario, plan de salud, etc.) y los espacios de participación del sistema
- Diálogo con asociaciones sanitarias y sociales para detectar necesidades no cubiertas, establecer criterios de priorización de las demandas y apoyar y orientar a las asociaciones en su tarea
- Servicios de atención a los usuarios que recogen y dan respuesta a sus comentarios y quejas respecto a los servicios
- Nuevos canales de información y comunicación con la ciudadanía que representen palancas de capacitación para una mejor gestión de su propia salud

Estado Europeo, las tendencias indican que una ciudadanía participativa y competitiva está interrelacionada con el crecimiento económico, por tanto los países altamente competitivos tienden también a ser altamente participativos con altos niveles de cohesión social, como, por ejemplo, los países nórdicos. La tabla 3.6 presenta algunas de estas iniciativas a nivel europeo y en algunos países seleccionados.

TABLA 3.6 Iniciativas de participación
Iniciativas europeas e internacionales

Región	Año	Organismo/programa/estrategia	Objetivo
Unión Europea	2000	European Health Forum	Facilitar el establecimiento de un marco para asesorar y desarrollar la política sanitaria europea a la vez que reconocer la importancia de las autoridades nacionales, regionales y órganos de toma de decisiones
	2001	European Patients Forum	Disponer de pacientes representantes por la consulta sobre políticas sanitarias
Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD)	2001	Estrategia de participación	Promover la participación del público en el diseño de políticas sanitarias
European Institute for Public Participation (EIPP)	2009	Public Participation in Europe: An international perspective	Promover una mejor toma de decisiones a través de la participación pública
International Association for Patients Organization (IAPO)	1999	International Association for Patients Organization	Representar y apoyar a los pacientes, sus familias y cuidadores

Iniciativas en países seleccionados

País	Año	Organismo/programa/estrategia	Objetivo
Canadá	1998	Office of Consumer And Public Involvement	Participación de ciudadanos en relación a las necesidades de información
	2000	Public Advisory Committee	Participación de organizaciones profesionales, administración y asociación de pacientes
Australia	1997	Consumer Focus Collaboration	Fortalecer la participación de los consumidores en la planificación de los servicios de salud
	1999	National Respiratory Centre for Consumer Participation in Health	Sensibilización y promoción del compromiso de los ciudadanos, gestión de los proyectos, evaluación de necesidades, determinación de prioridades, desarrollo de estrategias y de implementación y evaluación de los resultados

TABLA 3.6 Iniciativas de participación (cont.)

Iniciativas en países seleccionados

País	Año	Organismo/programa/estrategia	Objetivo
Reino Unido	1999	Health in Partnership	Investigación y gestión del conocimiento sobre participación ciudadana efectiva
	2002	Medicines Partnership	Ayudar a los pacientes a la buena utilización de los medicamentos
	2003	Comission for Patient and Public Involvement in Health	Recoger la opinión de la comunidad sobre el funcionamiento del sistema sanitario; informar a los usuarios sobre los diversos tipos de servicios, monitorizar las respuestas y elaborar informes periódicos de los resultados.
Alemania	2007	Zivilengagement (participación ciudadana)	Promover la participación de la ciudadanía en temas sociales, de salud y trabajo entre otros. Más que forzar la participación de los ciudadanos promueven que las personas se organicen de manera autónoma a partir de organizaciones voluntarias
	2004	The Joint Federal Committee (Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA)	Desarrollar sus funciones a través de una serie de comités, como el Comité Federal de Médicos (atención ambulatoria), el Comité Federal del Hospital y el Comité Federal de Odontólogos
Finlandia	1972	Plan Estratégico de Karelia del Norte (Puska, 2008)	Acercarse a las necesidades del público
Noruega	2000	Health Enterprise Reform Act	Conocer la experiencia y la calidad percibida de los usuarios
Estados Unidos	2002	Turning Point: Collaborating for a New Century in Public Health	Participación de los ciudadanos en la promoción de la salud pública comunitaria

Adaptada de Torjesen et al., 2017; Conklin et al., 2010.

Así pues, la participación del paciente (y del ciudadano en general) en los procesos de toma de decisiones en las políticas sanitarias requiere una formación específica, no solo del paciente sino también de los profesionales, así como la preparación de las instituciones sanitarias y gubernamentales para ello.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Coulter A. The Autonomous Patient: Ending Paternalism in Medical Care. Londres: The Nuffield Trust; 2002.

Examina el cambio en la manera en que los profesionales sanitarios interaccionan con los pacientes en Reino Unido. Analiza la visión del paciente como parte de la toma de decisiones, como encargado de los cuidados, como evaluador y ciudadano activo

Doherty WJ, Capmbell TL. Families and health. Londres: Sage Publications; 1990.

Presenta las diversas formas de incorporación de las familias en la relación con el enfermo y el sistema sanitario

Harrison S, McDonald R. The Politics of Healthcare in Britain. Londres: Sage Publications; 2008.

Proporciona una visión clara sobre las políticas de salud en Reino Unido. Se tratan aspectos como el profesionalismo en el sistema sanitario, el conocimiento clínico o la organización

Navarro Rubio MD, Jovell Fernández A, Turabián Fernández JL. Ciudadanos y pacientes. In: Martín Zurro A, Jodar Solà G, editors. Atención familiar y salud comunitaria. Barcelona: Elsevier; 2011.

Se trata de la edición anterior a este capítulo en el que se recoge la descripción detallada de la participación comunitaria en salud.

Turabián JL, Pérez Franco B. Actividades comunitarias en medicina de familia y atención primaria. Madrid: Díaz de Santos; 2001.

Amplía el enfoque de atención comunitaria tradicional a la «contextualizada» para entender de forma integral a pacientes y sus redes de relaciones, tanto desde el nivel «micro» como desde el «macro»

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

André P, Enserink B, Connor D, Croal R. Public Participation International Best Practice Principles. Special Publication Series [Internet]. Fargo, USA:International Association for Impact Assessment. 2006

[consultado 4 abril de 2017]. Disponible en: <https://www.iaia.org/uploads/pdf/SP4.pdf>.

Barber R, Beresford P, Boote J, Cooper C, Faulkner A. Evaluating the impact of public involvement on research: A prospective case study. Int J Consum Stud [Internet]. 2011 [consultado 6 abril de 2017];35:609-15. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1470-6431.2011.01017.x/abstract>.

Barnato AE, Llewellyn-Thomas HA, Peters EM, Siminoff L, Collins ED, Barry MJ. Communication and Decision Making in Cancer Care: Setting Research Priorities for Decision Support/Patients' Decision Aids. Medical Decision Making [Internet]. 2007 [consultado 15 de junio de 2010];27(5):626-34. Disponible en: <http://mdm.sagepub.com/cgi/content/abstract/27/5/626>.

Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. Annals of Internal Medicine [Internet]. 2011 [consultado 10 de abril de 2017];155(2):97-107. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asx&AN=63025936&lang=es&site=eds-live>.

Bleda García JM, Santos Gómez A, Fernández Carretero C. Diseño de un modelo de participación ciudadana en salud en la Comunidad de Castilla-La Mancha e implementación del mismo en el Área de Salud de Puertollano (2005-2008). Rev Adm Sanit [Internet]. 2008 [consultado 5 de junio de 2010];6(4):699-714. Disponible en: http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20130911/articulo_modeloparticipacionciudadana.pdf.

Boote J, Baird W, Beecroft C. Public involvement at the design stage of primary health research: a narrative review of case examples. Health Policy 2010;95:10-23.

Bruni R, Laupacis A, Martin D. Public Engagement in Setting Priorities in Health Care. Canadian Medical Association Journal [Internet]. 2008 [consultado 2 de abril de 2017];179(1):15-8. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/content/179/1/15.full>.

Centers for Disease Control and Prevention. Simply put: A guide for creating easy-to-understand materials [Internet]. Atlanta: Department of Health and Human Services. 2009 [consultado 10 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/Simply_Put.pdf.

Coleman A, Checkland K, Harrison S. Still Puzzling: Patient and Public Involvement in Commissioning. Journal of Integrated Care [Internet]. 2009 [consultado 18 de abril de 2017];17(6):23-30. Disponible en: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14769018200900043>.

- Conklin A, Morris ZS, Nolte E. Involving the public in healthcare policy. Santa Monica: Rand Europe [Internet]. 2010 [consultado 14 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR850.html.
- Council of Europe. The development of structures for citizen and patient participation in the decision making process affecting health care. En: Recommendation adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe. Strasbourg, France; 2000.
- Crawford M, Rutter D. Are the views of members of mental health user groups representative of those of 'ordinary' patients? A cross-sectional survey of service users and providers. *JMH* [Internet]. 2004 [consultado 7 de abril de 2017];13:561-8. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638230400017111>.
- Deccache A, Van Ballekom K. From patient compliance to empowerment and consumer's choice: evolution or regression? An overview of patient education in French speaking European countries. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2010 [consultado 23 de junio de 2010];78(3):282-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20188506>.
- Delnoij DM, Rademakers JJ, Groenewegen PP. The Dutch consumer quality index: an example of stakeholder involvement in indicator development. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2010 [consultado 13 de julio de 2010];10:88. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20370925>.
- Dimick C. 2010. The empowered patient. Preparing for a new patient interaction. *J AHIMA* [Internet]. 2010 [consultado 13 de julio de 2010];81(2):26-31. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20218192>.
- Eldh AC, Ekman I, Ehnfors M. A comparison of the concept of patient participation and patients' descriptions as related to healthcare definitions. *Int J Nurs Terminol Classif* [Internet]. 2010 [consultado 23 de junio de 2010];21(1):21-32. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20132355>.
- European Commission. Eurobarometer Qualitative Study: Patient Involvement. Aggregate Report [Internet]. European Commission. 2012 [consultado 5 de abril de 2017]. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/ql_5937_patient_en.pdf.
- Evans D, Pilkington P, McEachran M. Rhetoric or reality? A systematic review of the impact of participatory approaches by UK public health units on health and social outcomes. *J Public Health* [Internet]. 2010 [consultado 23 de junio de 2010]; March 1. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20194176>.
- Gillam S. Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care?. *BMJ* [Internet]. 2008 [consultado 7 de julio de 2010];336:536-8. Disponible en URL: <http://www.bmj.com/cgi/content/extract/336/7643/536>.
- González Mestre A, Grifell Martín E. Programa Paciente Experto Institut Català de la Salut. *AMF* 2009;5:427-8.
- Gordon C, Galloway T. Review of findings on Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) outcomes: Physical, emotional & health-related quality of life, healthcare utilization and costs. Atlanta: U.S. Centers for Disease Control and Prevention and National Council on Aging; 2008.
- Guo KL. Consumer-directed health care: understanding its value in health care reform. *Health Care Manag (Frederick)* [Internet]. 2010 [consultado 23 de junio de 2010];29(1):29-33. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20145464>.
- Haidet P, Kröhl TL, Sharf BF. The complexity of patient participation: lessons learned from patients' illness narratives. *Patient Educ Couns* 2006;62(3):323-9.
- Haywood K, Marshall S, Fitzpatrick R. Patient participation in the consultation process: A structured review of intervention strategies. *Patient Educ Couns* 2006;63(1-2):12-23.
- Jho HJ, Myung SK, Chang YJ, Kim DH, Ko DH. Efficacy of pain education in cancer patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Supportive Care in Cancer* [Internet]. 2013 [consultado 12 de abril de 2017];21(7):1963-71. Disponible en URL: <http://doi.org/10.1007/s00520-013-1756-0>.
- Jovell AJ, Blendon RJ, Navarro Rubio MD, Weldon KJ, Fleischfresser C, Benson JM, et al. Public trust in the Spanish health care system. *Health Expectat* 2007;10:350-7.
- Jovell AJ, Navarro Rubio MD. La voz de los pacientes ha de ser escuchada. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit* 2008;22(Supl 1):192-7.
- Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria* 2006;38:234-7.
- Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. *Patient Educ Couns* 2006;61:319-41.
- Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]; 2010 [consultado 13 de julio de 2010] May 12;5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20464744>.
- Letcher AS, Perlow KM. Community-based participatory research shows how a community initiative creates networks to improve well-being. *Am J Prev Med* 2009;37(6 Suppl 1):S292-9.
- Martín-García M, Ponte-Mittelbrun C, Sánchez-Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gac Sanit* 2006;20(Supl 1):192-202.
- McGaghie WC, Issenberg SB, Cohen ER, Barsuk JH, Wayne DB. Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence. *Acad Med* [Internet]. 2011 [consultado 24 de enero de 2018]; 86:706-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e318217e119>.
- McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. *Patient Educ Couns* 2006;63:24-8.
- Méndez CA, López JJ. Community participation in health: the challenge in Chile. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2010 [consultado 13 de julio de 2010];27(2):144-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20339619>.
- Mierzewski P. Patients'empowerment: the East side story. *BMJ* 2005;331:226-7.
- Milewa T. Local Participatory Democracy in Britain's Health Service: Innovation or Fragmentation of a Universal Citizenship? *Soc Policy Adm* [Internet]. 2004 [consultado 2 de abril de 2017];38(3):240-52. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9515.2004.00388.x/abstract>.
- Navarro Rubio MD, Gabriele Muñoz G, Jovell Fernández AJ. Los derechos del paciente en perspectiva. *Aten Primaria* 2008;40:367-9.
- Navarro Rubio MD, Rudd R, Rosenfeld L, Arrighi E. Health literacy: Implications for the health system. *Med Clin* [Internet]. 2016 [consultado 10 de abril de 2017];147(4):171-5. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2387020616305204>.
- Neilsen-Bohman L, Panzer AM, Kindig DA. Health Literacy: A Prescription to End Confusion [Internet]. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academies Press. 2004 [consultado 11 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216035/>.
- Neuwelt P, Crampton P, Crengle S, Dew K, Dowell A, Kearns R, et al. Assessing and developing community participation in primary health care in Aotearoa New Zealand: a national study. *Journal of the New Zealand Medical Association* [Internet]. 2005 [consultado 23 de junio de 2010];118(1218). Disponible en: http://www.nzma.org.nz/_data/assets/pdf_file/0009/17937/Vol-118-No-1218-15-July-2005.pdf.
- O'Connor AN. Using decision aids to help patients navigate the «grey zone» of medical decision-making. *CMAJ* [Internet]. 2007 [consultado 23 de junio de 2010];176(11). Disponible en: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/176/11/1597>.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Reporte de la Conferencia Internacional en Atención Primaria. Genova: OMS; 1978.
- Oxman A, Lewin S, Lavis J, Fretheim A. Support Tools for Evidence-Informed Health Policymaking (STP) 15: Engaging the Public in Evidence-Informed Policymaking. *Health Res Policy Syst* [Internet]. 2009 [consultado 1 de abril de 2017];7(Suppl):15-34. Disponible en: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S15>.
- Perry CK, Rosenfeld AG. Learning through connections with others: women's cardiac symptoms. *Patient Educ Couns* 2005;57(1):143-6.
- Poulstrup A, Hansen J. Clinical microsystems—a path to improved user involvement. *Ugeskr Laeger* [Internet]. 2010 [consultado 23 de junio de 2010];172(10):778-81. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20211082>.
- Protheroe J, Blakeman T, Bower P, Chew-Graham C, Kennedy A. An intervention to promote patient participation and self-management in long term conditions: development and feasibility testing. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2010 [consultado 13 de julio de 2010];10:206. Disponible en: http://7thspace.com/headlines/350610/an_intervention_to_promote_patient_participation_and_self_management_in_long_term_conditions_development_and_feasibility_testing.html.

- Ratzan SC. An informed patient-an oximoron in an information restricted society. *J Health Commun* 2007;12:101-3.
- Roehr B. Email contact with doctor helps patients control their diabetes, study finds. *BMJ* [Internet]. 2010 [consultado 13 de julio de 2010];341:c3734. Disponible en: http://www.bmj.com/cgi/content/extract/341/jul13_2/c3734?paperoc.
- Rowe G, Frewer L. 2005. A Typology of Public Engagement Mechanisms. *Sci Technol Human Values* [Internet]. 2005 [consultado 17 de abril de 2017];30(2):251-90. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0162243904271724>.
- Ruiz-Giménez Aguilar JL. Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español. *Revista Comunidad PACAP* [Internet] 2005;8:62-72. Disponible en: <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/8/documentos13-2.pdf>.
- Sørensen K, Rgen J, Pelikan M, Rö-Thlin F, Ganahl K, Slonska Z, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health* [Internet]. 2015 [consultado 9 de abril de 2017]; 25(6):1053-8. Disponible en: <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>.
- Staley K. 2013. There is no paradox with PPI in research. *J Med Ethics Published* [Internet]. 2013 [consultado 5 de abril de 2017];39(3):186-7. Disponible en: <http://jme.bmj.com/content/39/3/186>.
- Suárez-Herrera JC, O'Shanahan JJ, Serra-Majem L. Social participation as a central strategy of community nutrition to face the challenges associated with the nutritional transition. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2009 [consultado 25 de junio de 2010];83(6):791-803. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20111828>.
- Swift TL, Dieppe PA. Using expert patients' narratives as an educational resource. *Patient Educ Couns* 2005;57(1):115-21.
- Syrjala KL, Abrams JR, Polissar NL, Hansberry J, Robison J, DuPen S, et al. Patient training in cancer pain management using integrated print and video materials: a multisite randomized controlled trial. *Pain* [Internet]. 2008 [consultado 15 de abril de 2017];135(1-2):175-86. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.pain.2007.10.026>.
- Torjensen DO, Aarvevaara T, Time MS, Tynkkynen LK. The users' role in primary and secondary healthcare in Finland and Norway. *SJPA* [Internet]. 2017 [consultado 6 de abril de 2017];21(1):103-22. Disponible en: <http://ojs.ub.gu.se/ojs/index.php/sjpa/article/view/3709>.
- Travaglia J, Robertson H. The role of the patient in quality improvement. En: Johnson J, Sollecito WA, editores. *Continuous quality improvement in health care* [Internet]. Sudbury, MA: Jones & Bartlett. 2011 [consultado 5 de abril de 2017]. Disponible en: http://samples.jbpub.com/9780763781545/81545_FMxx_FINAL.pdf.
- Turabián JL, Pérez Franco B. Atención médica individual con orientación comunitaria. Atención contextualizada: la figura es el fondo. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria (rceAP)* [Internet]. 2008 [consultado 5 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=16&art=08>.
- Van der Meulen N, Jansen J, van Dulmen S, Bensing J, Van Weert J. Interventions to improve recall of medical information in cancer patients: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology* [Internet] 2008 [consultado 9 de abril de 2017];17(9): 857-68. Disponible en: <http://doi.org/10.1002/pon.1290>.
- Van der Peet EH, Van den Beuken-van Everdingen MHJ, Patijn J, Schouten HC, van Kleef M, Courtens AM. Randomized clinical trial of an intensive nursing-based pain education program for cancer outpatients suffering from pain. *Supportive Care in Cancer* [Internet] 2009 [consultado 12 de abril de 2017];17(8):1089-99. Disponible en: <http://doi.org/10.1007/s00520-008-0564-4>.
- Wagemakers A, Vaandrager L, Koelen MA, Saan H, Leeuwis C. Community health promotion: a framework to facilitate and evaluate supportive social environments for health. *Eval Program Plann* [Internet]. 2010 [consultado 23 de junio de 2010];33(4):428-35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20106527>.
- Wait S, Nolte E. Public Involvement Policies in Health: Exploring Their Conceptual Basis. *Health Econ Policy Law* [Internet]. 2006 [consultado 3 de abril de 2017];1(02):149-62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18634687>.
- Wale J, Colombo C, Belizan M, Nadel J. International health consumers in the cochrane collaboration: fifteen years on. *J Ambul Care Manage* 2010;33(3):182-9.
- Webster PC. New electronic health record blueprint to call for increased patient participation. *Can Med Assoc J (CMAJ)* [Internet]. 2010 [consultado 17 de julio de 2010];182. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/182/10/E429?etoc>.
- Wilson EAH, Makoul G, Bojarski EA, Bailey SC, Waite KR, Rapp DN, et al. Comparative analysis of print and multimedia health materials: a review of the literature. *Patient Education and Counseling* [Internet]. 2012 [consultado 12 de abril de 2017];89(1):7-14. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.pcc.2012.06.007>.
- Wilson MG, Lavis JN, Travers R, Rourke SB. Community-based knowledge transfer and exchange: helping community-based organizations link research to action. *Implement Sci* [Internet]. 2010 [consultado 13 de julio de 2010];27;5:33. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20423486>.
- Wright-Berryman J, McGuire A, Salyers M. A review of consumer-provided services on assertive community treatment and intensive case Consumer and community engagement: a review of the literature Australian Institute of Health Innovation. Agency for Clinical Innovation management teams: implications for future research and practice. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* [Internet]. 2011 [consultado 8 de abril de 2017];17: 37-44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3117264/>.



DESIGUALDADES Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Carme BorrellThió • M.^a Isabel Pasarín Rúa

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

LA SALUD Y LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

La salud

Las desigualdades sociales en salud

LAS CAUSAS DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

Determinantes sociales de la salud

Los ejes de desigualdad

LA MEDICIÓN Y LA VIGILANCIA DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

POLÍTICAS PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

Política y políticas públicas

El reconocimiento de un problema colectivo

Las políticas para reducir las desigualdades sociales en salud

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud que se producen de forma sistemática y que son el resultado de las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o raza.
- A los factores sociales relacionados con la salud se les ha llamado «determinantes sociales de la salud» y se refieren a las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los sistemas de salud.
- Los ejes de desigualdad son factores que determinan jerarquías de poder en la sociedad como son la clase social, el género, la raza/etnia o la edad.
- La vigilancia de las desigualdades sociales en salud implica monitorizar a lo largo del tiempo y en distintas áreas geográficas estas desigualdades para poderlas seguir a través del tiempo o para poder comparar las distintas zonas.
- La instauración de políticas requiere de *reconocimiento* de la situación como un problema colectivo, como algo que *no* es lo esperado y deseable y que por tanto se debe actuar para corregirlo.
- Si un problema de salud no es abordado desde las políticas públicas es muy probable que aparezca un patrón de desigualdad.
- Criterios que deben guiar la acción política para disminuir las desigualdades sociales en salud: orientarse a la máxima mejora de la salud y a reducir las desigualdades, utilizar diferentes estrategias, se debe medir siempre según sexo y según posición socioeconómica, y evaluar el impacto con diferentes indicadores, la participación es necesaria incluyendo el dar voz a quien no suele tenerla, y los sistemas sanitarios deben basarse en principios de equidad.
- Las políticas para reducir las desigualdades sociales en salud deben actuar sobre los determinantes estructurales y sobre los intermedios, y deben contemplar los ejes de desigualdad (clase social, género, edad, etnia y territorio).
- Como sistema sanitario el acceso y la calidad deben cumplir con criterios de equidad, y por tanto con cobertura sanitaria universal y actuando según necesidad, vigilando no actuar bajo la ley de atención inversa, que significa atender más a quienes menos necesitan.
- Cuando la atención primaria está situada como elemento central en la atención de los problemas de salud de la población se ha evidenciado más efectiva y eficiente, y como sistema se atiende mejor a la desigualdad social en salud.
- En la atención primaria se puede actuar a favor de la disminución de las desigualdades sociales en salud tanto desde la actuación en consulta como en la comunidad, por tanto en el abordaje individual como en la acción comunitaria.

LA SALUD Y LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

La salud

El concepto de salud es mucho más amplio que la ausencia de enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió en 1948 como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Pero existen otras definiciones como por ejemplo la del Congreso de Médicos y Biólogos de Perpiñán de 1976 que definió la salud como «aquella manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa», lo que pone en evidencia que la salud es una vía de promoción de la libertad y la equidad de las personas. Hay que tener en cuenta que la mayoría de personas no tiene unas condiciones de vida adecuadas con las que poder disfrutar y compartir una vida saludable, independiente, fraternal y alegre. Ello es debido a que la salud está influida por las condiciones de vida que nos rodean; así, por ejemplo, las personas que viven en situación de pobreza o desempleo no podrán tener una buena salud ya que su situación les repercutirá de forma negativa.

Debemos diferenciar la salud individual de cada persona de la «salud colectiva». Cuando tenemos en cuenta la salud en el conjunto de la población nos estamos refiriendo a la «salud colectiva». Y tal como se explicará en el apartado siguiente, las causas de la salud colectiva o salud de la población están relacionadas con las condiciones de vida y trabajo de las personas. Además, hay que tener en cuenta que las decisiones cruciales relacionadas con valores sobre lo que es bueno o malo para la salud de la población se toman también en el terreno de la política. Así, por ejemplo, decisiones como privatizar la atención sanitaria o el acceso al agua potable, decisiones que habitualmente son políticas, pueden repercutir negativamente en la salud colectiva ya que una parte de la población no tendrá acceso a estos recursos privatizados.

La salud es aquella manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa. La salud del conjunto de la población es la «salud colectiva».

Las desigualdades sociales en salud

Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud que se producen de forma sistemática y que son el resultado de las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o raza (Whitehead y Dahlgren, 2006). Ello se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos, como las personas de clase social menos privilegiada, las mujeres, las personas que viven en territorios más pobres o las personas que no son de raza blanca. Hay que señalar que las desigualdades en salud son producto del funcionamiento de nuestra sociedad y no de factores individuales como la genética; por tanto son desigualdades evitables e injustas. Hay que tener en cuenta que cuando hablamos de salud nos referimos a cualquier medición de la salud o la enfer-

medad, como por ejemplo la salud percibida (como una persona siente su salud), la salud mental o la esperanza de vida al nacer (años que se espera vivir, como promedio, cuando una persona nace).

Numerosos estudios científicos muestran que las desigualdades en salud son enormes y responsables de un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Además, en aquellos ámbitos donde se han estudiado, las desigualdades en salud según clase social aumentan ya que la salud mejora más rápidamente en las personas de clases sociales más aventajadas o empeora más en las personas de clases sociales menos favorecidas. La evidencia científica también señala que las desigualdades en salud se pueden reducir si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas.

Por otro lado, la equidad o igualdad en salud señala la ausencia de diferencias evitables e injustas entre grupos de personas definidas social, económica, demográfica o geográficamente. La «equidad en salud» supone igualdad en las oportunidades para lograr desarrollar el máximo potencial de salud. Puede simplificarse la definición de equidad en salud como «la ausencia de desigualdades en salud».

Las figuras 4.1 y 4.2 muestran ejemplos de desigualdades en salud, y concretamente en la esperanza de vida al nacer, en cuatro países. Se observa que en dichos países las personas con un nivel de estudios terciarios tienen una esperanza de vida más larga que las que tienen menos estudios. Por ejemplo, en Finlandia y Grecia las diferencias en los hombres, entre los que tienen más y menos nivel de estudios, son de 6 años, en las mujeres en Finlandia son casi de 4 años.

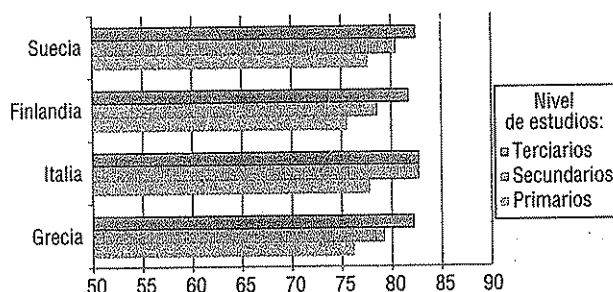


FIGURA 4.1 ■ Esperanza de vida al nacer en años según nivel de estudios. Hombres, 2015. En cuatro países de Europa. De elaboración propia, Eurostat.

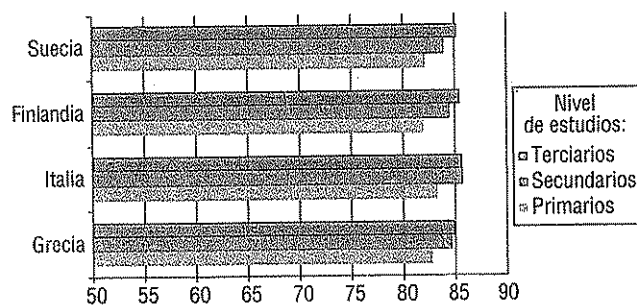


FIGURA 4.2 ■ Esperanza de vida al nacer en años según nivel de estudios. Mujeres, 2015. En cuatro países de Europa. De elaboración propia, Eurostat.

Las desigualdades sociales en salud son resultado de las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o raza.

LAS CAUSAS DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

Determinantes sociales de la salud

A los factores sociales relacionados con la salud se les ha llamado «determinantes sociales de la salud» y se refieren a las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los sistemas de salud (OMS, 2009). Por tanto, los determinantes sociales de la salud se refieren a las condiciones de vida y trabajo desde el nacimiento hasta la muerte. Estas condiciones vienen definidas por la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, y también son resultado de iniciativas políticas.

Existen modelos teóricos o modelos conceptuales que muestran los mecanismos y los procesos causales que intervienen en la salud y en las desigualdades en salud. La figura 4.3 muestra tres modelos conceptuales a tener en cuenta. En primer lugar (modelo A) el clásico modelo de Dalgren y Whitehead (1991), que ha sido ampliamente utilizado y muestra los determinantes de la salud en capas concéntricas. En el centro están los factores individuales como el sexo, la edad o los factores constitucionales; estos factores no se pueden cambiar. En una segunda capa se muestran los estilos de vida que pueden ser nocivos para la salud, como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol o el sedentarismo. En la siguiente capa constan las redes sociales y comunitarias; existe amplia evidencia sobre el efecto positivo que tienen estas redes sobre la salud colectiva. Más externamente se evidencian las condiciones de vida de las personas, como por ejemplo el medio laboral, la educación, la vivienda o los servicios sanitarios. Estas condiciones afectarán de forma positiva la salud colectiva si la población tiene acceso a ellas. La capa más externa se refiere a los factores como las condiciones políticas, socioeconómicas, culturales y medioambientales. Este modelo fue conceptualizado para poder diseñar políticas e intervenciones para mejorar la salud y ha sido ampliamente utilizado en diversos ámbitos para describir los factores relacionados con el estado de salud de la población.

Otros modelos intentan explicar los determinantes de las desigualdades sociales en salud. El modelo B de la figura 4.3 es el que adoptó la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España (2012 y 2015) y se compone de los siguientes elementos:

1. Los determinantes estructurales que contienen:

- a. El *contexto socioeconómico y político*: se refiere a los factores que afectan de forma importante a la estructura social y la distribución de poder y recursos dentro de ella. Existe evidencia científica que señala cómo el poder político está relacionado con la salud de la población. El gobierno junto con otros actores socioeconómicos que le influyen (p. ej., las multinacionales o los bancos) es res-

ponsable de las políticas económicas, de estado de bienestar o de mercado de trabajo. El «estado de bienestar» se refiere a aquellas medidas adoptadas por el Estado para garantizar o mejorar el bienestar de la población. Dentro de las medidas de estado de bienestar se incluyen, por ejemplo, las referidas a los servicios educativos o a los servicios de salud.

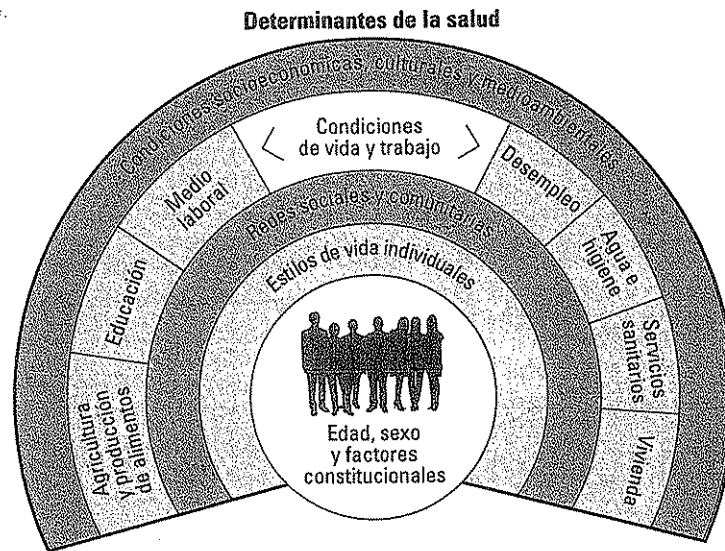
- b. Los ejes de desigualdad que determinan la *estructura social*: son los distintos factores que determinan jerarquías de poder en la sociedad como son la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio (v. el siguiente apartado).

2. Los *determinantes intermedios*: la estructura social determina desigualdades en los recursos materiales, que a su vez influyen en procesos psicosociales y conductas, los cuales determinan las desigualdades en salud. Los determinantes intermedios incluyen en primer lugar los recursos materiales que son: a) las condiciones de empleo (situación laboral, precariedad) y trabajo (riesgos físicos y ergonómicos, organización y entorno psicosocial), b) la carga de trabajo reproductivo (tareas domésticas y de cuidado de las personas), c) el nivel de ingresos y la situación económica y patrimonial, d) el acceso y la calidad de la vivienda; y sus equipamientos y e) el barrio o área de residencia y sus características.

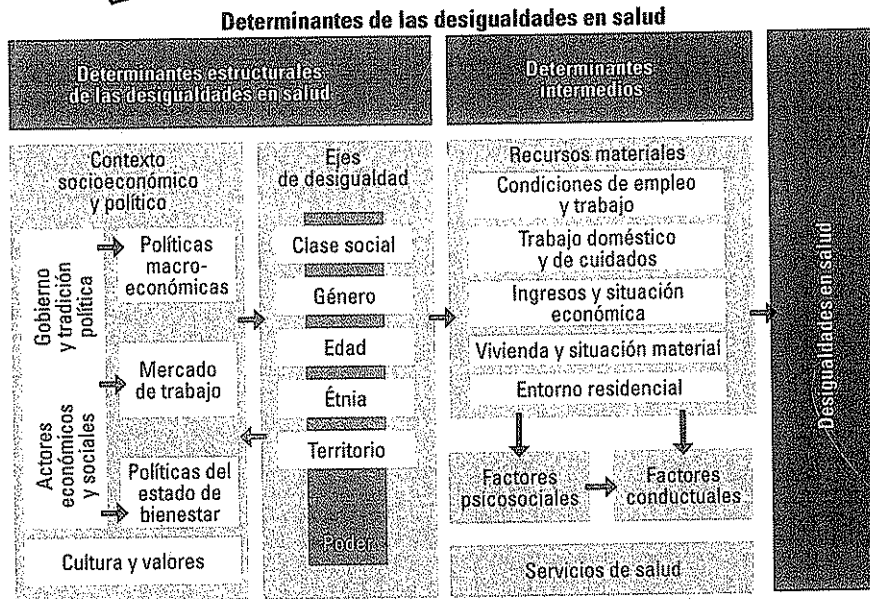
El tercer modelo muestra los determinantes en salud de las áreas urbanas y se compone de las siguientes partes (Borrell et al., 2013):

1. *Gobernanza*: se refiere no solo a los gobiernos que afectan a las ciudades sino también a otros actores que tienen un papel importante, como el sector privado y la sociedad civil.
2. *Contexto físico*: incluye el contexto natural (el clima o la geografía) y otros factores físicos, como el medio construido basado en la planificación urbana y la política de vivienda, las cuales dependen parcialmente de las autoridades locales. Las políticas de vivienda podrán facilitar el acceso a esta a las personas de los hogares con ingresos bajos y la ausencia de estas políticas convierten la vivienda en un bien de especulación, tal como ha ocurrido en la crisis económica que empezó en 2008. Y los problemas de acceso a la vivienda repercuten en la salud. Otro aspecto del contexto físico es la movilidad y por tanto el transporte. Los factores mencionados pueden, además, influir en las características ambientales, tales como la calidad del agua y del aire y la contaminación acústica. Finalmente, también se tiene en cuenta la accesibilidad a alimentos saludables y la gestión de las emergencias.
3. *Contexto socioeconómico*: este elemento se refiere a los factores económicos, las condiciones de empleo y trabajo, el entorno doméstico y familiar, los servicios públicos (educación, salud, servicios para ayudar a las familias, etc.) y las transferencias sociales (pensiones, prestaciones por desempleo, etc.). Otros aspectos incluidos son la seguridad, las redes sociales y la participación de la comunidad.
4. *Entornos*: son los espacios donde las personas interactúan y donde se pueden crear y/o resolver problemas

A



B



C

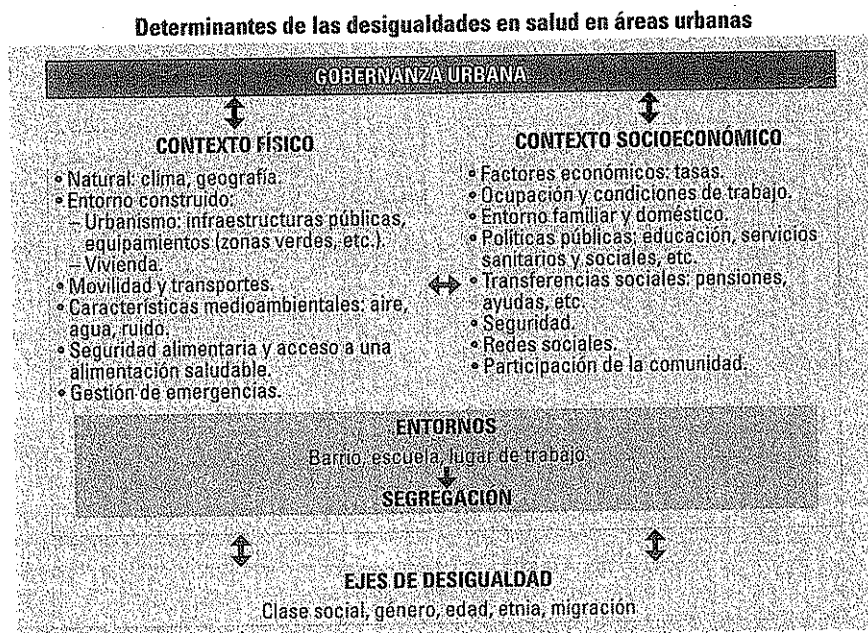


FIGURA 4.3 ■ Modelos conceptuales de los determinantes de la salud y de los determinantes de las desigualdades en salud.

relacionados con la salud. Ejemplos de entornos son los barrios, las escuelas o los lugares de trabajo. Tanto el contexto físico como el socioeconómico están relacionados con estos entornos tal como se observa en la figura 4.3. Así por ejemplo, las características del medio construido y el contexto socioeconómico influyen en la segregación residencial de la población (o sea, que la población se agrupa en los barrios según su nivel socioeconómico) que se relaciona con las desigualdades en salud entre diferentes zonas. Los entornos son espacios idóneos para llevar a cabo acciones para promover la salud, así por ejemplo, un barrio con zonas verdes fomentará la movilidad activa (caminando o en bicicleta) o las relaciones entre las personas.

5. *Ejes de desigualdad*: los factores comentados anteriormente pueden variar de acuerdo a los diferentes ejes de desigualdad, como la clase social, el género, la edad o la etnia.

Los tres modelos de la figura 4.3 dejan claro que los servicios sanitarios no son las principales causas de la salud o de las desigualdades en salud. Evidentemente, estos servicios son clave cuando una persona está enferma, y toda la población debería tener acceso gratuito y universal a ellos, pero tal como se ha comentado, las causas de las desigualdades en salud recaen fundamentalmente en las condiciones de vida y trabajo.

A los factores sociales relacionados con la salud se les ha llamado «determinantes sociales de la salud». Existen varios modelos conceptuales que ayudan a mostrar estos factores.

Los ejes de desigualdad

En este apartado se definen los principales ejes de desigualdad: clase social y posición socioeconómica, sexo y género y otros ejes como la raza/etnia o la edad (Krieger, 2002).

La clase social y la posición socioeconómica

La *clase social* se refiere a grupos sociales surgidos de las relaciones que existen entre las personas basadas en la economía. Estas relaciones son determinadas por las formas del trabajo de la sociedad, como por ejemplo la propiedad del centro de trabajo (una persona empresaria es propietaria) o la posición de las personas respecto al mercado y su capacidad de adquirir bienes. Por ejemplo, la clase trabajadora y la clase de los empresarios existen en relación mutua y se definen una a otra. Una persona no puede ser empleada si no tiene a otra que la emplee (empresaria), y esta distinción entre empleada y empleadora tiene que ver con su relación con el trabajo y con los demás a través de la estructura económica de la sociedad.

La *posición socioeconómica* está relacionada con la clase social y se basa en medidas de recursos o de prestigio. Los recursos se refieren a los ingresos, la riqueza y el nivel de estudios. Cuando el nivel de ingresos es inadecuado la persona se puede encontrar en situación de pobreza. El prestigio se refiere al rango de las personas en la jerarquía social, que les da más o menos acceso al consumo de bienes, servicios y conocimiento.

Tanto la clase social como la posición socioeconómica se relacionan con la salud en forma de gradiente social. Ello se refiere al decrecimiento escalonado de la salud según desciende la clase social o la posición socioeconómica de la persona.

Las figuras 4.1 y 4.2, comentadas anteriormente, muestran desigualdades en forma de gradiente según nivel de estudios como medida de posición socioeconómica. La figura 4.4 pone en evidencia cómo la obesidad aumenta al disminuir la clase social (la clase I es la más aventajada y la VI la menos) y lo hace en forma de gradiente. La figura 4.5 muestra el gradiente de aumento de los porcentajes de ansiedad o depresión a medida que disminuye la clase social.

En la figura 4.6 se observa otro ejemplo, el hecho de tener médico de cabecera del sistema público. Los porcentajes son más elevados tanto para los hombres como para las mujeres sin estudios, ya que al aumentar el nivel



FIGURA 4.4 ■ Obesidad según sexo y clase social. Población ≥18 años. España 2011. De elaboración propia. Encuesta Nacional de Salud 2011.

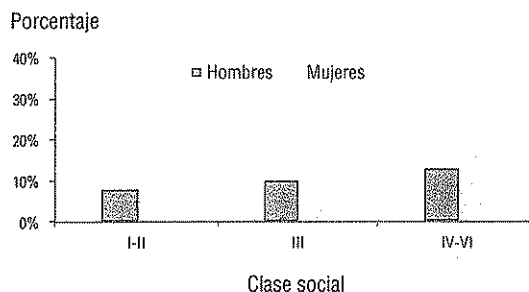


FIGURA 4.5 ■ Ansiedad o depresión según sexo y clase social. Población ≥15 años. Cataluña 2015. De elaboración propia. Encuesta de Salud de Cataluña 2015.

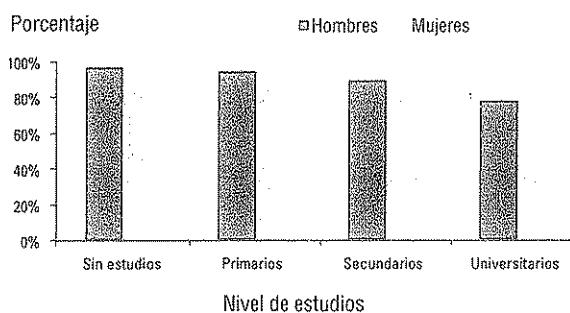


FIGURA 4.6 ■ Médico/a de cabecera público según sexo y nivel de estudios. Barcelona 2011. De elaboración propia. Encuesta de Salud de Barcelona 2011.

de estudios se incrementan los porcentajes de personas que tienen médicos/as de cabecera privados.

El género

Los términos «género» y «sexo» tienen significados distintos aunque a menudo se usan indistintamente. El género se refiere a cómo la sociedad considera a los hombres y las mujeres y está basado en las convenciones culturales, actitudes y relaciones entre ambos. Por ejemplo, en nuestra sociedad ya desde la infancia los niños suelen jugar de forma distinta que las niñas, ellos juegan al fútbol y ellas a baloncesto; las mujeres trabajan en ocupaciones relacionadas con el cuidado (p. ej., enfermería) y los hombres en ocupaciones relacionadas con la construcción. Por tanto, el género puede cambiar de una sociedad a otra y también a lo largo de la historia. En cambio el sexo se refiere a las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas de hombres y mujeres.

En las sociedades occidentales la mujer suele ser la responsable del ámbito doméstico y familiar, a pesar de su progresiva incorporación en el mercado de trabajo, mientras que el hombre sigue centrado en el mundo de la producción. En el trabajo productivo el hombre suele ocupar las posiciones de poder (segregación vertical) y además hombres y mujeres hacen distintas ocupaciones, ellas generalmente más relacionadas con el cuidado (salud, educación, etc.) (segregación horizontal). Por otro lado, los salarios son más elevados en los hombres. Además las mujeres tienen una situación desfavorable en otros aspectos como por ejemplo en la esfera pública (cargos institucionales o de partidos políticos). Todo ello se traduce en un desigual reparto del poder entre hombres y mujeres.

Es importante también tener en cuenta el concepto de «sexismo», que implica relaciones de género injustas y se refiere a las prácticas institucionales e interpersonales mediante las cuales los miembros de grupos del género dominante (habitualmente los hombres) obtienen privilegios a través de la subordinación de otros grupos de género (habitualmente las mujeres)

El sexo y el género están relacionados con la salud de forma simultánea, ya que las personas no viven siendo de un «género» o de un «sexo», sino de ambos a la vez. A continuación se presentan algunos ejemplos: el consumo de alcohol empieza antes en los hombres que en las mujeres y, durante las últimas décadas en nuestro país, la frecuencia de hombres que beben es superior a la de las mujeres. Esta es una exposición relacionada con el «género», ya que el hecho de beber no depende de la biología. Hay que tener en cuenta que el consumo excesivo de alcohol está relacionado con múltiples enfermedades como por ejemplo la cirrosis, que es más frecuente en los hombres. Otro ejemplo atado al rol de género es la mala salud percibida y la peor salud mental de las mujeres de clase social desfavorecida por el hecho de tener más carga doméstica en casa (o sea un número mayor de personas en el hogar). Un ejemplo ligado al sexo son las enfermedades que solo pueden tener los hombres o las mujeres, como por ejemplo el cáncer de próstata o el cáncer de ovario.

Las mujeres suelen tener una esperanza de vida más larga que los hombres, tal como se observa en las figuras 4.1 y 4.2, pero tienen peor calidad de vida. Así, por ejemplo,

en la figura 4.5 se muestra que en ellas los porcentajes de ansiedad o depresión son más elevados, sobre todo en las mujeres de clases sociales más desfavorecidas.

Otros ejes de desigualdad

A parte de los ejes mencionados anteriormente existen otros como la raza y la etnia o la edad.

La *raza/etnia* se refiere a grupos sociales que suelen compartir herencia cultural y ascendencia. *Racismo* se refiere a la discriminación a causa de la raza/etnia. La *etnia* es un concepto que diferencia grupos «innatamente» diferentes, pero presuntamente pertenecientes a la misma «raza», que se ha usado para referirse a grupos con distinta «cultura»; sin embargo, en la práctica, la «etnia» no se puede desligar de la «raza» en sociedades donde existe la discriminación por raza, hecho que ha dado origen al concepto de «raza/etnia». Tanto la raza como la etnia se asocian a la salud.

La edad como variable social tiene en cuenta que, en una sociedad dada, no todas las personas de distintas edades tienen las mismas oportunidades de tener buena salud. Independientemente de que a medida que nos hacemos mayores la salud empeora (edad biológica), los aspectos sociales ligados a la edad también son importantes. Así, por ejemplo, en nuestra sociedad las personas mayores suelen estar discriminadas, facilitándose poco su participación. Este hecho puede acabar repercutiendo en su salud.

Los ejes de desigualdad son factores que determinan jerarquías de poder en la sociedad como son la clase social, el género, la raza/etnia o la edad.

LA MEDICIÓN Y LA VIGILANCIA DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

En salud pública es necesario conocer el estado de salud de la población y por tanto es importante medir las desigualdades en salud. Esta medición se lleva a cabo a través de medidas sencillas como por ejemplo el número de casos, los porcentajes o las tasas (que tienen en cuenta el número de casos según la población de riesgo) y también con medidas más complejas que comparan la realidad de los distintos grupos como por ejemplo clases sociales, sexos, etc. Estas medidas más complejas suelen ser medidas epidemiológicas como el riesgo relativo, la razón de prevalencias, la diferencia de tasas, o incluso medidas que ajustan los riesgos por el tamaño de la población. En las figuras anteriores se han mostrado porcentajes, excepto en las figuras 4.1 y 4.2, en que se observa la esperanza de vida al nacer.

La vigilancia de la salud pública es la recogida sistemática y continua, el análisis y la interpretación de información relacionada con la salud de la población y sus determinantes, información que es esencial para la planificación, implementación y evaluación de las actuaciones de salud pública. Por tanto, la vigilancia de las desigualdades en salud implica monitorizar a lo largo del tiempo y en distintas áreas geográficas estas desigualdades para poderlas seguir a través del tiempo o para poder comparar las dis-

tintas zonas (Espelt et al., 2016). Hay que tener en cuenta que las fuentes de información sobre salud y determinantes de la salud no siempre disponen de variables sociales. Por ejemplo, la mayoría de registros de enfermedades no recogen variables de clase social o posición socioeconómica. Una fuente muy interesante son las encuestas de salud, encuestas que se realizan a una muestra de población y que habitualmente se realizan mediante una entrevista. Estas encuestas permiten recoger abundante información sobre la salud, la utilización de servicios sanitarios y los determinantes de la salud. Además, las encuestas suelen recoger información sobre variables sociales.

La información para la vigilancia de las desigualdades en salud deberá ser analizada y diseminada. El análisis habitualmente se basa en análisis de tendencias a lo largo del tiempo o en análisis que compara diferentes áreas. Por ejemplo, la información de las figuras 4.1 y 4.2 permite comparar las desigualdades en esperanza de vida según posición socioeconómica en cuatro países europeos.

La diseminación de la información se hace utilizando distintos medios, como por ejemplo informes técnicos, dípticos, vídeos, etc.

La vigilancia de las desigualdades en salud implica monitorizar a lo largo del tiempo y en distintas áreas geográficas estas desigualdades para poderlas seguir a lo largo del tiempo o para poder comparar las distintas zonas.

POLÍTICAS PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

Política y políticas públicas

La Real Academia Española define política en una de las acepciones como «orientaciones o directrices que rigen la actuación de una persona o entidad en un asunto o campo determinado», y la *Gran Enciclopèdia Catalana* como «conjunto de actividades teóricas y prácticas referentes a las relaciones entre los ciudadanos de una misma colectividad o entre diferentes colectividades». Otra definición accesible en la red (<http://definicion.de/politica/>) es la de «actividad orientada en forma ideológica a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos». Por tanto, podríamos resumir la política como orientaciones y acciones que se llevan a cabo para alcanzar objetivos de la colectividad.

Si además nos referimos a políticas públicas queda limitado a la acción de las instituciones públicas orientadas a la solución de problemas colectivos. Joan Subirats, en su publicación «Análisis y gestión de políticas públicas» (<http://igop.uab.cat/2013/11/11/analisi-y-gestion-de-politicas-publicas/>) se refiere a ellas como la respuesta del sistema político-administrativo a una situación de la realidad social que es juzgada como políticamente inaceptable. Esta introducción sirve para señalar dos cosas: *a*) la política la ejercen no sólo las instituciones públicas, hacen política (acciones para influir en colectividades) entidades e instituciones públicas y privadas de muy diversa índole, desde unas con influencia mundial hasta otras con influencia mucho más local, y *b*) se requiere del reconocimiento de un problema

colectivo, y en el tema que nos ocupa las desigualdades sociales en salud, y el primer paso necesario para abordarlas es su reconocimiento como problema.

Por tanto, ya entrando en las políticas orientadas a reducir las desigualdades, se trata de ver el papel que con este objetivo se planteen o puedan plantearse diferentes actores. En este capítulo lo centraremos en las instituciones públicas y las políticas públicas, y en su papel en la modificación de los determinantes de la salud y de la desigualdad en salud.

Pero dado el público predominante de este libro, básicamente del sector sanitario, se hablará más extensamente de uno de los sectores públicos, el sector sanitario, de las políticas que se desarrollan desde la gestión de los servicios sanitarios e incluso desde la atención sanitaria individual.

Con esto no se quiere llevar a error y a una concepción reduccionista e inefectiva del abordaje de las desigualdades sociales en salud, con un gran peso del sector sanitario. En absoluto, se podría ahondar en el resto de sectores, todos aquellos que influyen en los determinantes de la salud y de la desigualdad en salud y que implica a muchos otros sectores profesionales (sector educativo, social, urbanístico, comercial, etc.) (v. el apartado «Determinantes sociales de la salud»).

Las políticas públicas son la respuesta del sistema político-administrativo a una situación de la realidad social que es juzgada como políticamente inaceptable.

El reconocimiento de un problema colectivo

Acabamos de ver que la existencia de una política determinada requiere del reconocimiento previo de un problema, cuya resolución será el objetivo de esta. El conocimiento de la existencia de desigualdades sociales en salud es un elemento necesario pero no suficiente. En los apartados anteriores de este capítulo se ha dado buena cuenta de ello, reflejo de los enormes avances que el conocimiento científico ha dado no ya en los últimos años, sino en las últimas décadas. También se ha plasmado el avance en conocer la conceptualización de la salud, mucho más allá de la enfermedad, en los factores determinantes de la salud (señalando las causas más allá de las conductas individuales y también de la actuación del sector sanitario) y en los factores que condicionan la existencia de desigualdades sociales (distribución diferente, injusta y evitable de los determinantes de la salud).

Por lo tanto, conocimiento no falta, pero la instauración de políticas requiere de *reconocimiento* de la situación como un problema colectivo, como algo que *no* es lo esperado y deseable y que por tanto es necesario actuar para corregirlo.

Este reconocimiento se basa en un análisis valorativo de la situación, por tanto plenamente influido por valores éticos e ideológicos. Parte de una idea de contexto deseable —en este caso sería el de no existencia de desigualdades sociales en salud— y esto sirve de base para la definición de la acción que provoque su cambio.

Sirva como ejemplo el siguiente: España es un país en el que la enfermedad en la colectividad ha sido reconocida como un problema público, y está articulado un sistema público, el sanitario, cuyo principal objetivo es actuar para que el impacto de la enfermedad sea el menor posible y además lo sea en casi toda la población, por tanto no genere en su actuación desigualdad en el acceso. El adverbio «casi» se justifica por las restricciones a la atención en las mismas condiciones de acceso a ciertos colectivos.

Pero nos podríamos preguntar si la salud es un «problema» colectivo reconocido. ¿Las políticas buscan generar salud? La política económica, de vivienda, de urbanismo, de comercio, y todas aquellas que influyen en los determinantes de salud, ¿tienen en cuenta si favorecen o dificultan la salud?, ¿y sobre quién?, ¿favorecen o dificultan la desigualdad?

Por tanto, la salud ¿hasta dónde es un «problema público»? ¿y la desigualdad social?

En los apartados anteriores de este capítulo son justamente salud y desigualdad los dos constructos tratados. Si se reconoce y asume su importancia «pública», se debería expresar en la definición de políticas públicas para su abordaje, en las actuaciones de los diferentes niveles de gobernanza del sector público (desde los gobiernos hasta las personas gestoras y trabajadoras de los servicios públicos) orientadas a mejorar la salud y a reducir la desigualdad. Y cabe tener muy presente que actuar para la salud no incorpora necesariamente actuar contra la desigualdad, ya que puede haber acciones orientadas a la consecución de una mejor salud de la población pero que incrementen las desigualdades en salud. Veamos un ejemplo: las vacunaciones son una actuación preventiva de elevada eficacia (por lo menos gran parte de ellas) y la persona vacunada puede tener muy baja probabilidad de padecer en un futuro la enfermedad, pero si las vacunas se las tienen que costear las personas lo más probable es que se produzca un gradiente socioeconómico en la cobertura de vacunación, de tal forma que las personas con mejor posición socioeconómica presentarán finalmente mayores coberturas vacunales y, en consecuencia, menor riesgo de enfermedad.

En otra área de atención, la destinada a los problemas odontológicos, los cuales en España no son de cobertura universal, sirva como ejemplo de cómo genera desigualdad la no cobertura en el Sistema Nacional de Salud. Según datos de la Encuesta de Salud de España de 2006, hay un claro patrón de desigualdad en este tipo de atención. En un estudio realizado por Barriuso y San-Barbero en menores de edad preescolar, el porcentaje de niños y niñas entre 3 y 5 años que habían acudido alguna vez a atención dental se muestra asociado al nivel socioeconómico y a la clase social. En la figura 4.7 podemos ver el gráfico que muestra un claro gradiente según clase social, de forma que los hijos de familias de clase social más aventajada habían acudido a servicios odontológicos con mayor frecuencia que los de familias de clase social más desaventajada (clase social V). La figura 4.8 muestra el gradiente en personas adultas, según nivel de estudios, concretamente según datos de la Encuesta de Salud de Barcelona del año 2011.

Ambos gráficos son concordantes y permite deducir que ni la salud bucodental ni su patrón de desigualdad están reconocidos como problemas colectivos que requieran de actuación desde las políticas públicas.

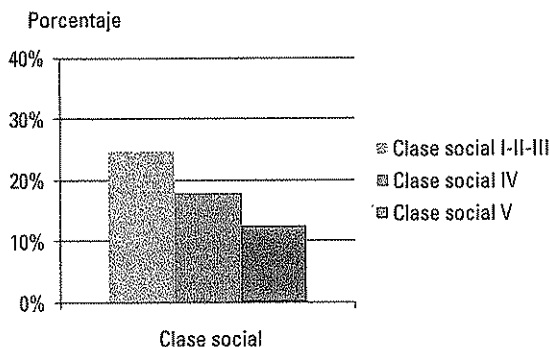


FIGURA 4.7 ■ Visita odontológica según clase social. Niños y niñas de 3-5 años. España 2006. De Barriuso Lapresa L, Sanz-Barbero B. Variables asociadas al uso de los servicios de salud bucodental por la población preescolar en España: un análisis de la Encuesta Nacional de Salud. Rev Esp Salud Pública. 2012;86(1):115-24.

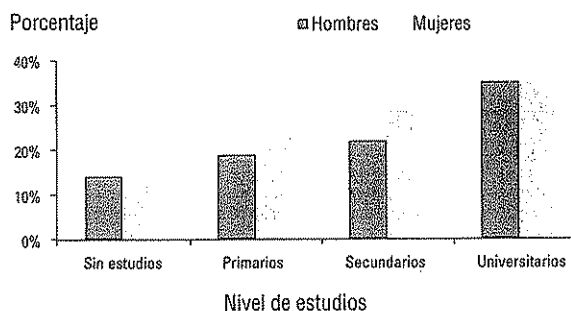


FIGURA 4.8 ■ Visita odontológica en el último año según sexo y nivel de estudios. Población ≥ 15 años. Barcelona 2011. De elaboración propia. Encuesta de Salud de Barcelona 2011.

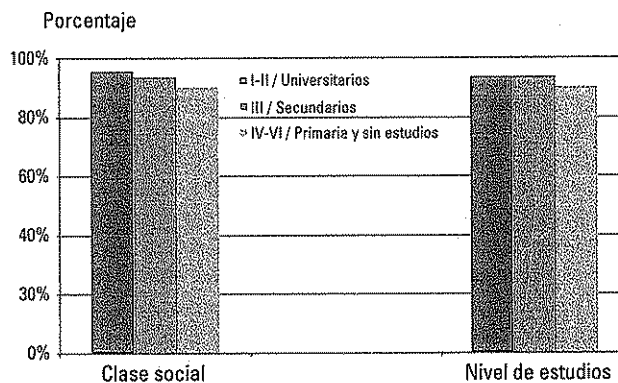


FIGURA 4.9 ■ Mamografía periódica según clase social y nivel de estudios. Mujeres de 50-69 años. Cataluña 2014. De elaboración propia. Encuesta de Salud de Cataluña 2014.

No se observa lo mismo en problemáticas que sí han sido reconocidas como un problema colectivo y para las que han desarrollado programas desde el sistema nacional de salud, como es el caso del cáncer de mama. En la figura 4.9 se muestra la distribución de mujeres entre 50 y 69 años, en Cataluña, que declaran hacerse mamografías periódicamente según clase social y nivel de estudios. Se observan dos cosas: la prevalencia de mujeres que se realizan la mamografía periódicamente es más alta, superior al 90%, y además el gradiente por

clase social y por nivel de estudios es menor, a pesar de que continúa existiendo.

La instauración de políticas requiere de *reconocimiento* de la situación como un problema colectivo, como algo que *no* es lo esperado y deseable y que por tanto es necesario actuar para corregirlo.

Las políticas para reducir las desigualdades sociales en salud

Crterios de la acción política

Whitehead y Dahlgren, del Centro Colaborador de la OMS para la Investigación Política de los Determinantes Sociales de la Salud, de la Universidad de Liverpool, con amplia trayectoria en el estudio de las desigualdades sociales en salud, definieron en 2006 diez principios que la acción política debe contemplar para abordar las desigualdades en salud (Whitehead y Dahlgren, 2006) que se presentan a continuación:

1. Las intervenciones políticas deben orientarse a alcanzar el máximo potencial de salud, no el mínimo; por tanto, reducir las desigualdades no debe ser a costa de disminuir el nivel de salud de los grupos con mayor nivel de salud, sino de mejorar la de los menos sanos. O sea, la acción política debe buscar la mejora de la salud de los grupos más desfavorecidos hasta el grado de los más privilegiados.
2. Deben utilizarse las tres estrategias para reducir las desigualdades en salud, ya que son interdependientes. Dichas estrategias son: *a)* estrategia selectiva: centrada en aquellas personas que están en situación de más pobreza; *b)* estrategia orientada para reducir la brecha de desigualdad de la salud: centrada en reducir las diferencias de salud entre las personas más desfavorecidas y las más privilegiadas, y *c)* estrategia poblacional: orientada a reducir las desigualdades de salud entre todos los grupos de todas las posiciones socioeconómicas. Si no se utilizan las tres estrategias se podría mejorar el nivel de salud de algún grupo pero no reducir las desigualdades en salud. Las tres estrategias son, por tanto, no solo complementarias sino también interdependientes.
3. Las políticas de salud deben tener la doble finalidad de promover la mejora de la salud en toda la población y de reducir las desigualdades en dicho ámbito.
4. Las actuaciones deben centrarse en los determinantes sociales de las desigualdades en salud. Es decir, las políticas no solo tienen que actuar sobre los determinantes sociales de la salud, sino también sobre los determinantes de la desigualdad en salud.
5. Hay que vigilar que las intervenciones no produzcan daño, por tanto se requiere que se evalúe el impacto, además de los efectos más inmediatos. Ejemplo: un programa de ayudas a los grupos más pobres, si provocan estigma, puede llevar a una menor implementación.
6. Se deben seleccionar las herramientas adecuadas para medir las desigualdades y el cumplimiento de los objetivos de las políticas y programas orientados a su disminución. Se requieren diferentes medidas, por ejemplo que informen sobre cómo evolucionan las diferencias entre las personas más y menos privilegiadas, pero también medidas sobre el grado de desigualdad en el conjunto de la población. Al mismo tiempo, se requieren tanto medidas relativas como absolutas, ya que pueden llevar a conclusiones divergentes, como ocurre por ejemplo cuando los cambios en los grupos más y menos privilegiados suceden en diferente intensidad, y la intensidad de los grupos menos privilegiados no es lo suficientemente grande como para reducir la brecha de desigualdad.
7. Hay que hacer esfuerzos para hacer emerger la voz de los grupos menos privilegiados. La participación es importante, pero hay que reconocer que el poder de los grupos para hacer valer su influencia es diferente, y en el caso de gestión para la participación con el fin de reducir las desigualdades en salud se deben incluir estrategias para dar voz a las personas que están en situación de mayor desigualdad.
8. Siempre que sea posible se debe describir y analizar la desigualdad social de forma diferenciada para mujeres y hombres, y la razón para ello es que tanto la magnitud como las causas de la desigualdad son diferentes. Si este análisis no se efectúa de forma separada no se podrán realizar las políticas y programas para la reducción de desigualdad de forma específica. Es necesario combinar el enfoque de posición socioeconómica con el de género.
9. Las diferencias en salud según origen étnico o geográfico deben relacionarse con factores socioeconómicos, la razón es que la magnitud y las causas de la desigualdad en salud entre grupos étnicos suelen variar según la posición socioeconómica. También entre áreas geográficas el análisis de las diferencias en salud debe considerar las diferencias en estructura social.
10. Los sistemas sanitarios deben basarse en principios de equidad, que son:
 - a. Los servicios de salud deben ser públicos y universales y no deben tener ánimo de lucro, ni las y los pacientes deben ser utilizados como medio para obtener un beneficio.
 - b. Los servicios deben prestarse en función de la necesidad, no en función de la capacidad de pago.
 - c. El nivel de calidad de la atención debe ser el mismo independientemente de la edad, el género, el origen étnico o la posición socioeconómica.
 - d. Los valores del sistema de salud y sus objetivos de equidad deben ser explícitos, y debe velarse para su cumplimiento.

Existen principios que la acción política debe contemplar para abordar las desigualdades en salud.

¿Desde dónde deben definirse las políticas para disminuir las desigualdades sociales en salud?

Para responder esta pregunta hay que remitirse a los modelos conceptuales de los determinantes de las desigualdades en salud, y de forma sencilla y resumida diríamos que todas

aquellas políticas que modifiquen esos determinantes son las que hay que definir con objetivos de reducir la desigualdad (v. fig. 4.3). Por tanto, según el modelo conceptual B de la figura 4.3 se pueden diferenciar los siguientes puntos de entrada para la reducción de las desigualdades sociales en salud: *a)* políticas que actúan sobre los determinantes estructurales y que contemplan los ejes de desigualdad (clase social, género, edad, etnia y territorio) y *b)* políticas que actúan sobre los determinantes intermedios.

Las políticas que determinan el entorno macroeconómico, el mercado de trabajo y el estado del bienestar, tanto las políticas públicas como las llevadas a cabo por el resto de actores económicos y sociales, se desarrollan de forma diferente según tengan como objetivo explícito reducir las desigualdades en salud o no, y por tanto pueden ejercer una influencia positiva o negativa en estas. Dicha explicitación deberá incluir los ejes de desigualdad a través de los que se pretende actuar, de forma que se produzca una redistribución del poder existente según género, clase social, edad, etnia y territorio.

Bajo los auspicios de la OMS (OMS, 2009), en el año 2005 se constituyó una comisión internacional sobre determinantes de la salud que en 2008 elaboró una propuesta de recomendaciones basadas en la evidencia orientadas a alcanzar una mayor equidad. Ese mismo año (2008), en España, a petición del entonces Director General de Salud Pública, se constituyó una comisión de personas expertas que elaboraron una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud. Estas recomendaciones se clasificaron en 5 partes (tabla 4.1) y en cada una de ellas se diferenciaron

TABLA 4.1 Estructuración de las recomendaciones de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España

Parte I	La distribución del poder, la riqueza y los recursos
Área 1	Salud y equidad en todas las políticas
Área 2	Financiación justa y gasto público para la equidad
Área 3	Poder político y participación
Área 4	Buena gobernanza mundial
Parte II	Condiciones de vida y de trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital
Área 5	Infancia
Área 6	Empleo y trabajo
Área 7	Envejecimiento
Parte III	Entornos favorecedores de la salud
Área 8	Entornos físicos acogedores y accesibles
Área 9	Acceso a una vivienda digna
Área 10	Entornos favorecedores de hábitos saludables
Parte IV	Servicios sanitarios
Área 11	Un sistema sanitario que no cause desigualdad
Parte V	Información, vigilancia, investigación y docencia
Área 12	Información, vigilancia y evaluación
Área 13	Investigación
Área 14	Docencia

áreas de recomendaciones para la definición de políticas que abordan la desigualdad social en salud. El conjunto de recomendaciones se pueden consultar a partir de la bibliografía citada al final del capítulo.

Siguiendo el modelo de determinantes de las desigualdades sociales en salud de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, a continuación se señalan algunos ejemplos de las recomendaciones elaboradas por dicha Comisión, según el punto de entrada de la acción. Así, entre las que implican políticas sobre los determinantes estructurales se destacan, entre otras, las siguientes:

- Sobre el determinante de políticas macroeconómicas: «adoptar políticas fiscales y de gasto social que reduzcan las desigualdades de renta y fomenten la inversión para el abordaje de los determinantes sociales de la salud».
- De mercado de trabajo: «adoptar un papel proactivo en las negociaciones internacionales para garantizar el acceso equitativo a bienes y servicios básicos para la salud, incluyendo estándares de empleo justo y saludable».
- Sobre políticas del estado de bienestar: «proveer una educación de calidad desde la educación primaria hasta la secundaria, reforzando el sistema de educación público, y considerando la atención al desarrollo físico, social, emocional, cognitivo y del lenguaje. Dedicar un especial esfuerzo por incluir a aquellos menores en situación más desfavorecida y con dificultades para acudir a la escuela, y por evitar la segregación social y étnica en el sistema educativo.

Respecto a los determinantes intermedios, algunos ejemplos de recomendaciones que afectan a los recursos materiales son:

- De condiciones de empleo y trabajo: «fomentar la contratación fija con salarios dignos, evitando las desigualdades en los tipos de contrato y las retribuciones», «impulsar estrategias para la protección de derechos laborales en sectores con alta proporción de trabajo informal, como por ejemplo el servicio doméstico o la hostelería».
- De trabajo doméstico y cuidados: «aumentar los recursos públicos para el cuidado de las personas dependientes (población infantil y discapacitada), sobre todo para las personas responsables de hogares monoparentales y las de menos recursos, con lo que se fomenta que las mujeres accedan al mercado de trabajo o no desistan de buscar un puesto de trabajo».
- De ingresos y situación económica: las dos anteriores sirven de ejemplo para este nivel de abordaje de las desigualdades. También había una recomendación sobre las pensiones: «garantizar unas pensiones mínimas que permitan una buena calidad de vida, ajustadas por paridad de poder de compra».
- Sobre vivienda y situación material: «garantizar el acceso a una vivienda digna y adecuada a través de políticas de alquiler a precios asequibles, de detección de situaciones de abuso y de promoción de viviendas de protección oficial con criterios que garanticen el acceso de la población con menos recursos».
- Sobre entorno residencial: «desarrollar planes de renovación urbanística priorizando según privación,

que tengan en cuenta las propuestas de la población para mejorar la calidad del entorno, que no generen procesos especulativos y que incluyan programas de revisión y reforma de las viviendas».

Ejemplos de recomendaciones que se incluyeron sobre determinantes intermedios que afectan a factores psicosociales: «promover planes comunitarios de reducción de las desigualdades en la salud mediante la participación de la ciudadanía, los servicios sanitarios, los servicios sociales y otros posibles agentes con implicaciones para la salud. Estos planes deben desarrollar este proceso participativo en todas sus fases, desde el momento de su diseño».

Y como ejemplo de las recomendaciones que se incluyeron sobre determinantes intermedios que afectan a factores conductuales y biológicos: «promover en todos los barrios áreas donde pueda realizarse actividad física para todos los grupos de edad, teniendo en cuenta las necesidades de los diferentes colectivos, implantando, por ejemplo, programas dirigidos a las familias para facilitar la compaginación de la vida laboral y familiar».

También se incluyeron recomendaciones para los servicios de salud, los cuales se tratan en el siguiente apartado.

Los puntos de entrada de las políticas deben basarse en los modelos conceptuales sobre las causas de las desigualdades en salud. Los principales afectan a los determinantes estructurales y a los determinantes intermedios.

El papel de los profesionales sanitarios y del sector sanitario para reducir las desigualdades sociales en salud

El sector sanitario forma parte tanto del marco de los determinantes de la salud, como del de determinantes de las desigualdades sociales en salud (v. modelos de la fig. 4.3). Tiene un papel en la mejora de la salud de la población y puede influir en las desigualdades sociales en salud. ¿Cómo? De modo genérico diríamos que teniendo en cuenta los determinantes de la salud y de la desigualdad en salud cuando se aborda la enfermedad, y también actuando para no generar desigualdades en salud. La actuación del sistema y de las personas profesionales del sector sanitario puede incidir en mitigar o en perpetuar las desigualdades en salud.

El sector sanitario actúa principalmente sobre la salud individual y especialmente sobre la enfermedad, pero a ello se suma el abordaje de salud pública o salud colectiva, en la que el centro de interés es la salud y la colectividad.

Como sistema sanitario, el acceso y la calidad deben cumplir con criterios de equidad, y por tanto con cobertura sanitaria universal y actuando según necesidad, vigilando no actuar bajo la ley de atención inversa, que significa atender más a quienes menos lo necesita y no responder a las necesidades de aquellos grupos que más lo precisan (Norbury et al., 2011).

Como sistema sanitario, el acceso y la calidad deben cumplir con criterios de equidad, y por tanto con cobertura sanitaria universal y actuando según necesidad.

El informe de la OMS del año 2013 sobre la salud en el mundo marca la necesidad de la cobertura sanitaria universal en aras a la equidad, pero además señala que para poder vigilar la equidad de la oferta y de la demanda de servicios se requiere información de las personas que se atienden y los indicadores deben poder desglosarse por ingresos o riqueza, sexo, edad, discapacidad, lugar de residencia, estado migratorio y origen étnico.

Para no generar desigualdad en el acceso a la atención se requiere: *a)* accesibilidad geográfica: no generar una distribución de los recursos sanitarios a lo largo de la geografía que no sea equitativa; *b)* accesibilidad económica: la necesidad de pago de servicios o prestaciones es una posible fuente de desigualdad, ya que las personas con problemas económicos tienen una elevada probabilidad de no poder acceder por ejemplo a tratamientos farmacológicos o a prestaciones no incluidas en la cartera de servicios pública; *c)* accesibilidad cultural y actitudinal: de forma que el acceso a la atención incluya un trato con las personas que se adapte a su situación cultural y con actitudes que favorezcan el acceso; es bien conocido cómo el buen o mal trato pueden influir en que las personas acudan o no a un servicio; *d)* accesibilidad a la información: sobre los servicios disponibles y los derechos de la población respecto al uso de servicios sanitarios, y *e)* accesibilidad estructural (p. ej., en horarios de atención). Cuando estas posibles dificultades de acceso afectan a los grupos sociales más desfavorecidos se producen desigualdades en la atención que pueden repercutir en desigualdades en la salud, generándolas y/o perpetuándolas.

Un reciente estudio europeo sobre discriminación y dificultades de acceso a la atención sanitaria (European Union Agency for Fundamental Rights, 2013) señaló que las principales experiencias expresadas por personas usuarias eran: *a)* retrasos en iniciar tratamiento, con mayores tiempos de espera, *b)* rechazo a realizar tratamientos, por ejemplo en casos de situación de irregularidad administrativa, *c)* trato con falta de dignidad y estereotipado, que por ejemplo se puede reflejar en una mala comunicación con las personas usuarias de los servicios sanitarios, *d)* mala praxis y mala calidad de la atención, expresada por ejemplo por exploración clínica insuficiente, errores de tratamiento a veces relacionados con falta de información adecuada, *e)* falta de consentimiento informado y *f)* situaciones de acoso, especialmente en mujeres, cuando profesionales con conductas inapropiadas les hacían sentir incómodas.

Por tanto, gran parte del papel del sistema sanitario en relación a las desigualdades sociales en salud es actuar de forma que las problemáticas de acceso y la consecuente discriminación no se produzcan.

El papel de la atención primaria

En primer lugar señalar que como sistema, un sistema sanitario en el que la atención primaria esté situada como elemento central en la atención de los problemas de salud de la población se ha evidenciado más efectivo y eficiente, y un sistema que atiende mejor a la desigualdad social en salud (Starfield et al., 2005; OMS, 2008).

La atención primaria fomentará la reducción de las desigualdades sociales en salud si es accesible para toda la comunidad y la atención es de calidad. También influye su

nivel de interactividad con el entorno y su orientación a las necesidades de la comunidad.

La atención primaria, tanto a nivel de profesionales como de equipo, pueden desempeñar un rol clave para la mejora de la salud de los colectivos socialmente más desfavorecidos. Pero se requiere de un tiempo suficiente para atender la morbilidad múltiple, la complejidad social y las expectativas reducidas, típicas de los pacientes con elevada privación socioeconómica, y para poder tener una mirada anticipatoria y preventiva es necesario que interactúen con otras disciplinas y servicios que trabajan en la comunidad y están en contacto con la población.

Es a través de la combinación de la actuación en consulta y con la comunidad, y por tanto del abordaje individual y comunitario, como desde la atención primaria se puede actuar a favor de la disminución de las desigualdades sociales en salud (Muntaner et al., 2012). Se requiere para ello una forma de atender a las personas en la consulta en base al modelo biopsicosocial, con una atención contextualizadora, teniendo en cuenta la situación de cada paciente, y con visión salutogénica, no medicalizando más allá de lo preciso y utilizando los recursos «saludables» de cada paciente y de la comunidad para generar oportunidades de salud. Pero también se requiere que el equipo esté en interacción con el entorno, participando de un trabajo intersectorial y con la comunidad, orientado a modificar

aquellos determinantes de salud que operan en la capa de las redes comunitarias (v. modelo A de la fig. 4.3).

La anteriormente citada Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España elaboró un total de 33 recomendaciones específicas para el sector sanitario que se orientaban a 6 áreas de incidencia:

- Las desigualdades en las necesidades de atención clínica.
- Las desigualdades en los cuidados informales de los problemas de salud.
- Las desigualdades en el acceso y la atención sanitaria.
- Las desigualdades debidas a los costes de la atención sanitaria para el usuario.
- Las desigualdades en las prácticas preventivas y de la promoción de conductas saludables.
- No causar desigualdades.

En el cuadro 4.1 se presentan enunciadas este conjunto de recomendaciones.

Es a través de la combinación de la actuación en consulta y con la comunidad, y por tanto del abordaje individual y comunitario, como desde la Atención Primaria se puede actuar a favor de la disminución de las desigualdades sociales en salud.

CUADRO 4.1

Recomendaciones de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España específicas para los servicios sanitarios

PARA INCIDIR EN LAS DESIGUALDADES EN LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN CLÍNICA:

1. Incluir en todos los Planes de Salud y Planes Directores estatales, autonómicos y locales objetivos específicos de disminución de las desigualdades en el estado de salud y en el acceso, calidad y efectividad de los servicios sanitarios
2. Promover la participación e incorporación de los puntos de vista de la ciudadanía y personas usuarias en los procesos de toma de decisión del Sistema de Salud, empezando por el nivel local
3. Incorporar como objetivos prioritarios de las políticas sanitarias los problemas de salud más importantes en grupos poblacionales sujetos a desigualdad social (clase, edad, género, etnia, discapacidad)
4. Los procesos de toma de decisiones en salud (priorización de problemas para la elaboración de planes, determinación de necesidades, distribución de recursos, etc.) deben incluir el criterio de equidad social y en ocasiones se deberán poner en marcha medidas específicas (p. ej., para evitar las barreras de acceso económico) dirigidas a grupos concretos
5. Avanzar hacia mecanismos de financiación territorial de los servicios según necesidad que conlleven mayor dotación presupuestaria a mayor desventaja socioeconómica y de salud

PARA INCIDIR EN LAS DESIGUALDADES EN LOS CUIDADOS INFORMALES DE LOS PROBLEMAS DE SALUD:

6. Asegurar la correcta aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en situación de Dependencia y potenciar la oferta de servicios públicos de calidad para cubrir las necesidades

- de las personas dependientes y cuidadoras, especialmente en los grupos más desfavorecidos y con mayor riesgo de empobrecimiento y exclusión laboral y social
7. Fomentar colaboraciones en materia sociosanitaria y velar por la coordinación entre los servicios de salud, servicios sociales y el «tercer sector»
 8. Ofrecer servicios «de respiro» a las personas cuidadoras, priorizando los grupos con mayor riesgo de empobrecimiento y de exclusión laboral y social
 9. Formar a las y los profesionales sanitarios en la atención a personas dependientes y sus cuidadores/as para sensibilizarlos sobre las necesidades de las personas cuidadoras, conseguir una mayor corresponsabilidad de las personas del entorno (en especial, los hombres) y aconsejar sobre los recursos comunitarios existentes para dar apoyo a las tareas de cuidado

PARA INCIDIR EN LAS DESIGUALDADES EN EL ACCESO Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA:

10. Garantizar la plena universalización de la atención sanitaria para todos los residentes en España, con una cobertura del 100% y sin discriminación en función del tipo de afiliación a la Seguridad Social
11. Ampliar la cobertura pública de prestaciones que actualmente son deficitarias (p. ej., bucodental, rehabilitación, ayudas visuales y auditivas) priorizando, según criterios de equidad, aquellos procesos que, por su prevalencia e ineludibilidad, provocan en mayor medida el recurso al sistema privado por parte de población con recursos limitados
12. Evitar que las áreas socioeconómicamente menos favorecidas o los grupos sociales más desfavorecidos tengan menos servicios y/o de peor calidad que las más ricas.

CUADRO 4.1

Recomendaciones de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España específicas para los servicios sanitarios (cont.)

- Las infraestructuras preferentemente deberían ser de propiedad y gestión públicas
13. Reducir las barreras administrativas al empadronamiento y a la consecución de la tarjeta sanitaria en todos los centros sanitarios, actuando sobre los requisitos legales y vigilando las inequidades en las prácticas locales
 14. Aumentar los recursos y la orientación del sistema sanitario hacia la atención primaria de salud
 15. Avanzar asimismo en la orientación comunitaria de la atención primaria reconociendo y fomentando la participación de los profesionales en actividades y dinámicas interdisciplinarias de acción comunitaria
 16. Asegurar una adecuada dotación de servicios de salud mental tanto diagnósticos como terapéuticos
 17. Eliminar barreras físicas y de transporte para el acceso a los centros y servicios sanitarios (incluidas pruebas diagnósticas y tratamientos) de colectivos con especial dificultad (p. ej., discapacitados, etc.)
 18. Proporcionar servicios adaptados a la población (p. ej., en términos de competencia cultural, en horarios) con especial atención a grupos en situación de vulnerabilidad. Ampliar los servicios de captación en la calle y en domicilios de población no atendida (usuarios de drogas, enfermos mentales, etc.) así como los servicios de reducción de daños
 19. Potenciar la implicación de los profesionales sanitarios en la calidad de los servicios públicos (gestión de servicios, formación, condiciones de trabajo, etc.) con especial énfasis en la eliminación de las desigualdades
 20. Vigilar por la existencia de buenos criterios de acreditación de la calidad de los proveedores de servicios sanitarios y reforzar las políticas evaluadoras, incorporando criterios de equidad
 21. Informar a las potenciales personas usuarias sobre sus derechos a la asistencia y mejorar la divulgación y conocimiento de los derechos del paciente

PARA INCIDIR EN LAS DESIGUALDADES DEBIDAS A LOS COSTES DE LA ATENCIÓN SANITARIA PARA EL USUARIO:

22. Mejorar el acceso a medicamentos gratuitos a aquellas personas en situación más desfavorecida
23. Desaconsejar el recurso al copago como instrumento para paliar los problemas de financiación de la atención sanitaria, por sus impactos regresivos en la equidad económica y en salud
24. Incluir la evaluación de los costes secundarios (desplazamientos, acompañamientos, y especialmente los

costes de cuidado informal) en la evaluación de políticas, servicios y tecnologías sanitarias, en especial en todas aquellas actuaciones dirigidas a las personas con enfermedades crónicas, procesos discapacitantes, de larga duración o en situación terminal

25. Tener en cuenta el porcentaje que representa el gasto sociosanitario respecto a la renta familiar disponible o respecto a los ingresos de las personas en el análisis de los costes sanitarios

PARA INCIDIR EN LAS DESIGUALDADES EN LAS PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y PROMOCIÓN DE CONDUCTAS SALUDABLES:

26. Incorporar sistemáticamente el consejo y tratamiento antitabáquico en la atención primaria de salud, sobre todo en los centros de las áreas menos favorecidas, teniendo en cuenta la perspectiva de género y clase social, así como las diferencias culturales relacionadas con el país de origen
27. Facilitar el acceso territorial a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a los preservativos, a otros métodos contraceptivos, a la anticoncepción de emergencia y a la interrupción voluntaria del embarazo
28. Reducir las barreras en el acceso al tratamiento del abuso de alcohol a las personas en exclusión social, atendiendo pacientes sin cita previa o en estado de intoxicación
29. Impulsar intervenciones para prevenir la obesidad infantil que consideren los factores del entorno, socioeconómicos, culturales y de género, para conseguir mayor efectividad en los grupos sociales más desfavorecidos
30. Sensibilizar y formar a los profesionales de atención primaria para la detección del abuso de alcohol, especialmente entre las mujeres
31. Promover la lactancia materna desde los servicios sanitarios con intervenciones especialmente diseñadas para mujeres de menor nivel socioeconómico y priorizadas en áreas más desfavorecidas

PARA INCIDIR EN NO CAUSAR DESIGUALDADES:

32. Garantizar condiciones de empleo y trabajo dignas y justas a todas las categorías profesionales, incluyendo los trabajadores de las empresas contratadas
33. Evaluar el impacto de las políticas de gestión de los centros sanitarios en la salud de la población y en sus determinantes

Tomada de Borrell C, Pasarín MI. Las desigualdades sociales en salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J, editores. Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia. Barcelona: Elsevier, 2014; 153-167.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Borrell C, Pons-Vigués M, Morrison J, Díez E. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. J Epidemiol Community Health 2013;67(5):389-91.

Se presenta el modelo conceptual C de la figura 4.3.

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. 2012;26:182-9.

Artículo publicado que resume la metodología de trabajo utilizada para llevar adelante el trabajo de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España y sus principales resultados.

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2015. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervencio-

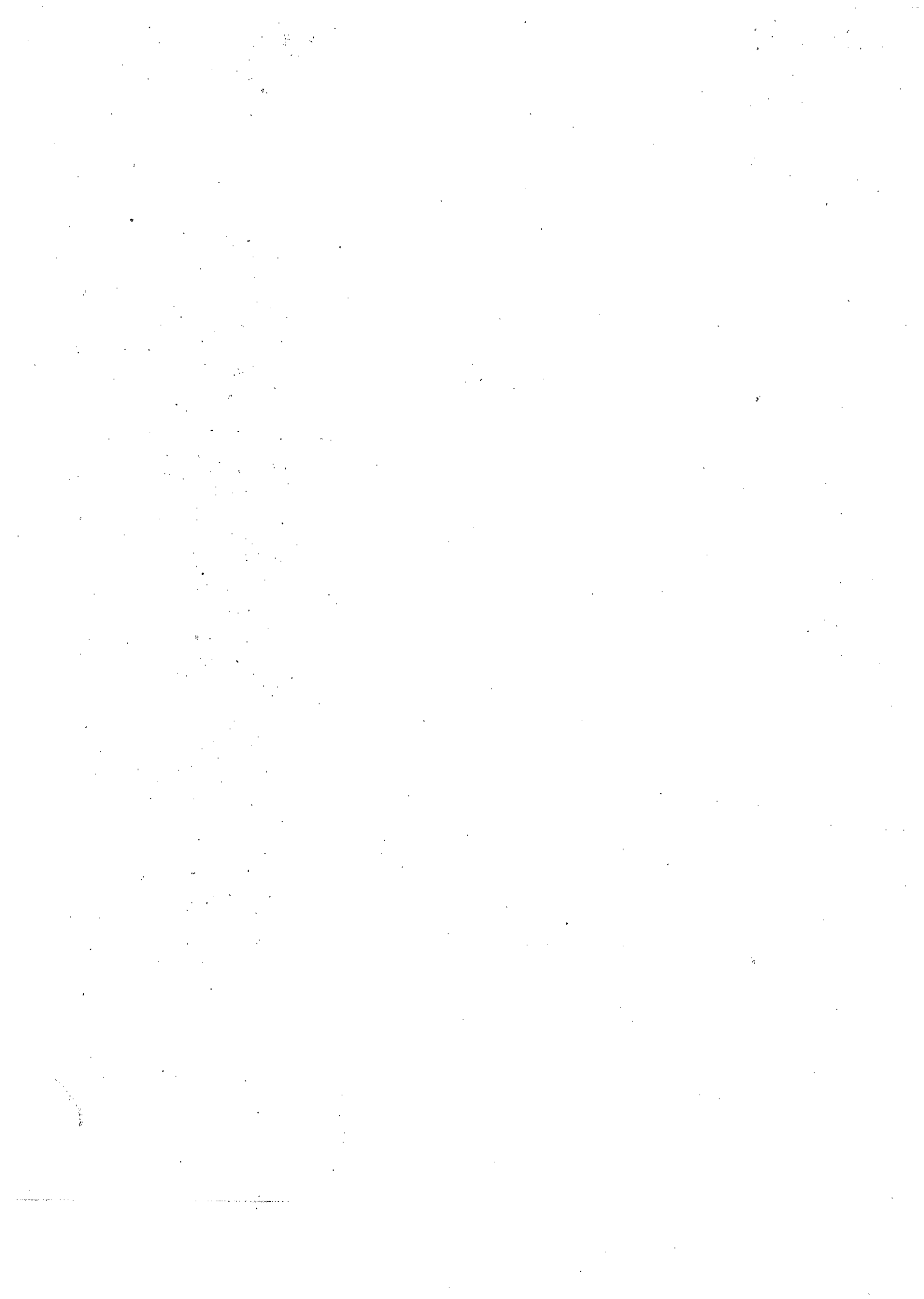
nes para reducir las desigualdades sociales en salud en España [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2015 (consultado 14 de abril de 2017). Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf.

Documento completo del trabajo realizado por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España.

Dalghren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.

Se presenta el modelo conceptual en que se basa el modelo A de la figura 4.3 y se introducen las políticas para reducir las desigualdades en salud siguiendo este modelo.

Espelt A, Contente X, Domingo-Salvany A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S, Ruiz-Cantero MT, et al; Grupo de



INTERSECTORIALIDAD Y TRANSVERSALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

José Ramón Martínez Riera • Ángela Sanjuán Quiles • Jorge López-Gómez

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS SECTORES Y ÁMBITOS COMUNITARIOS PRIORITARIOS O MÁS RELEVANTES PARA LAS ACCIONES INTERSECTORIALES Y TRANSVERSALES

Educación
Social
Justicia
Medio ambiente
Medios de comunicación
Vivienda
Transporte
Trabajo
Ocio y tiempo libre
Salud
Cultura
Industria

COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN: REDES ASISTENCIALES Y COMUNITARIAS

INTERSECTORIALIDAD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Capacitar a la población y los líderes para la elaboración de proyectos intersectoriales

INTERSECTORIALIDAD: IDENTIFICACIÓN DE AGENTES DE SALUD COMUNITARIOS

Actores/agentes comunitarios de salud
Acciones intersectoriales
Ventajas y problemas de las acciones intersectoriales

TRANSVERSALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD: DE LOS NIVELES DEL SISTEMA A UN SISTEMA DE RED

EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LA COMUNIDAD. EJEMPLOS DE ACCIONES INTERSECTORIALES Y TRANSVERSALES

EVALUACIÓN DE LA INTERSECTORIALIDAD

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- La intersectorialidad es esencial para transformar la situación de salud de la comunidad y mejorar su bienestar y calidad de vida.
- Los diferentes sectores comunitarios son básicos en el abordaje de políticas de salud.
- La coordinación asistencial es uno de los principales objetivos de las organizaciones sanitarias para atender las demandas de salud de la población.
- La participación comunitaria es básica para la toma de decisiones compartida.
- Las redes sociales son elementos clave como recursos comunitarios para dar respuesta a las necesidades de la comunidad.
- La acción intersectorial es básica en el reconocimiento de que los factores clave que determinan la salud son responsabilidad de muchos sectores además del sanitario.

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS SECTORES Y ÁMBITOS COMUNITARIOS PRIORITARIOS O MÁS RELEVANTES PARA LAS ACCIONES INTERSECTORIALES Y TRANSVERSALES

Los sistemas sanitarios inicialmente se organizaron en torno a las estructuras hospitalarias, la tecnología y la influencia casi exclusiva de la clase médica, prestando una asistencia centrada en la enfermedad, con escasa o nula participación de otros profesionales, colectivos comunitarios y ciudadanos. El aumento progresivo de la demanda y de los costes, así como la escasa satisfacción de la comunidad por la atención recibida, condujo a que se planteasen propuestas de cambio tendentes a identificar e incorporar en la organización sanitaria a diferentes agentes de salud y recursos comunitarios que participasen de manera directa y activa en la salud individual, familiar y comunitaria. Estos cambios inicialmente perseguían la

descentralización del sistema sanitario y la configuración de un sector salud más amplio y democrático mediante la separación entre proveedores y usuarios. Para ello pasaron a incorporar recursos comunitarios tales como servicios sociales, trabajo, vivienda, medio ambiente, educación, justicia, transporte, etc. que se han descrito como ámbitos comunitarios prioritarios para la acción intersectorial. En este escenario, el sector salud, tal como se entendía hasta entonces, ya no era el único responsable de cubrir las necesidades/demandas de la comunidad en este campo. Esta tarea era compartida, a través de la planificación y coordinación de las políticas de salud, con otros ámbitos sociales, con el objetivo de hacer realidad el principio sistemático de que el todo es más que la suma de las partes. La acción intersectorial tiene una aspiración importante como es lograr una mayor implicación de los distintos sectores en la generación de políticas públicas saludables.

Y es que la salud no está determinada únicamente por los servicios sanitarios. El sector salud de manera aislada no puede intervenir en todos los determinantes sociales de la salud. Las políticas y acciones de otros sectores tienen un impacto en salud que determinan y ponen en valor la Salud en Todas las Políticas (Molnar et al., 2016).

La salud no está determinada únicamente por los servicios sanitarios. El sector salud de manera aislada no puede intervenir en todos los determinantes sociales de la salud.

Sin embargo, los cambios propuestos podían ser entendidos por algunos de los sectores, hasta entonces dominantes, como una amenaza a su prestigio, influencia y competencias en el ámbito que hasta entonces consideraban de exclusividad. La incorporación de nuevos sectores y recursos comunitarios, más allá de ser una necesidad sentida y percibida por estos para ser incorporados como parte activa de los procesos de salud, introducía instrumentos de mercado a un sistema excesivamente rígido. Se pretendía lograr mejores resultados a un coste asumible, respetando el papel de los diferentes agentes, aunque supusiese un nuevo orden de relaciones que favoreciese la integración de todas las partes para lograr una atención integrada e integral.

En el ámbito de la salud pública la intersectorialidad implica la relación entre autoridades, representantes, agentes y organizaciones de distintos sectores de la sociedad con el propósito de emprender acciones para lograr resultados de salud de manera más eficaz que aquella que el sector sanitario logra actuando en solitario.

La intersectorialidad implica el trabajo coordinado de instituciones representativas de los diferentes sectores comunitarios mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud de la comunidad y a mejorar su bienestar y calidad de vida, incluso en contextos muy amplios (Dawson et al., 2015).

La intersectorialidad así conceptualizada consiste fundamentalmente en convertir la cooperación fortuita casual en acciones que lideradas por el sector salud y apoyadas en políticas nacionales o locales debidamente concertadas se

orienten estratégicamente a aquellos problemas identificados y priorizados, donde las actividades de otros sectores pueden ser determinantes.

Pero para alcanzar la adecuada acción intersectorial el sector salud debe actuar no tan solo con iniciativa sino también con receptividad. Es preciso responder a las demandas de otros sectores comunitarios o bien contribuir a la creación de espacios que permitan la acción intersectorial. El sector salud debe abandonar el papel tradicional de experto que entrega instrucciones y recomendaciones, reemplazándolo por el de cooperante que aporta información, conocimientos y herramientas a los otros sectores y a las comunidades para realizar las tareas de forma conjunta.

Cabe destacar también que la promoción de la salud favorece el desarrollo de programas de intersectorialidad en los que la participación comunitaria constituye un elemento fundamental en su desarrollo y en la articulación eficaz y eficiente entre los diferentes sectores (Lezwiñ et al., 2014).

La intersectorialidad implica el trabajo coordinado de instituciones representativas de los diferentes sectores comunitarios mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud de la comunidad y a mejorar su bienestar y calidad de vida.

En lo que se refiere al proceso de trabajo en salud y su relación intersectorial según Yoshikawa e Hino (2009) es importante considerar las siguientes características:

- Constituye una intervención sobre una necesidad en la que intervienen múltiples factores (no tan solo físicos). Por tanto, la respuesta que precisa debe contemplar la intervención de agentes y sectores comunitarios que permitan hacer un abordaje integral.
- No se reduce a una práctica exclusivamente técnico-científica, sino que requiere otros instrumentos y medios de trabajo orientados a la finalidad del proceso de trabajo desde el marco de la integración de las acciones, desde el respeto a la acción autónoma de los diferentes sectores participantes y en el trabajo en equipo multidisciplinar.
- Las acciones intersectoriales son consustanciales a las necesidades de salud y comparten características comunes con otros procesos que ocurren en otros sectores comunitarios (industrial, economía, etc.).
- Es un servicio cuyo marco conceptual es la relación entre personas, dado que se refieren a la vida, al sufrimiento y a la muerte. En la salud, las relaciones son decisivas para la eficacia de la acción.

El proceso de trabajo en salud es multifactorial, no es una práctica técnico-científica, comparte intereses con otros sectores comunitarios y se basa en la relación entre personas.

Las distinciones entre los diferentes sectores participantes no son absolutas. De hecho, hay organizaciones o

recursos comunitarios que no pueden quedar delimitadas a un solo sector ya que formarán parte de varios a la vez (p. ej., un centro de día puede formar parte del sector salud, social y educativo).

Las categorías principales son, en general, el sector público, el privado y el de voluntarios. Dentro de cada uno de ellos es posible que haya agentes/actores en diferentes niveles. Según el contexto y la naturaleza de la acción intersectorial, los niveles pueden definirse como: geográficos (local-comunidad, regional, provincial, nacional, internacional), gubernamentales (municipal, provincial, autonómico, nacional) y niveles dentro de las organizaciones (nivel superior de decisión, nivel de prestación de servicios).

Estas relaciones tienen dimensión horizontal y vertical. La horizontal vincula diferentes sectores a un nivel determinado (p. ej., actores en los sectores de salud, educación y justicia a nivel de la comunidad). Conjuga los diversos conocimientos y medios para comprender y resolver problemas complejos cuyas soluciones escapan a la capacidad y responsabilidad de un solo sector.

La dimensión vertical vincula diferentes niveles dentro de cada sector (p. ej., actores locales, provinciales y del gobierno nacional dentro del sector salud).

Es importante incluir a todos los actores claves necesarios —horizontal y verticalmente— para obtener los resultados deseados. La experiencia y las pruebas indican que la acción intersectorial es más exitosa cuando incluye vinculación y colaboración tanto horizontal como vertical.

La colaboración eficaz entre los diferentes sectores y organizaciones es más probable cuando los participantes comparten valores o intereses. Las personas en el sector de la salud trabajan en la acción intersectorial, al menos en parte, porque valoran el concepto salud. Sin embargo, otros sectores pueden traducirlo y abordarlo desde otras perspectivas, como por ejemplo bienestar social y económico, calidad de vida o desarrollo humano sostenible.

Pero sin duda la colaboración entre sectores reduce en muchos casos las desigualdades en salud (Storm et al., 2016).

Teniendo en cuenta que el trabajo intersectorial y las relaciones con otros departamentos no sanitarios «deben ir más allá del intercambio de información, cooperación y coordinación, sería necesario plantearse la necesidad de integrar objetivos comunes para diferentes sectores, generar procesos de trabajo comunes y presentación conjunta de resultados, con el objeto de cumplir los requisitos propuestos por la estrategia de «Salud en Todas las Políticas» (Análisis de situación de salud en Asturias, 2012).

Es imposible avanzar hacia el logro de objetivos de salud sin la creación de estrategias basadas en el análisis de los determinantes sociales de salud y del establecimiento de políticas que requieran de la participación de múltiples sectores. Los determinantes sociales intentan fundamentar la acción intersectorial y la mejora sustancial de las condiciones.

La acción intersectorial es necesaria para lograr los objetivos de salud propuestos porque los resultados dependen no solo de la atención sanitaria sino también de una variedad de factores que van más allá. Algunos de ellos son obstáculos al acceso a la atención incluyendo barreras

financieras y físicas como la distancia desde una instalación de salud o los costes de llegar a una instalación y obtener la atención; otros factores que minan la efectividad del cuidado, por ejemplo, son la falta de medicinas, el pobre desempeño del proveedor del servicio y un inadecuado tratamiento. Los economistas en salud también reconocen que los individuos y las familias son «productores» claves de los resultados finales en la salud y que las conductas individuales y colectivas, el ingreso y la solvencia económica de las familias, los sistemas de apoyo a la comunidad, la nutrición, la educación, el agua y el saneamiento, así como las políticas públicas, afectan a los resultados directa o indirectamente.

No existe una definición precisa de sector. Se entiende en general que los sectores se refieren a campos amplios de actividades de las sociedades, tales como salud, justicia, educación, servicios sociales, finanzas, agricultura, medio ambiente, cultura, etc.

Pero no puede existir intersectorialidad sin acción intersectorial que es definida por el Centro Nacional para la Promoción de Salud de Australia como «una relación reconocida entre parte o partes del sector de la salud con parte o partes de otro sector que ha sido forjada para emprender acciones sobre un asunto a fin de lograr resultados en la salud (o resultados intermedios) pero de una forma más efectiva, eficaz y sostenible que la forma que hubiese empleado el sector de salud si actuara solo».

A continuación pasamos a describir los sectores y ámbitos comunitarios prioritarios y sus características (cuadro 5.1) y los factores influyentes o determinantes en la salud, sectores, instituciones y programas que intervienen (tabla 5.1).

Educación

En la intersectorialidad el sector educación está claramente identificado y diferenciado del resto de sectores, pero al mismo tiempo perfectamente interrelacionado con ellos. Todo el mundo es capaz de identificar claramente a un colegio como parte indiscutible del sector educación diferenciado del resto de sectores. Sin embargo, esta misma

CUADRO 5.1 Sectores y ámbitos comunitarios prioritarios

Educación
Social
Justicia
Medio ambiente
Medios de comunicación
Vivienda
Transporte
Trabajo
Ocio y tiempo libre
Salud

TABLA 5.1 Factores influyentes o determinantes en la salud, sectores, instituciones y programas que intervienen

Factores influyentes o determinantes en el problema de la salud	Sectores, instituciones y organizaciones determinantes en la salud	Sector salud como determinante positivo	Sectores, instituciones y organizaciones determinantes de forma positiva en el problema de la salud
Deficiente educación sanitaria de la población	Sectores de medios de comunicación Comunidad Organizaciones ambientalistas	Programas de educación y promoción de la salud	Sectores de la cultura Sectores de deportes y cultura física Sector de educación Comunidad Organizaciones ambientalistas
Factores contaminantes del medio ambiente	Sectores del transporte Sectores de industrias varias Comunidad Sectores responsables de la emisión de residuos sólidos y líquidos Otros	Programas de educación Programas de higiene ambiental	Sectores responsables de la emisión de residuos sólidos y líquidos, con medidas concretas para su control Comunidad Sectores del transporte, industrias varias Organizaciones ambientalistas
Violencia de género	Sectores de la cultura Comunidad Medios de comunicación Organizaciones sociales Organismos de justicia Sector de educación Comunidad Comunidades autónomas y municipios	Programas de educación Investigaciones sociales Intervenciones comunitarias	Organizaciones políticas Organizaciones sociales Organismos de justicia Sector de educación Comunidad Sectores de la cultura Sectores de deportes y cultura física, otras Organizaciones internacionales Organizaciones no gubernamentales (ONG) Comunidades autónomas y municipios
Insuficiente atención a las personas mayores	Sector comunitario Sector salud Organizaciones sociales Organizaciones políticas Comunidad Sector de educación ONG	Programas de educación Centros apropiados Programas de atención al adulto mayor	Organizaciones sociales Organizaciones políticas Comunidad Sector de suministro de alimentos Organizaciones internacionales Sector de educación ONG
Alto número de embarazos no deseados	Sector de educación Sector del trabajo Comunidad Organizaciones sociales Sectores de medios de comunicación	Programas de educación Programas de atención al adolescente Programas de orientación y educación sexual	Organizaciones sociales Sectores culturales Comunidad Sectores vinculados con la práctica deportiva Sector de educación Agencias internacionales Sectores de medios de comunicación
Obesidad	Medios de comunicación Asociaciones de consumidores Sector salud Sector de industria Sectores de cultura y deportes	Programas de educación Programa de nutrición	ONG Agencias de gobierno Agencias internacionales Asociaciones de consumidores Sector salud Sector de industria Sectores de cultura y deportes
Incremento del tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones	Sectores culturales Comunidad Industria productora del tabaco y del alcohol Asociaciones de consumidores Industrias de tabaco y alcohol	Programas de educación Aplicación de legislación sanitaria Intervención comunitaria Programas específicos	Organizaciones sociales Sectores culturales Sectores de expendio de alimentos Comunidad Industria productora del tabaco y del alcohol Asociaciones indígenas Asociaciones de consumidores
Escasa preparación en salud de líderes formales e informales	Medios de comunicación Comunidad Ausencia de programas de preparación	Programas de preparación y superación	Programa de preparación y superación de líderes de diferentes sectores
Falta de autorresponsabilidad con la salud	Sector salud Organizaciones sociales Medios de comunicación Sector de educación, otros	Programas de promoción y educación para la salud	Organizaciones sociales Comunidad Sectores de medios de comunicación Sector de educación, otros
Sedentarismo	Sectores deportes y cultura Organizaciones sociales Comunidad Medios de comunicación Sector de educación	Programas de salud de promoción y educación para la salud	Sectores de deportes y cultura Organizaciones sociales Comunidad Medios de comunicación Sector de educación

claridad diferenciadora no impide el asimilar al colegio con recursos comunitarios pertenecientes a otros sectores, como por ejemplo los de salud, social, cultural, etc., dado que las actividades en él desarrolladas van a tener implicaciones diversas que se incorporan de manera transversal en su actividad principal que es la educación.

La educación es un sector que desempeña un papel fundamental en la intersectorialidad al permitir la transversalidad de múltiples conocimientos/experiencias provenientes de diferentes sectores.

Como características fundamentales del sector educación podemos destacar las siguientes:

- Información sobre el sistema, su entorno y funcionamiento, objetivos y coherencia de los objetivos con los fines.
- Comparación de los efectos/resultados con los objetivos/propósitos y el funcionamiento con los criterios de funcionamiento óptimo (eficiencia, coherencia, focalización sobre los objetivos, etc.).
- Determinación de acciones tendientes a mejorar los resultados, centrar el sistema en sus fines y armonizar las relaciones entre sus partes.
- Puesta en práctica de las soluciones y acciones indicadas.

Todas ellas intervienen, en mayor o menor medida, en el comportamiento y la conducta de las personas, en tanto en cuanto se modifican a través de la educación para adecuarlas a las políticas de salud que tienen el objetivo de mejorar no tan solo la salud individual sino también la colectiva. Por ejemplo, las acciones educativas tendientes a la reducción o eliminación del consumo del tabaco necesariamente deben transmitir información veraz, cercana y entendible y ser coherentes con los fines que se pretenden conseguir. Asimismo, deben demostrar que es mayor el beneficio que se obtiene con el cambio de conducta que el perjuicio que su mantenimiento puede ocasionar o puede ser identificado como tal. Para lograrlo será preciso, por otra parte, la intervención de diferentes redes sociales (ayuntamientos, entidades deportivas, infraestructuras, etc.) que permitan desarrollar acciones conjuntas para poner en práctica las acciones planificadas

Social

Hace referencia a las relaciones sociales, no solo como un fin en sí mismas sino también como un medio por el que el individuo satisface necesidades emocionales, de pertenencia, etc. Tiene en cuenta las conexiones de las personas con su entorno, las cuales pueden representarse en tres niveles distintos:

1. Comunidad.
2. Redes sociales.
3. Relaciones íntimas y de confianza.

La red social permite satisfacer necesidades emocionales, de pertenencia de las personas, etc.

Justicia

Una de las grandes preocupaciones sociales está relacionada con la distribución adecuada y equitativa de los recursos para lograr el acceso de toda la comunidad a los servicios de salud. Este propósito trasciende el campo meramente clínico e implica consideraciones de carácter económico, político y social.

La necesidad de disponer de un marco adecuado de derechos y libertades implica la promulgación de leyes estatales e internacionales justas y democráticas, cuyo cumplimiento garantice, a través de un poder judicial profesional e independiente, la consecución de los derechos fundamentales relacionados con la salud. Aún existen barreras legales que dificultan la universalización del derecho a la salud, por lo que es necesario definir de forma positiva los derechos de cobertura de todos los ciudadanos, garantizando la igualdad de derechos y obligaciones y asegurando una asistencia sanitaria digna y de calidad.

Pero además, cualquier intervención en salud pública precisa estar respaldada por normativas que regulen los procesos y la responsabilidad que los diferentes sectores tienen en su desarrollo, seguimiento y cumplimiento para lograr los resultados esperados (Codling et al., 2015).

La justicia permite la consecución de los derechos fundamentales relacionados con la salud.

Medio ambiente

La influencia del modelo de desarrollo industrial está haciendo cambiar el medio ambiente a una velocidad tal que dichos cambios ya son perceptibles en el transcurso de una sola generación. En este contexto, los principales desafíos para la salud de la población relacionados con el medio ambiente son los siguientes:

- Impulsar las políticas destinadas a mitigar las emisiones de gases de efecto invernadero (Protocolo de Kyoto) documentando los efectos beneficiosos que podría tener esa reducción en la salud de la población.
- Minimizar los impactos del cambio climático y reducir los efectos adversos sobre la salud.
- Monitorización y vigilancia de eventos relacionados con la meteorología y la contaminación.
- Puesta en marcha de actividades para aumentar la conciencia y participación ciudadana en las materias relacionadas con el cambio climático.
- Inversión en estudios e investigaciones para reducir las incertidumbres relevantes para la toma de decisiones.
- La investigación del impacto del cambio climático en cada país, que implica:
 - Perspectiva multidisciplinar, con utilización de nuevas técnicas de análisis e interpretación.
 - Dar prioridad a los problemas específicos que, en función de las características culturales, demográficas, políticas, etc. serán variables en los diferentes contextos en los que sean identificados.

- Orientar la evaluación del impacto en salud a la promoción/prevenición y a la evaluación de las consecuencias de las medidas tomadas, incluyendo las acciones de salud pública.
- Identificar las áreas de mayor incertidumbre y plantear necesidades de investigación según el sistema de vigilancia y monitorización que se establezca.

Tan solo desde la perspectiva transdisciplinar, la generación de indicadores específicos que garanticen el éxito de las políticas de salud ambiental y una educación que minimice la concepción limitada de salud ambiental y la falta de conocimiento científico, se facilitará la intersectorialidad tan necesaria para el abordaje de problemas de salud de gran impacto comunitario (Forbat, 2015).

El medio ambiente desempeña un papel fundamental en la salud de la comunidad, aunque está siendo alterado por la influencia del desarrollo industrial, con el consiguiente peligro para la comunidad.

Medios de comunicación

Los problemas que genera la concentración y su escasa especialización, así como la selección a veces arbitraria de la información, originan que la actualidad en materia de salud no se vea adecuadamente reflejada en unos medios en los que con frecuencia las fuentes y los contenidos de la información no son interpretados y tratados por personas expertas.

Como señala Revuelta (2006):

- Desde el sector salud se deberían establecer plataformas de cooperación con los informadores y con los medios de comunicación.
- La información en materia de salud debería estar libre de las presiones y de las influencias políticas.
- Se deberían crear estructuras de comunicación que permitan una mayor visibilidad de cuestiones sanitarias que actualmente no están siendo reflejadas en los medios.
- Desde la etapa escolar se debería fomentar un espíritu crítico en el consumo de la información, educando en la búsqueda activa de la de calidad, aprovechando las posibilidades que ofrecen actualmente las nuevas tecnologías.

Los medios de comunicación en muchas ocasiones dan un tratamiento arbitrario de la información relacionada con la salud, provocando alarma en la comunidad.

Vivienda

Las personas precisan de diferentes espacios/contextos en los que constituir una familia y desarrollar sus actividades diarias básicas, individuales y sociales. De ellos, la vivienda constituye, posiblemente, el fundamental por la importancia y variedad de funciones que en ella se desarrollan. Las características y la calidad de la vivienda pueden ser

fuentes de riesgos o, por el contrario, actuar como agente protector en relación a la salud de sus habitantes.

Transporte

Una estrategia integrada de transporte es fundamental para el desarrollo sostenible futuro de la comunidad, y su ausencia o ineficacia pone en riesgo la calidad de vida general y el propio nivel de salud. El establecimiento de adecuadas estrategias reguladoras del tráfico y el diseño de políticas para el uso de vehículos y tecnologías más eficientes (p. ej., vehículos híbridos) que utilizan fuentes de energía menos contaminantes y renovables deben ser componentes indispensables de la planificación integrada del transporte. Es preciso examinar periódicamente y evaluar de forma adecuada los problemas que plantea la movilidad de la ciudadanía y considerar el necesario seguimiento y control de los flujos de tráfico y la contaminación generada en lugares especialmente conflictivos y bajo distintas condiciones climáticas. Un elemento más a tener en cuenta es el impacto del uso del coche privado en la salud individual y colectiva, y su repercusión medioambiental negativa como fuente de emisión de gases de efecto invernadero.

Tanto la vivienda como el transporte se constituyen en importantes sectores que contribuyen a facilitar o dificultar la salud de la comunidad y son claves en el logro de una mayor calidad de vida individual y colectiva.

Trabajo

El trabajo realizado con condiciones y remuneración adecuadas no solo es satisfactorio, sino que abre el camino para la consecución de un estado de bienestar físico, mental y social.

Es necesario analizar la actividad productiva y la vida laboral de los miembros de una comunidad e identificar el riesgo de salud que comporta directamente para los trabajadores de cada sector productivo en particular y en general, y relacionada con el medio ambiente, para la comunidad.

En la Unión Europea la salud y la seguridad en el trabajo se han consolidado como uno de los compromisos más firmes de la agenda política, social y educativa. Este compromiso se debe traducir en la implantación de una cultura de prevención del riesgo basada en la combinación de una variedad de instrumentos políticos —legislación, diálogo social, vías de progreso, buenas prácticas, responsabilidad social de las empresas, inversión económica en prevención— y en la construcción de asociaciones de cooperación y convenios entre todos los agentes participantes en el ámbito de la salud y la seguridad.

Ocio y tiempo libre

Habitualmente entendido como el espacio horario del que puede disponer una persona después de completar sus obligaciones cotidianas. El ocio es una forma de utilizar el tiempo libre. Lo importante no es la actividad que se realiza

en ese período, sino que haya sido elegida libremente y que su desarrollo pueda resultar satisfactorio y placentero.

El ocio es un fenómeno de suma importancia en la vida, los deseos y la escala de valores de la población en general y de los jóvenes en particular, por el que se está dispuesto a sacrificar tiempo, espacio y recursos significativos. En el ocio y sus diversas prácticas se encuentra un ámbito de realización personal, identificación, relación y socialización. El ocio debe entenderse como una experiencia positiva, gratificante y satisfactoria, realizado en el tiempo libre (informal y flexible), liberado de las rigideces que establecen los horarios y las obligaciones laborales o académicas y respetando el amplio repertorio de expresiones en el que se manifieste (ADOZ, 2002).

Salud

Desde la definición realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, en la que se consideraba la salud como un «completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad», se han formulado otras por diferentes autores que han pretendido dotarla de mayor realismo y, al mismo tiempo, introducir elementos más dinámicos y mayor perspectiva social.

Los determinantes más importantes de la salud están relacionados con las condiciones y estilos de vida, factores medioambientales y biológicos como la edad, el sexo y la herencia.

Cultura

Es el conjunto de valores, tradiciones, costumbres, creencias y normas sociales acumuladas a lo largo de la historia, que permite a las comunidades hacer frente a la realidad, interpretarla y actuar sobre ella construyendo el futuro. Contiene los valores esenciales para la convivencia, el respeto mutuo y la cooperación entre los actores sociales. Es, además, la fuente de algunos valores relacionados, como la paz, la solidaridad y la participación democrática.

La colaboración eficaz entre los diferentes sectores y organizaciones es más probable cuando los participantes comparten valores o intereses.

Son múltiples los procesos o casos que se pueden plantear para ejemplificar la necesaria intervención, coordinación y articulación de diferentes sectores comunitarios para su abordaje eficaz y eficiente. Podemos destacar, por su importancia social, el acoso en el ámbito educativo (*bullying*) (Rates, 2015) o la violencia de género (Stewart, 2015).

Industria

La expansión industrial ha alterado profundamente los sistemas sociales, creando nuevos bienes, diversificando los patrones de consumo, introduciendo nuevas necesidades, alterando las estructuras económicas, sociales y políticas y, fundamentalmente, acelerando el proceso de expansión económica a nivel mundial.

Como el proceso de industrialización permea todas las manifestaciones del sistema social, afecta a la salud tanto a través de su impacto directo como indirectamente al provocar alteraciones en la dinámica social.

Es por ello que el sector salud debe incorporarse en muchas de las intervenciones comunitarias que se planifiquen en el abordaje de los problemas de salud identificados, y sin cuya participación va a ser muy difícil que se obtengan resultados positivos. Así pues, no se podrán esperar resultados positivos en el abordaje de la obesidad, de las adicciones al alcohol y al tabaco, de la diabetes o de la hipertensión, por poner tan solo algunos ejemplos, si no se incorpora a las industrias de la alimentación, de las bebidas alcohólicas, del tabaco, etc., en las estrategias de intervención para lograr cambiar hábitos y conductas en la población.

COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN: REDES ASISTENCIALES Y COMUNITARIAS

La coordinación asistencial es uno de los principales objetivos de muchas organizaciones sanitarias en las que intervienen diferentes profesionales y servicios para atender las demandas de salud de la población.

La complejidad de los múltiples procesos de atención, unida a la propia complejidad de la estructura organizativa de los sistemas sanitarios (diferentes niveles de atención, servicios muy diversos, etc.), así como la diferente perspectiva, valoración e intervención, que en función de la misma tienen los profesionales, hacen que la comunicación y coordinación necesarias para lograr una adecuada continuidad de atención sean en muchas ocasiones deficientes.

Para lograr corregir estas deficiencias de coordinación y comunicación se han desarrollado múltiples medidas que van desde el desarrollo de medidas legislativas (Ley General de Sanidad, etc.) en las que se trata de normativizar la necesidad de coordinación, pasando por reestructuraciones organizativas (planes intersectoriales, sistemas de compra y financiación, organizaciones integradas, introducción de mecanismos y estrategias de coordinación, protocolos conjuntos, etc.) con las que se pretende facilitar los canales de comunicación entre los diferentes niveles de atención y servicios, hasta las estrategias de formación (cursos de formación continuada, folletos informativos, etc.) con el fin de modificar determinadas conductas e incorporar nuevos hábitos de comunicación entre profesionales. Sin embargo, hasta la fecha no existen evidencias sobre los resultados obtenidos con tales medidas (O'Malley et al., 2009).

Coordinación, continuidad e integración asistencial son conceptos polisémicos que pueden generar confusión si se utilizan de manera indistinta, ya que hacen referencia a cosas completamente diferentes. Nos referimos a coordinación cuando los diferentes servicios de atención a la salud se llevan a cabo de manera sincrónica, independientemente de dónde se reciben/prestan con el fin de alcanzar objetivos comunes. La atención integrada sería la que se realiza en un contexto de óptima coordinación. La continuidad asistencial es el resultado, percibido satisfactoriamente por los pacientes y sus familias, de una atención que se mantiene coordinada a lo largo del tiempo (Henaó Martínez

et al., 2009). Por otra parte, la integración persigue conectar el sistema de servicios sanitarios con otros sistemas de servicios humanos, cuidados de larga duración, educación, vivienda (Leutz, 1999). Según este autor se distinguen tres niveles de integración: colaboración (derivación de pacientes entre instituciones y profesionales), coordinación (acuerdos entre instituciones y existencia de profesionales de enlace) e integración (presupuesto conjunto), cuya pertinencia depende de las características de los servicios requeridos o de los usuarios que los requieren.

No se puede utilizar cualquier pieza de un puzle para integrarla indistintamente en los espacios que queden libres sin tener en cuenta su dimensión, forma y dibujo. De la misma manera, los servicios sanitarios con vocación esencialmente curativa, de diagnóstico y tratamiento a corto plazo, no suelen satisfacer la demanda sentida de cuidados continuados por parte de los usuarios. En el origen del problema se encuentra el hecho de que la integración de servicios ha sido tradicionalmente un asunto de profesionales y gestores, con poca participación de los usuarios, que no solamente han perdido parte de su saber popular dejándolo en manos de aquellos, sino que también les han delegado completamente la toma de decisiones relacionadas con su salud (Martínez Riera y Sanjuán Quiles, 2009).

La participación ciudadana para la democratización de los servicios de salud debe ser libre, informada y con capacidad de elección (Jovell y Navarro Rubio, 2008). Nos podríamos preguntar, pues, cómo sistemas sanitarios que dicen estar «centrados en el paciente/usuario» tienen tan poco en cuenta su toma de decisiones en el diseño de las políticas sanitarias públicas; es lo que se ha venido en denominar «despotismo sanitario», en definitiva reflejado por un sistema que teóricamente hace todo por el paciente, pero sin tenerlo en cuenta.

Entre los factores que influyen en la coordinación asistencial se identifican los siguientes (cuadro 5.2):

- Comunicación. El conocimiento mutuo entre profesionales de diferentes niveles de atención y su buena relación.
- Provisión de servicios. Los cambios demográficos, el aumento de la cronicidad, los cambios en las estructuras familiares, etc. han cambiado sustancialmente tanto las necesidades de cuidados como su prestación. A esto hay que añadir el aumento progresivo de costes. Por todo ello se hace preciso establecer estrategias que permitan rentabilizar los recursos existentes (tanto en el sector salud como

CUADRO 5.2

Factores que influyen en la coordinación asistencial

La comunicación
 Provisión de servicios
 Herramientas de coordinación necesarias para llevar a cabo el proceso de evaluación
 Sistema de valores de los profesionales involucrados en la atención del usuario/familia
 Las condiciones de trabajo con sus correspondientes elementos estructurales y organizativos
 La participación de los usuarios/familias en la toma de decisiones en el continuo de atención

en el resto de sectores comunitarios) sin reducir la calidad de la atención. Entre estas estrategias se pueden identificar las tendentes a unificar la gestión de los diferentes niveles asistenciales, generar servicios de corta estancia, fortalecer la atención domiciliaria (unidades de hospitalización a domicilio, programas de atención domiciliaria desde atención primaria, ayuda domiciliaria municipal y/o privada, etc.); coordinar servicios sociales y comunitarios, crear nuevas figuras de gestión (enfermeras de gestión de casos, enfermeras de enlace, enfermeras de gestión comunitaria, etc.), apoyar a los cuidadores familiares (ley de autonomía personal), compra de servicios sociales, etc.

- Herramientas de coordinación necesarias para llevar a cabo el proceso de evaluación.
- Sistema de valores de los profesionales involucrados en la atención del usuario/familia. Los valores y las actitudes condicionarían el interés de los profesionales por colaborar y comunicarse con los otros niveles, mientras que la existencia de mecanismos de coordinación determinaría el grado de comunicación, intercambio de información y consenso sobre la atención entre los profesionales.
- Las condiciones de trabajo con sus correspondientes elementos estructurales y organizativos:
- La participación de los usuarios/familias en la toma de decisiones en el continuo de atención.

La integración de servicios ha sido un asunto de profesionales y gestores con poca participación de los usuarios.

Los factores que comúnmente hacen referencia a la insuficiente integración asistencial son (cuadro 5.3):

- Existencia de múltiples proveedores. La continua especialización diversifica los servicios donde se atienden los problemas de salud. Se produce una descoordinación de servicios, visibilizada en la fragmentación de consultas y centros, insuficiente utilización de sistemas de información, duplicidad de exploraciones y pruebas diagnósticas, con elevada proporción de ingresos hospitalarios, y descoordinación en la atención a pacientes crónicos y terminales, con la transferencia a sus familias de cualquier actividad de coordinación o gestión de casos.
- Escasa o nula orientación de la medición de resultados al eje paciente/familia/comunidad.
- Desatención a las preferencias de los usuarios/familia. A pesar del respaldo normativo a los derechos de

CUADRO 5.3

Factores que hacen referencia a la insuficiente integración asistencial

Existencia de múltiples proveedores
 Escasa o nula orientación de la medición de resultados al eje paciente/familia/comunidad
 Desatención a las preferencias de los usuarios/familia

los usuarios, aún no se ha conseguido una integración y participación efectivas en el sistema sanitario (Meneu de Guillerna, 2006).

Para lograr una atención integral, integrada e integradora se hace indiscutiblemente necesaria la corresponsabilidad de los diferentes agentes que conforman las redes sociales y comunitarias que facilitan la intersectorialidad a través de su participación directa o indirecta (recursos públicos y privados de cada sector: educación, justicia, transporte, etc.). En todo este proceso se hace necesario generar y mantener canales de comunicación permanente e instrumentos de participación que faciliten la toma de decisiones consensuada a los problemas o demandas identificados y/o planteados.

Walker et al. (1977) definieron las redes sociales como «la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información». Maguire (1980) se refirió a las redes como «fuerzas preventivas» que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales. Gottlieb (1985) planteó que tales interacciones conllevaban beneficios emocionales y efectos perceptibles en la conducta de los individuos.

Con posterioridad se diferenció entre lo que eran apoyos sociales puntuales y muy focalizados y las acciones llevadas a cabo a través de redes sociales organizadas e interrelacionadas, con resultados desiguales según los grupos a los que se prestaba ayuda. Se demostró que la continuidad prolongada del apoyo y la composición de determinados grupos (depresivos, de maltrato, violencia, negligencia) no garantizaban el éxito de la intervención.

De alguna manera, la existencia de las redes demuestra que no hay igualdad de oportunidades para todos los grupos sociales y que, en la búsqueda de beneficios, incluso entre los más desprotegidos, las redes se estructuran y reestructuran para conservar o aumentar los recursos en beneficio del grupo (De la Peña, 2001).

Las definiciones de redes sociales que se han propuesto son tan abundantes que sería imposible reseñarlas en este espacio. Sin embargo, un planteamiento valioso es justamente el que aboga por el estudio de las redes, no desde la perspectiva del individuo/familia, sino desde la misma comunidad. Dabas y Najmanovich (1995) hacen referencia a movimientos sociales plasmados en redes comunitarias que dan solución a demandas sociales específicas.

Desde la perspectiva del grupo, las redes comunitarias tienen implicaciones diferentes que se perciben de manera colectiva. Parte del debate sobre habilitación (*empowerment*) puede trasladarse a esta escala grupal y tiene sentido cuando la construcción subjetiva de «haber participado», «haber logrado», «haber compartido» asume un significado que solo puede ser posible a través de la experiencia colectiva. Para Dabas y Najmanovich, en algunas ocasiones las redes comunitarias se gestan alrededor de una institución, sea esta un hospital, un dispensario, una iglesia o una escuela, tal vez motivadas por ella o como respuesta a la insuficiencia de su acción. Las entidades gubernamentales, y a veces también las no gubernamentales, no solo no tienen capacidad para solucionar los problemas locales más importantes, sino que, de hecho, con frecuencia son incapaces de verlos. Las comunidades, a través de procesos internos de diagnós-

tico, están en condiciones de determinar y discutir sus principales necesidades.

Es indudable que en los países más desarrollados, donde las demandas insatisfechas pueden ser menores, la idea de red comunitaria vista desde la perspectiva colectiva puede parecer extraña. De hecho, en la literatura abunda más el enfoque de red social, que se diferencia de la comunitaria en que, en la primera, el centro es el individuo, no la comunidad. Sin embargo, en esos países desarrollados también surgen redes comunitarias, sobre todo allí donde está más presente la marginación socioeconómica o cultural.

Aquí aparece otro componente superior, la idea de intervención, de hacedor, de contribuyente a la transformación de la realidad. La introducción del concepto de intervención transformadora de la realidad en el marco de las redes comunitarias implica que la persona que actúa abandone el papel de espectador pasivo que le suelen atribuir las instituciones. Para Dabas y Najmanovich (1995) es preciso no solamente visualizar la red comunitaria sino operar en ella, dotarla de poder suficiente para solucionar sus propios problemas. Tal vez sea justamente esta perspectiva de red comunitaria la que se aproxima a un significado más cabal del concepto de sociedad civil, porque revoluciona la creación de conocimiento al hacer necesario pensar en red y no en unidades aisladas; ello implica una revolución no solo epistemológica sino también de tipo ontológico, al recuperar el sentido del ser mismo, como un ente colectivo que vive y actúa en grupo.

La complementariedad entre el apoyo de las redes informales y de los servicios formales es garantía, por otra parte, de que puedan mantenerse durante más tiempo los cuidados que presta la familia, pues no es verdad que cuando existen servicios formales las familias se desentienden, sino que, si estas se sienten apoyadas, pueden continuar desempeñando buena parte de la atención durante mucho más tiempo.

La complementariedad entre el apoyo informal y los servicios formales es garantía de que puedan mantenerse durante más tiempo los cuidados que presta la familia.

En síntesis, no existe un concepto unívoco de redes sociales. Pero se puede decir que son una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que facilitan la integración de las personas y sus familias con su entorno social y les permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional, evitando o disminuyendo el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que les afectan.

Existen diferentes formas de tipificar las redes sociales. Entre los criterios para clasificarlas figuran los tipos de intercambio y las interconexiones entre los miembros, pudiendo distinguir las siguientes clases de redes (cuadro 5.4):

- Redes basadas en la reciprocidad, en las cuales se produce un intercambio paritario de bienes y servicios como parte integral de una relación social duradera.
- Redes basadas en la redistribución de bienes y servicios, que se centran primero en un individuo o

CUADRO 5.4 Clases de redes sociales

- Redes basadas en la reciprocidad
- Redes basadas en la redistribución de bienes y servicios
- Redes basadas en el mercado
- Redes basadas en contactos personales
- Redes basadas en contactos grupales

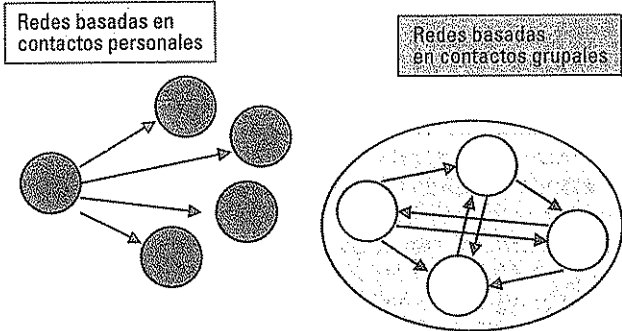


FIGURA 5.1 ■ Redes según tipos de interconexión.

institución para luego distribuirse en la comunidad o sociedad.

- Redes basadas en el mercado, en las que los bienes y servicios se intercambian sobre la base de la ley de oferta y demanda, sin implicaciones sociales de largo plazo.
- Redes basadas en contactos personales. También conocida como red egocéntrica porque se basa en las relaciones personales de cada individuo, favoreciendo las relaciones diádicas.
- Redes basadas en contactos grupales, en las que la persona se relaciona con miembros de grupos estructurados en torno a agrupaciones y organizaciones de las que forma parte (fig. 5.1).

También podemos clasificar las redes de acuerdo con las características de sus componentes (cuadro 5.5 y fig. 5.2).

INTERSECTORIALIDAD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La salud es un asunto profundamente político, y la participación comunitaria puede ser tomada como su elemento más visible.

La participación de la comunidad es el proceso mediante el cual sus miembros se involucran en los programas o actividades que se llevan a cabo en interés de la colectividad. La OMS definió la participación comunitaria como «un proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y de las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad sobre la salud y la capacidad de actuar en el desarrollo comunal» (OMS, 1984).

La participación de la comunidad es el proceso mediante el cual sus miembros se involucran en los programas o actividades que se llevan a cabo en interés de la colectividad.

CUADRO 5.5 Tipos de redes y sus componentes

REDES DE APOYO PERSONAL

Familiares

- Relación vertical: cónyuges, padres, suegros, abuelos, hijos, nietos, etc.
- Relación horizontal: hermanas, hermanos, cuñadas, cuñados
- Relación transversal: tíos, tías, sobrinos, sobrinas

No familiares

- Amistades comprometidas: amigos y amigas íntimos
- Otras amistades
- Otras personas

REDES DE APOYO COMUNITARIAS

- Organizaciones a nivel comunitario, no públicas, con actividades propias (privadas, organizaciones no gubernamentales [ONG], voluntariado, religiosas, etc.)
- Instituciones públicas o adscritas al sector público a nivel comunitario (vinculadas a proyectos y actividades comunitarias)
- Organizaciones e instituciones públicas de gran alcance, vinculadas a políticas nacionales

Una agrupación posible de redes de apoyo podría asumir la siguiente forma:

- Red centrada en la existencia del cónyuge
- Redes basadas en lazos familiares (hijos, nietos, hermanos y otros)
- Redes de amigos, colegas, vecinos
- Redes basadas en la participación/integración en organizaciones comunitarias

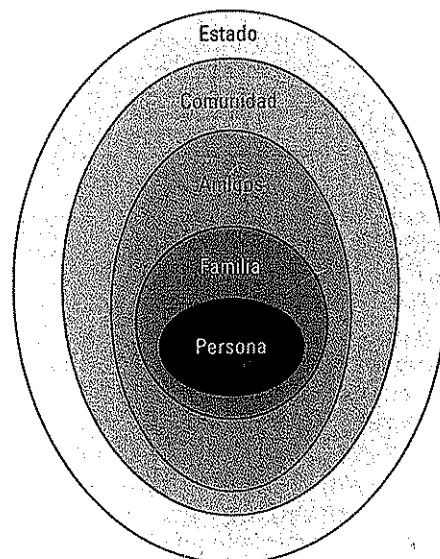


FIGURA 5.2 ■ Tipo de fuentes de apoyo.

La participación de la comunidad es la base para (fig. 5.3):

- Reconocer los problemas sentidos.
- Establecer prioridades.
- Planificar y aplicar programas.
- Evaluar los programas.



FIGURA 5.3 ■ Participación de la comunidad.

CUADRO 5.6 ■ Contribución de la participación comunitaria en salud

- Mejorar la calidad de la atención y aumentar la satisfacción de la comunidad y los profesionales de la salud
- Movilizar recursos comunitarios y construir redes locales
- Adecuar los programas de salud a la realidad comunitaria
- Identificar la promoción de la salud como el proceso que necesita el compromiso de la comunidad
- Construir identidad participativa en la comunidad
- Corresponsabilidad frente al control sobre los determinantes de la salud, promoción de estilos de vida y creación de entornos saludables
- Controlar la calidad de los servicios y prestaciones de los diferentes sectores y su relación con la atención de la salud
- Conocer el estado de cuentas de la gestión y los resultados obtenidos de esta
- Identificar la responsabilidad de cada uno de los agentes de salud que intervienen en los diferentes ámbitos de atención

Hay que destacar que, cuando hablamos de participación, lo hacemos de capacidad y posibilidad de tomar decisiones en todo el proceso de planificación y organización.

La participación comunitaria en salud, por tanto, contribuye a (cuadro 5.6):

- Mejorar la calidad de la atención y aumentar la satisfacción de la comunidad y los profesionales de la salud.
- Movilizar recursos comunitarios y construir redes locales con la participación de los diferentes agentes de salud y sectores comunitarios que permitan potenciar la intersectorialidad en beneficio de la comunidad.
- Adecuar los programas de salud a la realidad comunitaria para poder dar la mejor respuesta a las necesidades de salud de la población.
- Identificar la promoción de la salud como el proceso que necesita el compromiso de la comunidad y en el que la persona se constituye como parte activa en el cuidado de su salud.
- Construir identidad participativa en la comunidad mediante el control social derivado de la expresión de opiniones, evaluación de los servicios sanitarios y responsabilidad en la producción colectiva de la salud, así como en la toma de decisiones.
- Corresponsabilidad frente al control sobre los determinantes de la salud, promoción de estilos de vida y creación de entornos saludables.

- Controlar la calidad de los servicios y prestaciones de los diferentes sectores y su relación con la atención de la salud.
- Conocer el estado de cuentas de la gestión y los resultados obtenidos de esta.
- Identificar la responsabilidad de cada uno de los agentes de salud que intervienen en los diferentes ámbitos de atención según la competencia que tienen de cara a la comunidad (redes sociales, agentes comunitarios de salud, consejos de salud de la comunidad, etc.).

Desde la perspectiva del propio sector salud podemos distinguir dos tipos o niveles de participación:

- *Interno*: la participación comunitaria favorece un nuevo planteamiento de gestión participativa de los profesionales de la salud que fortalece el sentido de pertenencia al equipo de salud, el desarrollo de la organización y la calidad de los servicios que ofrece.
- *Externo*: basado en potenciar los espacios y las capacidades de trabajo conjunto entre la comunidad y el equipo de salud.

Pero, en cualquier proceso de participación comunitaria, siempre se plantea el interrogante de quién debería participar. Y, sin excluir cualquier otra opción, al menos cabe identificar:

- Entidades/agentes que trabajan con vinculación en el tema sobre el que se pretende intervenir: tanto a nivel estratégico como a nivel de actuación.
- Entidades con papel en la financiación de los proyectos.
- Organismos de planificación gubernamental de diferentes sectores.
- Asociaciones, personas con liderazgo en la comunidad.

En España, la Ley General de Sanidad introduce la posibilidad de profundizar en los mecanismos descritos; sin embargo, su desarrollo real ha sido muy escaso. Se identifica al propio sistema de salud como el principal responsable de las limitaciones que se observan en la participación comunitaria:

- Para los políticos no ha constituido un campo de interés específico, ni ha habido una presión ciudadana o institucional suficiente en esa dirección.
- Para los profesionales, ninguno de estos elementos han sido áreas de investigación de interés, ya que hay escasez de financiación, de grupos y de desarrollo metodológico y, por tanto, pocas probabilidades de publicación de resultados.
- La población se ha movido habitualmente como reacción a decisiones de asignación de recursos asistenciales más que para influir en el diseño de las políticas de salud.
- No se trasladan a la realidad las dinámicas de participación comunitaria diseñadas. En ocasiones predomina el paternalismo y la rigidez en la toma de decisiones en el nivel local.
- Existe un insuficiente adiestramiento en lo relacionado con la participación social y comunitaria, tanto de los profesionales de la salud como de los miembros de la comunidad, que suelen desconocer el concepto de participación, sus modalidades y, en general, las particularidades de ese proceso.

Se identifica al propio sistema de salud como el principal responsable de las limitaciones que se vienen observando en la participación comunitaria.

Una comunidad movilizada y «empoderada» no necesariamente escogerá actuar en las mismas áreas que los servicios de salud o las autoridades locales priorizarán (véase el informe de 2012 *Growing communities from the inside out*, del distrito de Wakefield, UK, disponible *online* en <http://www.assetbasedconsulting.net/uploads/publications/Growing%20Communities%20from%20the%20Inside%20Out.pdf>).

Capacitar a la población y los líderes para la elaboración de proyectos intersectoriales

La participación comunitaria no ocurre espontáneamente, sino que es necesario un estímulo inicial (concienciación); los grupos comunitarios no surgen espontáneamente, hay siempre alguien o algo que comienza el proceso de participación, e incluso donde hay organización comunitaria es necesario este estímulo para pasar de la acción posible a la realidad dentro de la organización.

Los factores esenciales que conducen al desarrollo y organización de los grupos comunitarios se relacionan frecuentemente con decisiones concretas de una autoridad que afectan a la comunidad, con la falta de resolución de un problema importante percibido y con la toma de conciencia de que una acción organizada corresponsable es posible y productiva (fig. 5.4).

Las claves de una participación eficaz son la motivación (voluntad, conciencia, compromiso) y la formación (saber: método y técnicas, capacitación).

El proceso de motivación para la participación se desarrolla generalmente a lo largo de tres fases (cuadro 5.7):



FIGURA 5.4 ■ Factores esenciales para el desarrollo y organización de los grupos comunitarios.

CUADRO 5.7 Fases del proceso de motivación para la participación

- Carencial*: se percibe la necesidad que origina una motivación de captación
- Dinámica*: aparece el impulso que da lugar al inicio de la motivación
- Reductora*: disminución de la necesidad y mantenimiento de la motivación

- *Carencial*: en la que se percibe la necesidad que origina una motivación de captación.
- *Dinámica*: donde aparece el impulso que da lugar al inicio de la motivación.
- *Reductora*: donde hay una disminución de la necesidad y se sigue manteniendo la motivación.

La acción intersectorial debe percibirse como una estrategia o situación que beneficia a todos los participantes. La finalidad podría ser lo suficientemente ambiciosa y expansiva para que cada actor pudiera percibir de qué forma la participación contribuye a la consecución de sus objetivos. No suele ser necesario ni apropiado que un sector determinado asuma mayor protagonismo. Los actores del sector de la salud pueden desempeñar diversas funciones; más que liderar, su función más adecuada puede ser la de facilitar, mediar, coordinar o integrar. El liderazgo en las iniciativas intersectoriales de acción tiene más que ver con la orientación y la influencia que con el control, y debe compartirse la responsabilidad en el logro de los objetivos comunes, así como el reconocimiento y las recompensas por el éxito obtenido.

Las claves de una participación eficaz son la motivación (voluntad, conciencia, compromiso) y la formación (saber: método y técnicas, capacitación).

INTERSECTORIALIDAD: IDENTIFICACIÓN DE AGENTES DE SALUD COMUNITARIOS

Son numerosas las definiciones que sobre intersectorialidad podemos encontrar en la literatura. En las últimas décadas del siglo XX, la Organización Panamericana de la Salud definía la intersectorialidad como «el proceso en que los objetivos, las estrategias, las actividades y los recursos de cada sector se consideran según sus repercusiones y efectos en los objetivos, las estrategias, las actividades y los recursos de los demás sectores» (OMS/OPS, 1982, citado por Rufián Lizana y Palma Carvajal, 1990:130). Junqueira y Prates (1998) la definían como «la articulación de saberes y experiencias en el planeamiento, realización y evaluación de acciones, con el objetivo de alcanzar resultados integrados en situaciones complejas, buscando un efecto sinérgico en el desarrollo social». A principios del siglo XXI, Fernández Aneiros y Mendes (2003) la definieron como la «convergencia de esfuerzos de diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales para producir políticas integrales e integradas que ofrezcan respuestas a las necesidades generales». Según Castell-Florit y Gispert Abreu (2009), la intersectorialidad se define «como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a abordar los problemas vinculados con la salud, bienestar y calidad de vida».

En base a lo expuesto podemos decir que la intersectorialidad se define, en principio, como la integración de diversos sectores con el objetivo de dar respuesta a la solución de problemas sociales. Ahora bien, hay que realzar matizaciones que permitan situarla con claridad en el contexto o sector en el que se vaya a desarrollar.

La intersectorialidad supone la integración de diferentes sectores con el objetivo de dar respuesta a la identificación de problemas sociales desde la búsqueda de soluciones integrales, pero sin descartar las diferencias entre sectores que permiten obtener lo mejor de cada recurso.

En esta perspectiva se pueden identificar dos tendencias para la descripción de la intersectorialidad:

1. Cuando supone la integración entre sectores y posibilita la búsqueda de soluciones integrales. En este caso, su intencionalidad es claramente política al estar implícita en estrategias globales de desarrollo tendentes a la mejora de vida de la población.
2. La que entiende que permite establecer diferencias entre sectores que pueden ser utilizadas para la solución de problemas sociales, cuya naturaleza es básicamente técnica y con acciones cuyo objetivo es conseguir encontrar las mejores soluciones y compartir los recursos que son propios de cada sector.

Como elementos comunes cabe destacar los siguientes:

- *Integración*: está implícita en todas las definiciones de intersectorialidad, llegando en algunos casos a asimilarse al concepto de intersectorialidad (la UNESCO habla de políticas sociales integradas para referirse a la intersectorialidad (UNESCO, 1990:95)).
- *Inclusión*: dado que la intersectorialidad abarca desde el diseño de las acciones hasta su evaluación. Representa no tan solo un planteamiento conceptual de las políticas sociales, sino una pauta de acción para su implementación.
- *Comunidad*: en la que necesariamente se comparan recursos, responsabilidades y acciones cuando hablamos de intersectorialidad. Deben tenerse en cuenta la estructura de la administración pública y los mecanismos de asignación de recursos.

La intersectorialidad tiene como elementos comunes la integración que es consustancial a ella, la inclusión imprescindible para su implementación y la comunidad que es donde se lleva a cabo y donde se comparten los recursos.

También es preciso destacar de manera muy significativa la multiculturalidad e interculturalidad, que desempeñan un papel determinante en el desarrollo de las acciones y la instauración de nuevos valores mediante el respeto de las diferencias y su incorporación a la política social.

Cada vez existe mayor consenso acerca de los factores clave que determinan la salud de la población. La capacidad de influir en la mayoría de los factores determinantes de la salud no reside en el sector sanitario.

Gran cantidad de documentos importantes e influyentes han abordado este aspecto en los últimos años. Entre otros: «Perspectivas sobre la salud de los canadienses» (1974); «Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud» (1986); «¿Por qué algunas personas son sanas y otras no?»; «Acción intersectorial para la salud: una piedra angular para la salud para todos en el siglo XXI» (1997), y «Salud para todos en el siglo XXI» (1998). Dada su importancia, el

desarrollo de la acción intersectorial se ha incluido como una función esencial de salud pública (FESP).

La acción intersectorial se basa en el reconocimiento de que los factores claves que determinan la salud son responsabilidad de muchos sectores además del sanitario.

Pero para poder llevar a cabo cualquier proyecto de participación comunitaria en el que la intersectorialidad sea un elemento clave, se debe generar un equipo coordinador que logre:

- Compromiso político y social en favor del proyecto.
- Creación de alianzas y centrar la acción en la educación y la promoción.
- Fomentar la plena adhesión de promotores influyentes.
- Sensibilizar a otros sectores sobre la importancia y pertinencia del proyecto.
- Formar un equipo central integrado por personas que dediquen parte importante de su tiempo al proyecto.

Actores/agentes comunitarios de salud

El actor o agente comunitario de salud, a través de su intervención directa en la comunidad, cumple un rol importante en el fortalecimiento de la relación de esta con las organizaciones de salud de cara a la prestación de servicios, así como en la prevención de enfermedades y promoción de prácticas saludables en la familia y en el conjunto de la comunidad.

Dicha figura es escasamente reconocida y reconocible en nuestro país, aunque existen evidencias de su validez en otros lugares, sobre todo en el ámbito latinoamericano. En los países que cuentan con la participación de dichos actores en las estrategias intersectoriales, estos deben reunir al menos los siguientes requisitos:

- Ser elegido por su comunidad.
- Conocer y vivir en la comunidad en la que actúa.
- Tener reconocimiento y representatividad.
- Realizar su trabajo de manera voluntaria.

Entre las atribuciones de los actores o agentes comunitarios de salud pueden destacarse las siguientes: analizar las necesidades de la comunidad; actuar en las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, especialmente del niño, de la mujer, del adolescente, del anciano y de los portadores de deficiencias físicas o mentales; participar en las acciones de saneamiento básico y de mejora del medio ambiente y en las reuniones del equipo de salud y otros eventos comunitarios.

Los actores/agentes comunitarios deben configurarse como el eje entre equipo profesional y comunidad, con un rol de traductor del universo científico a lo popular, facilitando el acceso de las personas al servicio de salud.

Los actores o agentes comunitarios de salud deben configurarse como el eje entre el equipo profesional y la

comunidad, con un rol de traductor del universo científico a lo popular, actuando también como facilitador del acceso de las personas al servicio de salud. Es preciso no minusvalorar las posibles dificultades derivadas de la aparición de resistencias en algunos sectores de la población en relación con las orientaciones proporcionadas por los agentes de salud y a posibles problemas en la interacción personal con determinados miembros de la comunidad o el propio equipo de salud.

Las acciones desarrolladas por los actores/agentes comunitarios de salud deben ir encaminadas a fomentar el tejido social de las comunidades y a la reducción de los factores de contexto que aumentan la vulnerabilidad personal o colectiva.

En esta línea trabajan para:

- Aumentar los canales de información con las comunidades para facilitar el contacto entre los servicios y las personas.
- Dar soporte y dinamizar iniciativas comunitarias para crear redes sociales más estables y con mejores conexiones con los servicios de salud.
- Detectar, movilizar y coordinar recursos de la comunidad para dar respuesta a las necesidades.

Los agentes comunitarios de salud se constituyen como elementos destacados de la intersectorialidad al establecerse como emisores de información, dinamizadores de las iniciativas que permiten crear y mantener redes sociales y facilitadores y coordinadores de los recursos que permiten dar respuesta a las necesidades.

Acciones intersectoriales

La acción intersectorial se ejecuta por medio de innumerables actividades, incluidas la promoción, la legislación, los proyectos comunitarios, la acción en políticas y programas, y el intercambio de formación e información.

La viabilidad de las acciones intersectoriales depende de la existencia de un marco de políticas públicas que apoye la formulación de estrategias favorables a la salud y que facilite la acción colectiva, además de promover las iniciativas que surgen de las propias comunidades, proporcionando apoyo económico y técnico para su formación y ejecución.

En este sentido cobra una gran relevancia la cooperación internacional en la que no tan solo la intersectorialidad es un elemento clave para el éxito de las intervenciones comunitarias sino la participación comunitaria a través de la identificación tanto de líderes comunitarios como de promotores de la salud que permitan el desarrollo de estas (Ndiaye et al., 2014).

Ventajas y problemas de las acciones intersectoriales

La intersectorialidad genera una serie de ventajas y valores, tanto en la organización del trabajo como en los procesos que gestionan los servicios públicos, así como en sus resultados finales:

- Aporta nuevos recursos a las iniciativas de atención a los problemas y necesidades reales de la comunidad.

- Favorece y mejora la eficacia y la eficiencia de los servicios públicos.
- Las sinergias y complementariedades de los servicios involucrados aumentan la productividad y permiten compartir responsabilidades y recursos.
- Amplía las capacidades institucionales.
- Genera patrones de cambio.
- Contribuye a la corresponsabilidad.
- Permite compartir los problemas y abordarlos conjuntamente.

Las acciones intersectoriales tienen múltiples ventajas a la hora de concretar y dar forma a las iniciativas que tratan de dar respuesta a las necesidades identificadas, aunque deben estar perfectamente coordinadas para evitar solapamientos que dificulten su desarrollo.

También podemos identificar problemas en la gestión intersectorial, centrados fundamentalmente en la existencia de áreas solapadas de trabajo en diversas acciones, hecho que no siempre tiene connotaciones negativas ya que puede ser expresión de dinamismo y creatividad. Sin embargo, la existencia y mantenimiento de iniciativas en paralelo, sin comunicación entre sus responsables-actores, es algo negativo, por lo que es importante que se generen ámbitos de coordinación no solo en los más altos niveles de decisión, sino que aquellos vayan acompañados de esquemas de ejecución operativa adecuados a las necesidades y capacidades institucionales reales en todos los escalones.

TRANSVERSALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD: DE LOS NIVELES DEL SISTEMA A UN SISTEMA DE RED

La transversalidad en la atención de la salud impulsa el desarrollo de instituciones y dinámicas de acción abiertas que permiten una mejor comprensión y relación directa con los problemas locales y globales y que requieren la generación de perspectivas transdisciplinarias que favorezcan las respuestas a las demandas comunitarias (García Soto, 2007).

En la respuesta a los problemas comunitarios identificados no existen respuestas unívocas ni estrategias que partan de un solo sector, por lo que es fundamental la transversalidad tanto de los sectores participantes como de los actores que deben llevarlas a cabo.

Es necesario destacar que para la generación de una red es imprescindible la existencia de una meta claramente identificada, de interés para las instituciones y las personas que la componen (ideario compartido). Estas metas no sustituyen ni chocan con las de las organizaciones participantes, ni con las funciones o estructuras formales existentes; por el contrario, en la mayoría de las ocasiones las complementan, introduciendo, eso sí, importantes cambios en su concepción y funcionamiento.

El objetivo del trabajo en red es sumar esfuerzos, evitar duplicaciones, y lograr, a través de la complementariedad y corresponsabilidad, una mayor capacidad resolutive, más eficaz y eficiente.

Una cualidad que debe caracterizar al trabajo en red es la flexibilidad y la voluntariedad, por lo que se deben evitar planteamientos basados en la rigidez burocrática y en el exceso de regulación normativa que, lejos de facilitar su acción, les hace perder sus cualidades.

Con frecuencia, cuando se habla de redes en salud, se piensa en la red asistencial estructurada en niveles/escalones de complejidad creciente. Es necesario cambiar estos planteamientos y adaptarse a los definidos anteriormente.

Las patologías de fin de siglo —adicciones, depresión, violencia, maltrato y abuso infantil, contaminación— muestran la dificultad de sostener un límite sectorial. La articulación con los sectores de educación, justicia, promoción y acción social, saneamiento ambiental, entre otros, resultan imprescindibles a la hora de definir una política eficiente y eficaz en salud.

Las redes de salud no se concretan tan solo en las organizaciones asistenciales. El trabajo compartido, complementario y con responsabilidad de los diferentes recursos comunitarios y sus actores es el que da forma a las redes y permite ofrecer respuestas más eficaces y eficientes.

En base a lo anterior se pueden identificar las siguientes tipologías de redes:

- *Red personal.* Según Sluzki, la red social personal es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad. Esta red contribuye sustancialmente a su reconocimiento como individuo y constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad y adaptación a una crisis. Hay evidencias de que la existencia de una red personal estable protege a las personas de las enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, afecta a la pertinencia y la rapidez de la utilización de los servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la calidad de vida (Sluzki, 1996).

La red social personal la conforman la familia, las amistades, las relaciones laborales o escolares y las relaciones comunitarias de servicio o de creencias.

- *Red comunitaria.* El concepto de participación se confunde con estar presente o tener asistencia, quitándole la cualidad de protagonismo activo, que es lo que realmente la define. Al tratar la comunidad como un sumatorio de individuos, se pierden cualidades organizacionales de los diversos subsistemas que la componen. En un mismo contexto hay gente que vive sola y otra en grupos familiares de características muy diversas. Algunas de estas familias tienen relación con muchas otras. El miembro de una familia puede participar al mismo tiempo en una asociación vecinal y en la del colegio de sus hijos. Sus hijos, a su vez, se

relacionan con muchos niños y jóvenes, a través de los cuales se puede llegar a sus familias. Y así, circularmente, de acuerdo con una lógica de relaciones que favorece las redes de intervención comunitaria.

- *Red institucional.* Las instituciones de salud suelen visualizarse desde la perspectiva piramidal, compartimentada por direcciones, departamentos y servicios. La comunicación se percibe en orden descendente y unidireccional. En general, es el paciente el que circula por los diversos niveles institucionales, formando parte de un sistema perverso de prácticas y estadísticas fragmentadas y fragmentarias. Sujeto a derivaciones, encuentra a veces barreras infranqueables en los ciento cincuenta metros que separan un servicio de otro. Esta distancia por lo general aumenta cuando la derivación es desde un centro de salud a un hospital. La estructura organizacional lo cuadrícula, y a la vez cuadrícula la asistencia en servicios incomunicados. Es necesario, por tanto, generar estrategias de coordinación y de delegación de tareas, con identificación clara de responsables y plazos que garanticen su cumplimiento. Resulta fundamental prever la participación de la mayoría, que todos estén representados y que se asegure la difusión de la información de los temas que se van consensuando.
- *Red de servicios.* Al hablar de redes de servicios hay que tener en cuenta la interrelación de los recursos públicos y privados en los diferentes niveles de gestión de estos (local, provincial, autonómico y/o nacional), evitando la sobreutilización de algunos servicios y la suboptimización de otros.
- *Red intersectorial.* Poner en funcionamiento redes intersectoriales aparece como uno de los niveles más complejos de alcanzar, pero también como uno de los de mayor proyección en el momento de considerar su impacto. Las personas, al ser partícipes en la toma de decisiones como integrantes de asociaciones profesionales, vecinales, comunitarias, promueven el desarrollo de la red social de los diferentes sectores y su interrelación. Esto genera no solo un campo de participación sino también de asunción de responsabilidades.

El objetivo del trabajo en red es sumar esfuerzos, evitar duplicaciones, lograr a través de la complementariedad una mayor resolución, siendo más eficaces y eficientes como resultado de la corresponsabilidad.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LA COMUNIDAD. EJEMPLOS DE ACCIONES INTERSECTORIALES Y TRANSVERSALES

Los entornos sociales y comunitarios actúan como agentes educativos de gran importancia en educación para la salud (EpS) (fig. 5.5).

La EpS no es un concepto abstracto, sino una realidad operativa que responde a las necesidades de salud y a la posibilidad objetiva de adquirir comportamientos positivos

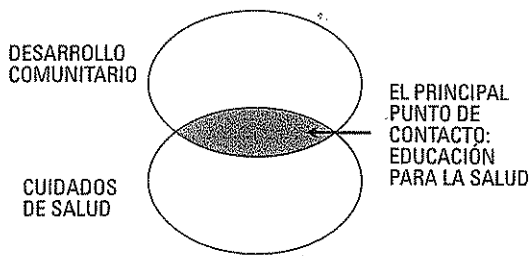


FIGURA 5.5 ■ Entornos sociales y comunitarios en educación para la salud.

a partir de la capacidad para la toma de decisiones en la defensa y mejora de la propia situación de salud en un contexto de responsabilidad personal y con el medio. Por estas razones, la EpS pone énfasis en los enfoques de enseñanza y aprendizaje que se basan en la participación y responsabilidad de las personas como requisito imprescindible para la construcción de sus conocimientos. Se les considera, por tanto, sujetos activos de sus aprendizajes.

La EpS no debe ser vista como una herramienta exclusiva de los profesionales de la salud con la que modelar a la población según crean en cada momento. Se trata de un proceso de participación activa de enseñanza y aprendizaje.

Esto no se realiza desde proposiciones declarativas sino a partir de problemas concretos que la comunidad experimenta, y que requieren la necesaria articulación entre sectores. Desde el área de salud hay experiencias realizadas al respecto, pero cuyo impacto no se ha evaluado. Tal es el caso de los Programas de EpS Escolar que acaban siendo un intento más orientado a proveer un servicio al sector de educación que a una articulación de acciones.

Es importante estimular a las personas a reflexionar sobre sus valores y actitudes, así como a adquirir y practicar una variedad de habilidades relacionadas con el hecho de vivir saludablemente. Desde esta perspectiva la elección, la negociación, la toma de decisiones, la resolución de problemas, el juego de roles, el estudio de casos, la entrevista, la simulación y el trabajo de proyectos son idóneos como componentes principales de los procesos de EpS.

Es necesario ser conscientes de lo que las personas de una comunidad entienden por salud, de los medios por los cuales creen que esta puede alcanzarse y de la importancia que dan a un comportamiento saludable en su vida diaria.

La colaboración intersectorial es una de las bases para abordar la mayoría de los determinantes de salud a través de la acción de agentes de diferentes sectores que se corresponsabilizan en solucionar un problema determinado mediante la utilización de la EpS y la coordinación con todos los agentes comunitarios.

En tanto en cuanto la salud es un bien comunitario, los abordajes para su mantenimiento y las herramientas, como la EpS, para lograrlo deben partir de una colaboración intersectorial.

CUADRO 5.8

Rasgos distintivos de la educación para la salud con perspectiva comunitaria

- Trabaja con colectivos y grupos con problemas que son compartidos por sus miembros
- Busca conseguir objetivos positivos de desarrollo y promoción humana y de salud a partir de la capacitación de los implicados, sin reducirse a una acción asistencial
- Se lleva a cabo en la comunidad
- Los educadores actúan como mediadores comunitarios
- Fomenta la toma de iniciativas y la participación comunitaria para la resolución de sus problemas
- La acción se desarrolla en equipos interdisciplinarios sobre la base de objetivos comunes
- Promueve la cohesión y la integración social de la comunidad
- Establece estrategias de acción y desarrollo comunitario
- Presta servicios educativos y de salud, pero también sociales y culturales
- Estimula la creación de estructuras comunitarias intermedias
- Persigue la reconstrucción del tejido social desestructurado
- Genera recursos hacia la comunidad procedentes de otros colectivos

La EpS con perspectiva comunitaria precisa de una orientación teórica y metodológica capaz de convertir a todos los participantes del proceso educativo en dinamizadores de la vida social y, en su caso, del cambio colectivo y cuenta con los siguientes rasgos distintivos (cuadro 5.8):

- Trabaja con colectivos y grupos con problemas que son compartidos por sus miembros.
- Busca conseguir objetivos positivos de desarrollo y promoción humana y de salud a partir de la capacitación de los implicados, sin reducirse a una acción asistencial.
- Se lleva a cabo en la comunidad, es decir, en el marco social donde se producen las situaciones problemáticas.
- Los educadores actúan como mediadores comunitarios que no imponen sus modelos externos a la comunidad, sino que actúan con ella, partiendo de sus necesidades y sus recursos.
- Fomenta la toma de iniciativas y la participación comunitaria para la resolución de sus problemas.
- La acción se desarrolla en equipos interdisciplinarios sobre la base de objetivos comunes.
- Promueve la cohesión y la integración social de la comunidad.
- Establece estrategias de acción y desarrollo comunitario que no se agoten en la inmediatez de las situaciones.
- Presta servicios educativos y de salud, pero también sociales y culturales alternativos para las poblaciones marginadas.
- Estimula la creación de estructuras comunitarias intermedias: agentes de salud, escuelas de padres, aulas de la tercera edad, formación profesional, etc.
- Persigue la reconstrucción del tejido social desestructurado a través de la creación y consolidación de redes y asociaciones comunitarias.

- Genera recursos hacia la comunidad procedentes de otros colectivos: instituciones, colegios profesionales, organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado, etc.

La EpS con perspectiva comunitaria precisa de una orientación teórica y metodológica capaz de convertir a todos los participantes del proceso educativo en dinamizadores y agentes de cambio social.

Como ejemplos de acciones intersectoriales y transversales podemos citar en el ámbito europeo las desarrolladas por el consorcio DETERMINE (www.health-inequalities.eu) cuyos miembros pretenden abordar los determinantes sociales y económicos de las desigualdades de salud en la Unión Europea.

Independientemente de que los objetivos estratégicos se refieran de manera implícita o explícita a la equidad en materia de salud, se necesitan estrategias gubernamentales transversales para asegurar que las políticas aplicadas en las diferentes áreas se orienten a la consecución de unos objetivos comunes consensuados (lucha contra la pobreza, inclusión social, desarrollo sostenible, etc.). El sector salud tiene que desempeñar un papel proactivo que ayude a garantizar que todas las partes resulten beneficiadas, un planteamiento en el que «todos ganan». Como ejemplos de este tipo de acciones, que se desarrollan en distintos países europeos, podemos citar los siguientes:

- *Enseñanza*: «ofrecer igualdad de oportunidades en la escuela» es un plan de acción para lograr la inclusión educativa en Irlanda.
- *Empleo y bienestar social*: en Eslovenia se han adoptado medidas para fomentar la participación en el mercado laboral de los grupos desfavorecidos.
- En España, el Ministerio de Trabajo e Inmigración aprobó el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades, el cual garantiza la igualdad de acceso al mercado laboral.
- *Economía*: en Escocia, la Estrategia Económica (2007) establece prioridades para fomentar un crecimiento económico sostenible que afecta a la salud y el bienestar.
- *Medio ambiente*: la estrategia medioambiental de Gales (2006) hace referencia explícita al impacto del medio ambiente en el bienestar económico y social y en la salud.
- Trabajar por distritos: «Distritos Ejemplares» es una iniciativa del Ministerio de Vivienda, Planificación del Espacio y Medio Ambiente, Dirección General de Vivienda, Comunidades e Integración, en colaboración con el Ministerio de Salud Pública, que aspira a reducir la pobreza en cuarenta barrios desfavorecidos de los Países Bajos.
- *Vivienda*: en Estonia, el Ministerio de Asuntos Económicos ha utilizado los conocimientos sobre los efectos de la vivienda en la salud para elaborar el Plan de Desarrollo de la Vivienda.
- *Turismo*: el Ministerio de Turismo flamenco ha elaborado una política que permite a grupos económicamente vulnerables tomarse unas vacaciones, lo que mejora su bienestar físico y mental y reduce su estrés.

Otros enfoques novedosos que se están llevando a cabo en diferentes sectores son:

- *Empoderamiento*, Akkuna (Finlandia): ayuda a las personas que están sin empleo a relacionarse entre sí y a apoyarse, con el objetivo de que recuperen su autonomía y su autoestima. El proyecto anima a las familias a involucrarse con sus comunidades para salir «de las cuatro paredes en las que viven».
- *Técnicas de participación*, Manuel Merino (España): este proyecto pretende promover estilos de vida sanos entre los adolescentes, implicándoles en el diseño de los materiales de la campaña y ofreciéndoles «espacios» en los que puedan expresarse.
- *Enfoques de base comunitaria*, Programa de Desarrollo Comunitario para la comunidad romaní (Hungría): este proyecto de desarrollo comunitario pretende mejorar las habilidades individuales y la cohesión de la comunidad mediante una red de organizaciones interesadas, así como investigar actuaciones participativas.

Pero para que todo ello sea posible se requiere que aquellos que tienen la capacidad real en la toma de decisiones desde la perspectiva de la gestión sean capaces de identificar los factores que favorecen la intersectorialidad (tabla 5.2).

TABLA 5.2 Factores que favorecen la intersectorialidad

Factores generales	Factores específicos
Enfoques	Coordinador Estratégico Ético Participativo Sistémico-epidemiológico
Técnicas de trabajo en equipo	Análisis y solución de problemas en grupo Dinámica de grupos Grupos focales Interacción Toma de decisiones en grupo Trabajo comunitario
Habilidades y destrezas de gestión	Comunicación Estilo de dirección Liderazgo Motivación Relaciones interpersonales Toma de decisiones
Técnicas de gestión	Dirección por objetivos Dirección por proyectos Economía de la salud Estrategias de gestión Evaluación de tecnologías en salud Negociación y concertación Sistemas de calidad en salud Sistemas de información y control Sistemas intersectoriales de gestión en salud
Producción social en salud	Análisis de la situación de la salud Bases de la gestión en salud Determinantes y condicionantes de la salud Programas de salud Respuesta social en salud Sistema nacional de salud Sistemas locales de salud

EVALUACIÓN DE LA INTERSECTORIALIDAD

Desde hace ya varios años se viene desarrollando la evaluación del impacto en la salud (EIS) como herramienta de apoyo para la toma de decisiones, la formulación de políticas saludables, el fortalecimiento de la salud pública y la reducción de las desigualdades. La definición más aceptada es la del documento de consenso de Goteborg (<http://www.euro.who.int>), donde se define como «una combinación de procedimientos, métodos y herramientas mediante las que una política, programa o proyecto puede ser evaluado en función de sus potenciales efectos en la salud de la población y de la distribución de estos en dicha población».

La EIS es una potente herramienta catalizadora de la acción intersectorial y del abordaje integral de las desigualdades en salud. Hay que destacar, asimismo, su contribución a la formulación y planificación de políticas saludables. Otras ventajas a destacar son su potencial para promover la sensibilización, la corresponsabilidad y la participación en salud como parte del proceso de formulación de políticas públicas equitativas y transparentes.

La EIS es una potente herramienta catalizadora de la acción intersectorial y del abordaje integral de las desigualdades en salud, que contribuye a la formulación y planificación de políticas saludables.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Aguilar Idáñez MJ. La participación comunitaria en salud: ¿Mito o realidad? Madrid: Díaz de Santos; 2001.

Describe la importancia otorgada a la participación comunitaria en los procesos de desarrollo social desde mediados del siglo XX. Resalta el derecho a la participación ciudadana en el sector salud.

Ibern Regàs P. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006.

Aborda la integración asistencial considerando el papel fundamental que desempeña en la gestión sanitaria. Plantea reflexiones teóricas y experiencias prácticas. Se destaca la importancia de la coordinación e integración asistencial.

Perea Quesada R. Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo. Madrid: Díaz de Santos; 2004.

Analiza los conceptos de educación y salud con la finalidad de alcanzar una mayor aproximación al sentido actual de la EpS; se propone una definición real de dicha expresión.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

ADOZ. Boletín del centro de documentación en Ocio. Universidad de Deusto. 2002; n.º 22.

Ndumbe-Eyoh S, Moffatt H. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. BMC Public Health 2013;13:1056.

Agarwal G, Crooks VA. The nature of informational continuity of care in general practice. Br J Gen Pract 2008;58:e17-24.

Aguilar Idáñez MJ. La participación comunitaria en salud: ¿Mito o realidad? Madrid: Díaz de Santos; 2001.

Álvarez Pérez AG, García Farifías A, Rodríguez Salvá A, Bonet Gorbea M. Voluntad política y acción intersectorial: Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet] 2007;. [consultado 30 de septiembre de 2010];45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000300007&lng=es..

Canadian Institute for Health Information, Health Action Lobby, Health Canada "The Evolution of Public and Private Health Care Spending in Canada, 1960 to 1997. June 1999.

Carroll A, Dowling M. Discharge planning: communication, education and patient participation. Br J Nurs 2007;16:882-6.

Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17-21 de noviembre de 1986. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1986.

Castell-Florit SP, Gispert Abreu EA. La intersectorialidad y el desarrollo de la Salud Pública en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2009 [consultado 21 de septiembre de 2010];35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100004&lng=es.

Chen Y, Brennan N, Magrabi F. Is email an effective method for hospital discharge communication? A randomized controlled trial to examine delivery of computer-generated discharge summaries by email, fax, post and patient hand delivery. Int J Med Inform 2010;79:167-72.

Codling K, Quang NV, Phong L, Phuong do H, Quang ND, Bégin F, et al. The Rise and Fall of Universal Salt Iodization in Vietnam: Lessons Learned for Designing Sustainable Food Fortification. Programs With a Public Health Impact. Food & Nutrition Bulletin 2015;36:441-54.

Colon-Ramos U, Monge-Rojas R, Campos H. Impact of WHO recommendations to eliminate industrial trans-fatty acids from the food supply in Latin America and the Caribbean. Health Policy & Planning 2014;29:529-41.

Dabas E, Najmanovich D. Redes sociales: el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Buenos Aires: Paidós; 1995.

Davenport D, Mathers J, Parry J. Use of health impact assessment in incorporating health considerations in decision making. J Epidemiol Community Health 2006;60:196-201.

Dawson J, Huikuri S, Armada F. Liverpool Active City 2005-2010: Increasing Population Physical Activity Levels Through Intersectoral Action. Journal of Physical Activity & Health 2015;12:749-55.

Dove JT, Weaver WD, Lewin J. Health care delivery system reform: accountable care organizations. J Am Coll Cardiol 2009;8(54):985-8.

European Centre for Health Policy, ECHP. Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach. Bruselas: WHO Regional Office for Europe; 1999. Disponible en: http://www.healthedpartners.org/ceu/hia/hia01/01_02_gothenburg_paper_on_hia_1999.pdf.

Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why Are Some People Healthy. The determinants of health populations. London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group; 1994.

Fernandez Aneiros JC, Mendes R. Subprefeituras da cidade de São Paulo e políticas públicas para a qualidade de vida. São Paulo: Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades e Municípios Saudáveis; 2003.

Forbat J. The Swiss NEHAP: why it ended. Health Promotion International 2015;30:716-24.

Fracolli L, Bertolozzi MR. El trabajo en salud y el proceso de producción: un tema para enfermería. In: Yoshikawa E, Hino P, editors. Las necesidades en salud en la perspectiva de la Atención Básica. Guía para Investigadores. São Paulo: Dedone; 2009.

Garabelli Cavalli Kluthcovsky AC, Magosso Takayanagui AM. Agente comunitario de salud: una revisión de literatura. Rev Latino-Am Enfermagem 2006;14:957-63.

García Martínez A, Sáez Carreras J, Escarbajal de Haro A. Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida. Madrid: Arán; 2000.

García Soto L, Molero H, García I. El trabajo comunitario como eje transversal integrador del currículum de la Facultad de Medicina. Ciencia Odontológica 2007;4:56-64.

Giovanella L, de Mendonça MH, de Almeida PE, Escorel S, Senna Mde C, Fausto MC, et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil. Cien Saude Colet 2009;14:783-94.

Gottlieb BH. Social networks and social support: an overview of research, practice, and policy implications. 1985;12:5-22.

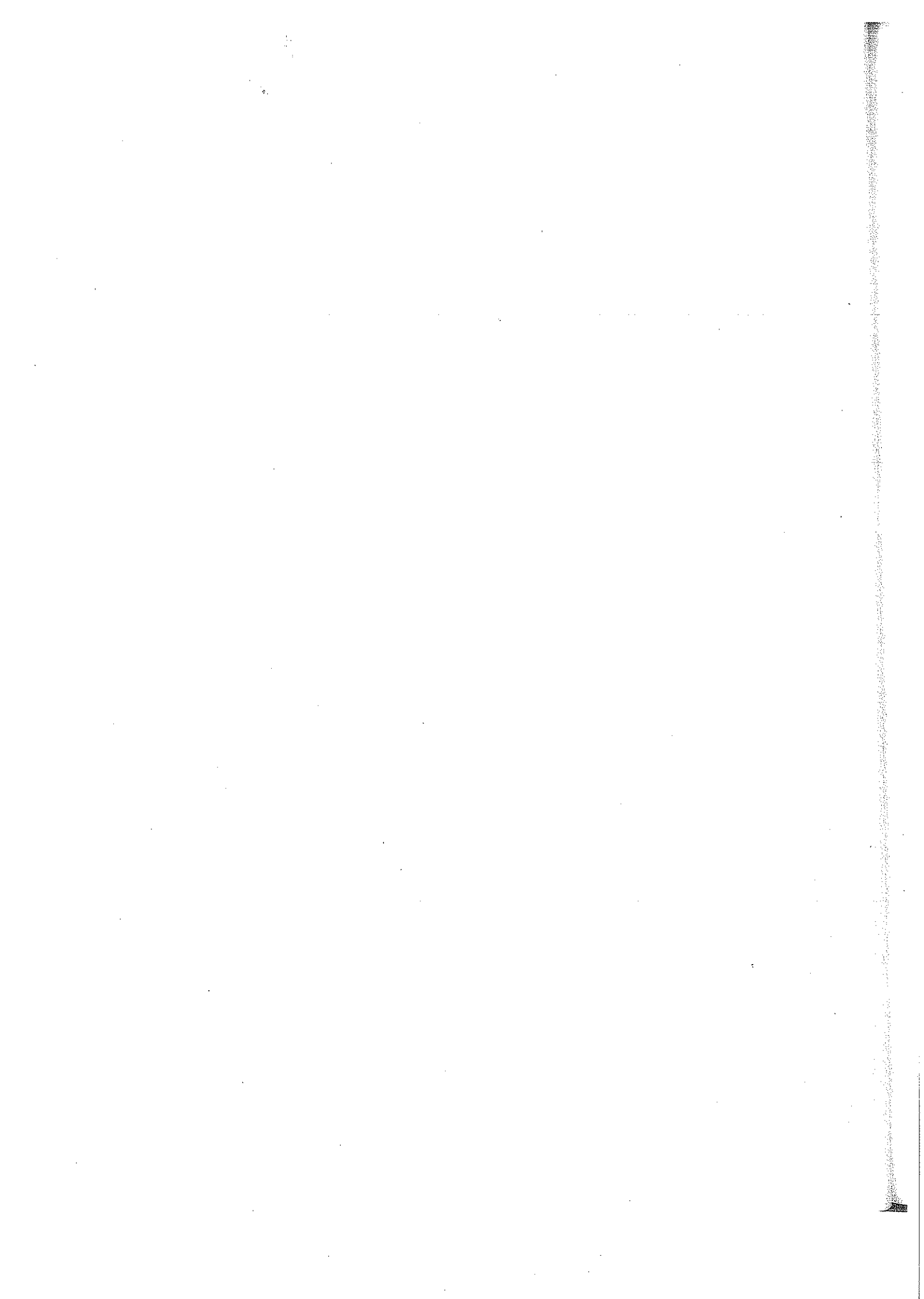
Rantala R, Bortz M, Armada F. Acción intersectorial: gobiernos locales que promueven la salud. Health Promot Int 2014 Jun;29(Suppl 1):92-102.

Henaó Martínez D, Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. Gac Sanit 2009;23:280-6.

Hine CE, Howell HB, Yonkers KA. Integration of medical and psychological treatment within the primary health care setting. Soc Work Health Care 2008;47:122-34.

Jovell AJ, Navarro Rubio MD. La voz de los pacientes ha de ser escuchada. Gac Sanit 2008;22(Supl 1):192-7.

- Juárez Granados F. La educación para la salud (EpS): metodología, aplicación y uso. En: Martínez Riera JR, Pino Casado R del, editores. *Enfermería en Atención Primaria*. Madrid: DAE; 2007.
- Junqueira L, Prates A. Descentralización, intersectorialidad y red en la gestión de la ciudad. *Revista del CLAD Reforma y Democracia* 1998;12:89-108.
- Kemmer J. Perspectives on health impact assessment. *BWHQ* 2003;81(Suppl 6):387.
- Kripaladi S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviach HP, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007;297:831-41. 28.
- Lalonde M. New Perspective on the Health of Canadians. *Health and Welfare Canada*; 1974.
- Leenaars KE, Smit E, Wagemakers A, Molleman GR, Koelen MA. Facilitators and barriers in the collaboration between the primary care and the sport sector in order to promote physical activity: A systematic literature review. [Review]. *Preventive Medicine* 2015;81:460-78.
- Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly* 1999;77:77-110.
- Lezwijn J, Wagemakers A, Vaandrager L, Koelen M, van Woerkum C. Planning in Dutch health promotion practice: a comprehensive view. *Health Promotion International* 2014;29:328-38.
- Maguire L. «The interface of social workers with personal networks». *Social Work with Groups*. Vol. 3. Nueva York: The Haworth Press; 1980.
- Maizes V, Rakel D, Niemiec C. Integrative medicine and patients-centered care. *Explore (NY)* 2009;5:277-89.
- Martín Agudo MY, Sierra Quesada JM, Jiménez Martín JM, Escudero Espinosa C. Expectativas y necesidades detectadas en profesionales de organizaciones provinciales que trabajan en acción intersectorial en salud. *Rev Esp Salud Pública* 2007;81:43-52.
- Martínez Riera JR. Interrelación. Cuidados de enfermería más allá de los niveles de atención. In: Martínez Riera JR, Pino Casado R del., editors. *Enfermería en Atención Primaria*. Madrid: DAE; 2006.
- Martínez Riera JR. Participación e intervención comunitaria. In: Martínez Riera JR, Pino Casado R del., editors. *Enfermería en Atención Primaria*. Madrid: DAE; 2006.
- Martínez Riera JR, Cibanal JL. Valoración sociocultural e intervención familiar. Redes sociales. In: Sánchez Gómez MB, Gómez Salgado J, Duarte Climents G, editors. *Conceptos básicos de Enfermería Familiar*. Enfermería Comunitaria. Madrid: Enfo Ediciones; 2008.
- Martínez Riera JR, Sanjuán Quiles A. ¿Por qué hablamos de continuidad de cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional? *Rev Admon Sanit* 2009;7:661-82.
- Matthews R, Wilson S, Valentine J, Nota J. Involving patients in service improvement. *Nurs Manag* 2010;16:16-9.
- Meneu de Guillerma R. Experiencias de integración clínica: equilibrio entre gestión de casos y gestión de enfermedades cuando sólo existen enfermos. In: Ibern Regàs P, editor. *Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance*. Barcelona: Elsevier; 2006.
- Molnar A, Renahy E, O'Campo P, Muntaner C, Freiler A, Shankardass K. Using Win-Win Strategies to Implement Health in All Policies: A Cross-Case Analysis. *PLoS ONE [Internet]* 2016; [consultado 24-01-18];11(2):e0147003. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0147003>.
- Ndiaye SM, Ahmed MA, Denson M, Craig AS, Kretsinger K, Cherif B, et al. Polio outbreak among nomads in Chad: outbreak response and lessons learned. *Journal of Infectious Diseases* 2014;210(Suppl 1):S74-84.
- Observatorio de salud en Asturias. Dirección General de Salud Pública. Informe de situación de salud en Asturias, 2012-2015. Resúmenes ejecutivos, 2015.
- O'Malley AS, Tynan A, Cohen GR, Kemper N, Davis MM. Coordination of care by primary care practices: strategies, lessons and implications. *Res Briefs* 2009;12:1-16.
- OMS. Conferencia Internacional sobre Acción Intersectorial para la Salud. 1997.
- OMS. Serie de Salud para Todos. «Glosario de términos». Ginebra; 1984.
- OPS. Guía para facilitadores de la capacitación a agentes comunitarios de salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI. Washington, D.C.; 2004.
- Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el siglo XXI. Ginebra; 1998.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud y Funciones Esenciales de Salud Pública: Retos para el Desarrollo de los Recursos Humanos, Informe Final. Ciudad de México, México, 11-13 de noviembre de 1998. Serie 15 Desarrollo de Recursos Humanos; 1999.
- Ortún Rubio V. La articulación entre niveles asistenciales. In: Llano Señaris del, Ortún Rubio V, Martín Moreno JM, Millán Núñez-Cortés J, Gené Badía J, editors. *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson; 1999.
- Paul C, Kramer R, Lesser A, Mutero C, Miranda ML, Dickinson K. Identifying barriers in the malaria control policymaking process in East Africa: insights from stakeholders and a structured literature review. *BMC Public Health* 2015;15:862.
- Peña G de la. «Presentación». *Redes sociales, cultura y poder. Ensayos de Antropología latinoamericana*. Larissa Adler Lomnitz, comp. México, DF: Editorial Miguel Ángel Porrúa/Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO); 2001.
- Perea Quesada R. Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo. Madrid: Díaz de Santos, S.A; 2004.
- Pucher KK, Candel MJ, Krumeich A, Boot NM, De Vries NK. Effectiveness of a systematic approach to promote intersectoral collaboration in comprehensive school health promotion-a multiple-case study using quantitative and qualitative data. *BMC Public Health* 2015;15:613.
- Rates SM, Melo EM de, Mascarenhas MD, Malta DC. Violence against children: an analysis of mandatory reporting of violence, Brazil 2011. *Ciencia & Saude Coletiva* 2015;20:655-65.
- Regan S, MacDonald M, Allan DE, Martin C, Peroff-Johnston N. Public health human resources: a comparative analysis of policy documents in two Canadian provinces. *Human Resources for Health* 2014;12:13.
- Revuelta G. Salud y medios de comunicación en España. *Gac Sanit* 2006;20(Sup 1):203-8.
- Rivadeneira Sicilia A, Artundo Purroy C. La evaluación del impacto en salud: el estado de la cuestión. *Gac Sanit* 2008;22:348-53.
- Rufián Lizana DM, Palma Carvajal E. La descentralización: problema contemporáneo en América Latina; borrador para comentarios. Santiago: ILPES; 1990.
- Sánchez Gómez MB, Duarte Climents G. Continuidad de Cuidados de enfermería: requisitos, instrumentos y barreras. In: Martínez Riera JR, Pino Casado R, del, editors. *Enfermería en Atención Primaria*. Madrid: DAE; 2006.
- Seidell JC, Halberstadt J. The global burden of obesity and the challenges of prevention. *Annals of Nutrition & Metabolism* 2015;66(Suppl 2):7-12.
- Sluzki C. *La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica*. Barcelona: Editorial Granica; 1996.
- Stewart DE, Aviles R, Guedes A, Riazantseva E, MacMillan H. Latin American and Caribbean countries' baseline clinical and policy guidelines for responding to intimate partner violence and sexual violence against women. *BMC Public Health*. 20;15:665.
- Storm I, den Hertog F, van Oers H, Schuit AJ. How to improve collaboration between the public health sector and other policy sectors to reduce health inequalities? - A study in sixteen municipalities in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health* 2016;15:97.
- Trilla M, Planas M, Espluga A. Educación Sanitaria. In: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editors. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier; 2005.
- UNESCO. Políticas sociales integradas en las perspectivas de la intersectorialidad y de la acción de la UNESCO en el apoyo a las estrategias de desarrollo para América Latina y el Caribe en el marco del ajuste. *Revista Educación Superior y Sociedad* 1990;1:86-96.
- Walker K, Arlene McB, Vachon M. Social support networks and the crisis of bereavement. *Social Science and Medicine* 1977;11:56-65.
- Wilson P, Bunn F, Morgan J. A mapping of the evidence on integrated log term condition services. *Br J Community Nurs* 2009;14:202-6.
- Xu J, Yu Q, Tchente LA, Bergquist R, Sacko M, Utzinger J, et al. Enhancing collaboration between China and African countries for schistosomiasis control [Review]. *The Lancet Infectious Diseases*. 20;16:376-83. 2000.
- Zalmanovitch Y, Cohen N. The pursuit of political will: politicians' motivation and health promotion. *International Journal of Health Planning & Management* 2015;30:31-44.
- Zunzunegui Pastor MV, Lázaro, de Mercado P. Integración y fronteras entre la atención sanitaria y social. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit* 2008;22(Supl 1):156-62.



CENTRO Y EQUIPO DE SALUD. CONCEPTOS Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

José Saura Llamas • María Cristina Solé Agustí

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

INTRODUCCIÓN

GESTIÓN DIRECTA Y ATENCIÓN A LA POBLACIÓN

Conceptos, tipos y componentes.
Papel de los distintos profesionales.
El trabajo en y con la comunidad

El equipo de atención primaria del centro de salud (con quién y cómo)

EL TRABAJO EN EQUIPO

Trabajo en red

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Organización general del equipo de atención primaria (y del centro de salud)

Organización del equipo en los ámbitos urbano y rural

Gestión y autonomía de los centros y equipos
Estructuras directivas. Dirección del centro y del equipo

GESTIÓN CLÍNICA

Atención clínica directa o asistencial

Funciones y actividades específicas de los profesionales del equipo de atención primaria

Médico de atención primaria o médico de familia

EL EQUIPO INTRÍNSECO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- La Zona Básica de Salud es la unidad territorial básica de la atención primaria y la demarcación geográfica y poblacional que delimita el territorio de actuación de un equipo de atención primaria (EAP).
- El centro de salud (CS) es el espacio físico donde está ubicado y trabaja el EAP. La estructura física y funcional, el local o edificio, donde se ubican los profesionales para desarrollar su actividad diaria y en el que pueden realizar una gran parte de las funciones de la atención primaria.
- El trabajo en equipo no es solo una denominación sino que es un método, una forma de trabajar con unos principios claros, que es esencial para que todo funcione adecuadamente. Se debe distinguir el trabajo en colaboración del trabajo en grupo y del auténtico trabajo en equipo.
- El trabajo en red supone una verdadera articulación comunitaria y la manera más evidente y factible de llevar a cabo la atención comunitaria en un ámbito territorial y una población.
- La atención domiciliaria se presta a las personas que, debido a su salud o a problemas sociosanitarios, han de permanecer en su domicilio y que requieren cuidados de carácter temporal o permanente.
- De forma individual y colectiva los miembros de un EAP deben adaptar sus funciones y actividades profesionales a las cambiantes necesidades de la comunidad que atienden y al entorno y contexto, también cambiante, donde trabajan.
- Las funciones del trabajador social integrado en un EAP, que son muy amplias y que parten de un conocimiento profundo de la comunidad que atiende y que determina el contenido de su trabajo, se traducirán en intervenciones comunitarias, familiares e individuales (personales).
- No basta que el médico de familia ejerza el papel de «regulador de la puerta de entrada al sistema sanitario» (*gate keeper*), sino que debe disponer de la capacidad de coordinar una respuesta integral en todos los niveles para convertirse en un gestor o agente de salud de sus pacientes (*gate manager*).

INTRODUCCIÓN

En este capítulo vamos a tratar algunos contenidos imprescindibles para entender los conceptos y los ámbitos de actuación del centro de salud (CS) y del equipo de atención primaria (EAP), así como su organización y el funcionamiento, que son fundamentales para el desarrollo de la atención primaria de salud (APS), como son: el entorno profesional y geográfico, la circunscripción administrativa, la ubicación física, la población, los profesionales y los métodos de trabajo (tabla 6.1). A su vez, dichos contenidos los hemos agrupado en cinco grandes apartados: gestión directa y atención a la población, trabajo en equipo, organización y funcionamiento del EAP, gestión clínica y el equipo básico o intrínseco de atención al paciente (v. cap. 1).

GESTIÓN DIRECTA Y ATENCIÓN A LA POBLACIÓN

**Conceptos, tipos y componentes.
Papel de los distintos profesionales.
El trabajo en y con la comunidad**

Área de Salud

(dónde: entorno administrativo)

El Área de Salud es el espacio geográfico y la circunscripción administrativa que agrupa varias Zonas Básicas de Salud (ZBS) de la que dependen organizativa y funcionalmente. Sus límites se establecen teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos y epidemiológicos, así como la ubicación y existencia de los recursos estructurales sanitarios. A un Área de Salud suele estar asignada una población de unos 200.000-250.000 habitantes.

En España, el Área de Salud se considera la estructura fundamental del sistema sanitario español, y así todas las comunidades autónomas (CC. AA.) (o regiones) españolas han organizado sus servicios sanitarios en torno a ella. Para poder prestar una atención integral, cada Área de Salud, de manera coordinada, incluye los servicios necesarios, tanto de atención primaria (AP) —en los CS—, como de atención hospitalaria —hospital de referencia— así como otros tipos de servicios, algunos de ellos compartidos entre áreas de salud vecinas.

Zona de Salud (dónde: territorio, ámbito territorial y poblacional)

La Zona de Salud (ZS) es la denominación del territorio donde está ubicada la población que se va a atender; se refiere al lugar, al área física. La definición correcta es: «el marco territorial donde se desarrollan las actividades de atención primaria».

El territorio al que debe dar servicio un CS, y sobre el que el EAP tiene responsabilidad asistencial, lo fija cada país mediante normas legales siguiendo criterios de planificación sanitaria. En España la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de abril) establece como marco territorial de la AP la ZBS, y las diferen-

tes CC. AA. tienen las competencias para establecer y modificar este ámbito territorial en que se integran los CS, y que constituye la demarcación geográfica y poblacional que es el territorio de actuación de un EAP (Sistema Nacional de Salud, 2010).

En España, las ZBS suelen abarcar entre 5.000 y 25.000 habitantes, y para delimitarla se tienen en cuenta las distancias máximas de los núcleos de población más alejados, el grado de dispersión de la población, las instalaciones y los recursos sanitarios existentes, entre otros factores. Según el tipo de territorio donde se ubiquen, estas pueden ser rurales, urbanas o mixtas. Las rurales suelen tener menos población y habitualmente esta se encuentra más dispersa que en las zonas urbanas. Según tengan o no estas características y según su tamaño, la zona puede disponer de uno o más CS, con o sin consultorios locales, intentando que estos puntos asistenciales sean accesibles desde cualquier punto con un tiempo máximo de acceso menor a 30 minutos (isócrona); se busca la cercanía de los usuarios, ya que una de las características más importante de una ZS es la buena accesibilidad de su población.

Estas zonificaciones en otros países suelen ser diferentes y tener otras denominaciones.

La ZBS es la unidad territorial básica de la AP, y la demarcación geográfica y poblacional que delimita el territorio (dónde) de actuación de un EAP.

Ante los rápidos e importantes cambios demográficos, tecnológicos y en las comunicaciones que se han producido en los últimos años, actualmente estos criterios para establecer la zonificación están en revisión, y se está realizando un esfuerzo para asignar mejor y de forma más eficiente los recursos.

Centro de salud (dónde: ubicación física, infraestructura, edificio)

Concepto. El CS es la pieza clave del primer nivel asistencial y en él se atiende a la población de una ZS.

Es el espacio físico donde está ubicado y trabaja el EAP. La estructura física y funcional, el local o edificio, donde se ubican los profesionales para desarrollar su actividad diaria y en el que pueden realizar una gran parte de las funciones de la APS. Suele coincidir con el lugar donde recibe atención la población de esa Área de Salud. Cuando la población a atender es muy grande o está muy dispersa pueden existir uno o varios consultorios locales y periféricos más pequeños que dependen de él.

En cuanto a los espacios físicos, los profesionales pueden realizar sus funciones en la consulta a demanda o programada, y en distintos despachos o espacios, como los destinados a la atención de urgencias en salas equipadas para ello. Los CS también suelen contar con salas donde se desarrollarán las reuniones de equipo, sesiones clínicas, educación para la salud, espacios para actividades de salud comunitaria, biblioteca, etc.

En algunos municipios, barrios o localidades pueden existir los llamados consultorios locales, que dependen de factores demográficos y de dispersión geográfica. La

TABLA 6.1 Conceptos y términos de la atención primaria de salud

Pregunta	Concepto	Nombre o denominación	Otras denominaciones
Contexto general	Organización e instituciones del sistema de salud	Sistema Nacional de Salud	Sistema de salud
Entorno profesional	Nivel asistencial	Atención primaria de salud	
Entorno geográfico	Características geográficas y sociodemográficas	Urbano o rural	
¿Por qué?	Derechos	Leyes y normas	
Circunscripción administrativa	Área administrativa y geográfica, agrupa varias Zonas de Salud	Área de Salud	
¿Hasta dónde? Límites físicos, geográficos	Espacio físico compencial	Zona de Salud	Zona Básica de Salud Área de Salud
¿Para quién?	Población sana y pacientes	Que viven en el Área de Salud	
¿Cuántos?	Número de personas por profesional	Cupo de pacientes asignados	
Centro asistencial	Edificio o local	Centro de salud	Centro de atención primaria
Ubicación física-localización	Infraestructura Recursos		
Centro asistencial alternativo	Edificio o local	Consultorio local	Consultorio médico Consultorio rural Consultorio periférico Consultorio auxiliar. Unidad básica de salud. Posta médica, etc.
Ubicación física-localización	Infraestructura Recursos		Ambulatorio Policlínico
¿Dónde?	En el centro o en la comunidad	Ambulatoria, domiciliaria, familiar y comunitaria	En el centro de salud Domicilio del paciente En la comunidad
¿Con quién?	Conjunto de profesionales de la salud	Equipo de atención primaria	Recursos humanos Plantilla Plantilla horizonte
¿Cómo?	Sumando el trabajo de varios estamentos profesionales	Multidisciplinar-multiprofesional	Interdisciplinar
¿Con qué método?	Con trabajo en equipo, en colaboración y coordinación	Trabajo en equipo intrínseco y/o ampliado, y con apoyo	
¿Por medio de?	Funciones, tareas y actividades	Organización y gestión del equipo de atención primaria y del centro de salud	

denominación de consultorio corresponde a una estructura sanitaria más reducida, habitualmente ubicado en una pequeña localidad (generalmente rural), con menos profesionales que atienden a un reducido número de habitantes. Como mínimo debe contar con un médico y una enfermera. Organizativa y funcionalmente, de un CS de referencia pueden depender uno o varios consultorios.

Tipos de centros de salud y sus características. En la construcción del edificio de un CS debe predominar la ubicación y la funcionalidad, al margen de las modas arquitectónicas, orientadas a que los profesionales puedan desempeñar adecuadamente su trabajo y a facilitar las relaciones humanas. Debe tener un diseño flexible que permita futuras remodelaciones o ampliaciones. Debe ser un lugar que permita la interrelación entre los diferentes integrantes del equipo, la formación y el intercambio de conocimientos.

Todo CS debe reunir unas adecuadas características de seguridad, confort, iluminación, sostenibilidad y fácil mantenimiento. Respecto a la accesibilidad, sin barreras arquitectónicas y con buenas comunicaciones (transporte público). Debe ser un recurso más de la comunidad, que esté

cerca de los hogares de los usuarios y sus familias para que estos acudan al centro o para el desplazamiento de los profesionales a sus domicilios. También debe tener un amplio horario de atención (p. ej., disponer de horario de tarde).

A veces es difícil encontrar centros que cumplan todas estas características por la falta de recursos económicos, por la escasa disponibilidad de terrenos, por su alto coste o por la carencia de edificios disponibles, lo que puede repercutir negativamente en los profesionales y en los usuarios.

Los CS de tamaño pequeño, que abarcan territorios limitados y con pocos profesionales, permiten una máxima proximidad a la población, son especialmente adecuados para zonas aisladas o con difícil acceso (islas, zonas montañosas o de clima extremo, etc.). La población de estos centros suelen tener unos altos niveles de satisfacción.

Los centros de gran tamaño, con muchos profesionales, se justifican por razones de eficiencia. Pero, por el lado negativo, suponen mayores distancias hasta las zonas más periféricas del territorio y más dificultades en su gestión, ya que los equipos grandes suelen ser más complejos, menos homogéneos y más impersonales, y tanto los pacientes como los profesionales están menos satisfechos.

TABLA 6.2 Composición del equipo o núcleo básico del equipo de atención primaria (EAP) y los elementos de apoyo

Equipo básico o núcleo básico del EAP	Elementos de apoyo especializado
Médicos de AP	Salud pública y medicina comunitaria
Enfermeras de AP	Atención a la mujer - Matronas
Trabajadores sociales	Salud mental
Administrativos y/o personal polivalente	Odontología
	Fisioterapia
	Radiología
	Laboratorio
	Farmacia
	Veterinaria

Modificada de Martín Zurro, 2014.

En España, la propiedad del CS generalmente pertenece a la administración pública (CC. AA. o ayuntamientos), aunque puede variar, ya que por ejemplo en Cataluña existe un porcentaje de centros de entidades privadas (v. cap. 1).

El equipo de atención primaria del centro de salud (con quién y cómo)

Composición del equipo y los profesionales

El EAP es la estructura organizativa y funcional constituida por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que tiene responsabilidad en la prestación de la atención de la salud de forma integral, compartida y continuada en la ZBS. Tiene como punto de referencia, de coordinación y de trabajo al CS (Martín Zurro, 2014).

El número y tipo de profesionales del equipo pueden variar ampliamente de un país a otro y de un centro a otro.

En cuanto a la composición del EAP se distinguen dos componentes: el núcleo básico y los elementos especializados de apoyo al equipo (tabla 6.2).

Equipo básico. Se entiende como el equipo elemental o mínimo. Este núcleo básico está formado por el conjunto mínimo de profesionales imprescindibles para el desarrollo de las funciones esenciales de la AP. Al menos contará con:

- Médicos de familia (MF).
- Enfermeras de familia (EF).
- Un trabajador social para cada CS.
- Personal administrativo, celador o auxiliar de clínica.

Un EAP de tamaño medio estará constituido por varios profesionales de cada uno de estos grupos y con un número proporcional a la población atendida.

Elementos de apoyo. El resto de profesionales, sanitarios o no sanitarios, que pueden integrarse al equipo actuarán como elementos de apoyo. Con alguna frecuencia, los CS

cuentan con otros profesionales o especialistas (fisioterapia, rehabilitación, salud pública, odontología, obstetricia y ginecología, matrona, etc.) que contribuyen a ampliar y mejorar su oferta de servicios de salud. En algunos casos, estos profesionales pueden estar integrados en los llamados dispositivos o unidades de apoyo (con distintos nombres corresponden a unidades de Atención a la Mujer, de Salud Mental, de Fisioterapia, o de Salud Bucodental, etc.).

También es frecuente que los CS estén acreditados para la formación de grado, formación especializada y de posgrado, y así podemos encontrar: estudiantes de medicina, de enfermería, de otros grados de ciencias de la salud, residentes de medicina y de enfermería familiar y comunitaria, etc.

Estructuras de apoyo. En España y otros países se han desarrollado algunas experiencias interesantes en las que especialistas del nivel hospitalario se desplazan a los CS para realizar interconsultas con los profesionales del EAP, o bien dan asistencia directa a los pacientes en el propio CS (Garrido et al., 2009). Los profesionales de AP valoran más positivamente la interacción e integración de los médicos del hospital de referencia cuando se centran en interconsultas, pero valoran peor que realicen la asistencia inicial y directa al paciente (Artells et al., 1999).

Grupos o estamentos profesionales que lo integran

En algunos países con una AP desarrollada en la composición de los equipos podemos encontrar más de veinte grupos profesionales diferentes. Además su composición y su número pueden variar según la cifra de habitantes que atienden y otros factores condicionantes (dispersión, aislamiento, demanda, oferta de servicios, horarios, etc.).

Dentro del EAP sería importante y trascendente determinar qué actividades son necesarias y qué tipo de profesional tiene las mejores competencias y habilidades para realizarlas con la mayor calidad posible. Existen investigaciones que demuestran que en ciertos servicios de AP los resultados de la atención proporcionada por enfermería son mejores que la de los MF (Laurant, 2005; Dierick-van Daele, 2010).

Como la composición del equipo ha de adaptarse a las características de la comunidad que atiende, no existen modelos universales para todos los equipos y circunstancias. En realidad, para definir los componentes de los EAP («la plantilla horizonte») se utilizan criterios mixtos, entre los que se incluyen la mayoría de estos factores. Algunos de los factores que pueden influir en su composición se resumen en el cuadro 6.1.

La composición y las funciones de los equipos vienen determinadas por la situación social, política y económica de un país, por la infraestructura sanitaria y por las necesidades de salud. Por ejemplo, los problemas de salud y las prioridades sanitarias en los países en vías de desarrollo (saneamiento básico, potabilización del agua, suministro de alimentos, etc.) suelen ser muy diferentes a los de los países industrializados (contaminación ambiental, hábitos perjudiciales para la salud, etc.).

Otro factor importante es la disponibilidad de profesionales sanitarios, de especialistas en AP y su perfil. El

CUADRO 6.1

Factores que influyen en la composición de los equipos de atención primaria (EAP)

Situación política y económica del país
 Legislación sanitaria
 Objetivos y organización del sistema sanitario
 Predominio del modelo basado en el hospital o en AP
 Modelo asistencial y de prestación de servicios
 Servicio público o privado (entidades prestadoras de servicios)
 Estructura poblacional (pirámide de población)
 Problemas y necesidades de salud de la población
 Modelo y organización de la AP de salud (APS)
 Infraestructura sanitaria existente
 Tipo y organización de los dispositivos asistenciales en AP
 Funciones atribuidas a los profesionales
 Disponibilidad de profesionales sanitarios titulados
 Organización y necesidades de los profesionales

Modificado de Martín Zurro, 2014.

número de profesionales con la titulación adecuada suele ser escaso en los países en vías de desarrollo, en los que otro tipo de personal de carácter intermedio y los agentes comunitarios de salud (con un adiestramiento previo y bajo supervisión) pueden orientar y, en ocasiones, solucionar algunos de los principales problemas de salud de la población.

Como es lógico, también influyen en la composición de los EAP las características de la población y de su estructura (pirámide de edad, distribución geográfica, organización comunitaria, etc.), así como los objetivos y la organización general del sistema de salud y las funciones atribuidas a los distintos profesionales. Por ejemplo, en muchos países, respecto a las funciones de los MF, estos actúan sobre toda la población a su cargo con independencia de la edad. En cambio, en otros, como España, Italia y Estados Unidos, los pediatras ejercen su actividad en algunos CS —generalmente urbanos—. Este hecho no está exento de polémica, ya que algunos colectivos estiman que la atención a la población infantil debería proporcionarla el MF, mientras que los pediatras en AP desarrollarían esencialmente un papel de especialista consultor en aquellas situaciones que superen la capacidad de resolución de los MF (Buñuel et al., 2010).

Tamaño del equipo o plantilla (con quién)

Si bien este criterio se relaciona parcialmente con el volumen de la población a atender, no tiene en cuenta otros criterios esenciales (estructura de edad, distribución geográfica, etc.) ni sus necesidades de salud, aunque a veces sí contemple el criterio de dispersión de dicha población.

Como las ratios fijas de profesionales de AP por ciudadano no permiten una gestión eficiente y equitativa de los recursos, se debería seguir una secuencia lógica como la siguiente (tabla 6.3):

1. Hacer una estimación de las necesidades sociosanitarias de la población.
2. Valorar y cuantificar las funciones, tareas y competencias a desarrollar por los profesionales.
3. Considerar otros condicionantes clásicos (incidencia y prevalencia de los problemas de salud, presión asis-

TABLA 6.3 Ratios orientativos de profesionales en función del número de habitantes

Profesional	Ratio
Médicos de familia-generales	1/1.500-2.000 habitantes > 14 años
Pediatras	1/1.000-1.500 habitantes de 0-14 años
Enfermeras	1/1.750 habitantes
Odontólogos	1/11.000 habitantes
Trabajadores sociales	1/25.000 habitantes

tencial, dispersión, etc.) que pueden contribuir al necesario ajuste.

4. Asignación de los diferentes profesionales.

En España, para establecer el número de profesionales que debe componer el EAP tradicionalmente se ha dispuesto como elemento nuclear el MF, y a partir de este se elabora la composición del personal de enfermería y de otros profesionales y especialistas.

Funciones y actividades del equipo (cómo)

El EAP tiene un gran objetivo básico y común: conocer las necesidades de su población y promover cambios positivos y significativos de sus hábitos, realizando todas las funciones destinadas a mejorar el nivel de salud individual y colectiva. Esta finalidad se puede entender mejor disgregándola en sus componentes (v. cap. 1).

En España, el Real Decreto 137/1984 establece como principales funciones del EAP las siguientes:

- Atención comunitaria y diagnóstico de salud de la población.
- Educación sanitaria de la población.
- Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia epidemiológica.
- Diagnóstico y tratamiento de pacientes.
- Asistencia sanitaria ambulatoria, domiciliaria, continuada y de urgencia.
- Rehabilitación y reinserción social.
- Docencia y formación continuada.
- Investigación.
- Gestión (funcionamiento interno y soporte).

Las funciones esenciales del equipo de EAP son: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, asistencia (a demanda, programada, en domicilio y urgente), rehabilitación, docencia y formación continuada, investigación y gestión.

En función del tamaño de la zona, independientemente del número de población que vamos a atender, el EAP tendrá que realizar una serie de funciones y actividades (tabla 6.4).

Partiendo de las distintas competencias profesionales, a continuación se describen las funciones y actividades del EAP en su conjunto.

TABLA 6.4 Funciones y actividades del equipo de atención primaria

Funciones	Actividades
Atención comunitaria	Participación comunitaria
Atención a la familia	Abordaje familiar
Promoción de la salud	Educación para la salud individual y en grupo: En centros de salud En centros educativos, otras instituciones y en la comunidad Campañas educativas sobre hábitos saludables
Prevención de la enfermedad	Individual y en grupos de riesgo: Vacunaciones, campañas de vacunación Cribados a nivel individual y poblacional
Asistencia	Visita en el centro y en el domicilio: Espontánea Programada Urgente
Rehabilitación	En procesos agudos y crónicos Reinserción social
Atención administrativa, funcionamiento interno y soporte, y apoyo	Docencia Formación continuada Investigación Gestión Organización interna Política de calidad y evaluación

De varios autores. Elaboración propia.

Atención comunitaria: actuaciones comunitarias del equipo de salud. Por la amplitud del ámbito de actuación y de la repercusión global de la intervención sobre la salud, la primera y fundamental línea de actuación es la atención comunitaria a la población, que en un sentido amplio incluye también la intervención social.

En aquellos países en los que los profesionales trabajan en equipos organizados, suelen tener la responsabilidad de la atención a un territorio y a la población incluida en él, y deben desarrollar un enfoque comunitario, encuadrando los problemas de salud individuales y familiares en su contexto. Pero a pesar de su importancia, en otros muchos países estos aspectos de la atención a la salud no se incluyen como responsabilidades de los profesionales, incluso aunque aparezcan definidas como tales para los EAP.

El profesional sanitario debe darle el protagonismo a la sociedad y adaptarse a las necesidades y demandas de la población atendida, fomentando la autonomía y la independencia de las personas. Y de forma proactiva, el usuario debe ser el centro y el protagonista de toda intervención, ya sea esta comunitaria o individual.

Es fundamental que la atención y las tareas de los profesionales de AP se extiendan a la comunidad en la que trabajan y que no solo la ejerzan en el CS o en el domicilio. La atención comunitaria, como «tercer nivel de atención», también mejora la salud de las personas al mejorar la salud de la comunidad a la que pertenecen.

Son referentes del enfoque comunitario de la AP las obras de Kark y de Tudor Hart, que fueron los que ini-

CUADRO 6.2

Tareas comunitarias específicas de los profesionales de atención primaria de salud (APS)

Recopilar y presentar los datos existentes sobre la comunidad
Identificar los problemas de salud comunitarios
Priorizar las actuaciones comunitarias
Estudiar la distribución y determinar las necesidades de salud de la comunidad
Diseñar programas comunitarios
Desarrollar las actividades de APS de los programas de salud comunitaria específicos
Mejorar la salud de la comunidad mediante la educación y participación comunitaria
Diseñar y manejar un sistema de registro para la toma de decisiones en APS

cialmente introdujeron y ordenaron la metodología y el enfoque hacia la salud comunitaria en la APS (Gillam et al., 2002). Las tareas comunitarias de los profesionales de APS se resumen en el cuadro 6.2.

En España existen varias normas legales que establecen la atención comunitaria entre las competencias y responsabilidades de los EAP (Real Decreto 137/84 sobre estructuras básicas de salud, posteriores decretos de CC. AA., Ley General de Sanidad 14/1986 y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003). Si bien es cierto que, desde la elaboración de dichas normas, su implantación en AP va aumentando, lo hace más lentamente de lo deseable (excepto en significativas excepciones).

Se ha intentado relanzar la participación comunitaria desde la AP en otros países mediante el desarrollo del llamado modelo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) (Gofin et al., 2007).

Al estar los profesionales en el mismo contexto que las personas a las que atienden, los coloca en una posición inmejorable para poder identificar lo que les preocupa, qué carencias y expectativas tienen, qué necesidades expresan, etc., por lo que es esencial que los componentes del equipo con un enfoque multidisciplinar, de forma intencional, escuchan para obtener toda la información potencialmente beneficiosa y así trabajar conjuntamente con los usuarios, teniendo en cuenta su opinión para después poder diseñar programas de salud que se adapten a ellos.

La puesta en marcha de actividades de atención comunitaria puede producir discrepancias dentro del propio equipo de salud, ya que existe un cierto debate sobre si el trabajo comunitario se puede realizar desde el CS o se debe realizar fuera de él. Un ejemplo sería la prevención de las caídas de las personas mayores. Conociendo la población a la que va dirigida dicha actividad, sabemos que la educación para la salud en este caso puede ir enfocada a la población que conserva la movilidad para fomentar la independencia y el empoderamiento del colectivo; la convocatoria debe ser en el CS. Pero si estamos hablando de personas inmovilizadas en su domicilio debemos desplazarnos a sus casas. La actividad comunitaria será similar pero en sitios distintos.

Antes de pensar dónde, deberíamos plantearnos para qué queremos realizar la atención comunitaria, a quién va

dirigida, qué necesidades tiene la población y qué recursos les podemos ofrecer para que dicha actividad sea factible y accesible.

Salir a la comunidad no siempre significa que tengamos que salir físicamente, ya que se pueden hacer intervenciones comunitarias desde el CS, como con llamadas telefónicas, enviando correos electrónicos, o realizar campañas de prevención usando las nuevas tecnologías, etc. (v. cap. 5).

Trabajo social y participación en la atención social. En general, casi todos los sistemas de salud pretenden resolver y dedicar los recursos necesarios para aquellas personas con necesidades personales o sociales especiales y que por ello requieren una atención a la salud diferente, lo que lleva aparejado soluciones o medidas diferentes e incluso excepcionales.

Es necesario recordar que las competencias en el ámbito social y comunitario, aunque frecuentemente olvidadas y marginadas en los EAP, forman una parte fundamental de su responsabilidad.

Aunque no siempre sea alcanzable, el trabajo de la APS debe ir encaminado al mantenimiento de la independencia y al empoderamiento de la persona y de su familia, no tan solo a prestar una atención puntual de alguna dolencia que presente en un momento determinado, ya que es una parte esencial de nuestro trabajo, y no debemos olvidar que nuestro éxito a medio y a largo plazo reside en este enfoque.

Los profesionales del EAP deben responder a estos problemas sociosanitarios de su comunidad, y cuando no puedan hacerlo por sus propios medios deben recurrir a otros recursos a su alcance, buscando la colaboración de ayuntamientos, servicios sociales, atención domiciliaria sanitaria y social, farmacias, asociaciones de pacientes, organizaciones sin ánimo de lucro, grupos de autoayuda, asociaciones de vecinos, directores de los colegios, asociaciones de padres y de amas de casa, grupos de senderismo, otras organizaciones comunitarias, etc.

La intervención mínima exigible a un EAP en este campo pasa por encauzar a los usuarios facilitándoles la información necesaria para que puedan acceder con facilidad a estas entidades. Es decir, se trata de conocer bien todos los recursos sociales y comunitarios existentes que se pueden utilizar para el empoderamiento de la población, tener un catálogo de estos con toda la información útil y, si fuera posible, coordinarse con todos estos recursos.

Pero además, en muchas ocasiones, el abordaje de los problemas económicos, culturales, psicosociales y familiares, que repercuten negativamente sobre la salud y la enfermedad de los usuarios, precisan un enfoque y un tratamiento más específicos, y es aquí donde aparece la figura del trabajador social.

Como no es posible dar una respuesta sanitaria desde la APS a estas necesidades, sobre todo de los pacientes dependientes, es necesaria una intervención multiprofesional, intersectorial y coordinada. Y por eso debe existir una estrecha colaboración entre los servicios sanitarios (básicamente médico y enfermera del equipo) y los servicios sociales, y una coordinación adecuada dirigida por el trabajador social (Ararteko, 2008; Con-

tel, 2002) para asegurar una atención social de calidad y eficiente.

Promoción de la salud. La promoción para la salud tiene un contenido más amplio y estratégico que la educación para la salud, ya que tiene un mayor componente de intersectorialidad e interprofesionalidad y requiere una mayor conexión con todas las instancias y agentes de salud de la comunidad. Para ello es clave unificar criterios de actuación y mensajes, tener todos el mismo discurso y no crear confusión a la comunidad.

Por su importancia, la promoción de la salud debería ser una de las primeras funciones de la AP, pero la realidad de los CS y los EAP con una alta presión asistencial, alta demanda, falta de tiempo o de preparación y otros factores la han postergado o directamente la han convertido en prácticamente irrealizable.

Los componentes principales de la promoción de la salud son: la participación de la comunidad, la educación para la salud (ya comentada) y la actuación sobre el medio ambiente.

Esencialmente se trata de promover el autocuidado y mejorar su calidad con distintos enfoques, incidiendo especialmente en el empoderamiento de la población y en el establecimiento de conductas saludables. Para ello es imprescindible mejorar la información y la cultura de la población en la utilización de los instrumentos de cuidado de la salud, en el contexto de una autorresponsabilización cada vez mayor de las personas. Para llevarla a cabo se debe contar con una participación efectiva, con unos objetivos bien determinados y una clara toma de decisiones y con una adecuada planificación de las intervenciones, y todo ello hacerlo desde y para la comunidad; solo así conseguiremos realizar esta parte de nuestro trabajo (v. caps. 9 y 14).

Educación para la salud de la población. Este es un elemento clave que debe estar siempre presente en todas las actividades sanitarias. Su propósito es la adquisición de conocimientos, promoviendo la participación permanente, consciente y responsable de la población en la solución de sus problemas de salud. Poner en marcha actividades de educación para la salud, en la mayoría de los casos, busca aunque sea de manera implícita cambiar actitudes y comportamientos negativos o producir cambios en los hábitos y costumbres de la población que se hayan demostrado perjudiciales, al mismo tiempo que se desarrollan hábitos saludables. Pero producir estos cambios es muy difícil, como habitualmente demuestra el trabajo cotidiano con pacientes en APS. Por eso resulta fundamental que los afectados, individual o colectivamente, tengan la adecuada motivación para aceptar y llevar a cabo ese cambio. Es importante que los cambios que propongamos se hagan lentamente, después de trabajar con la comunidad y apoyándonos siempre en su motivación previa, pues si esta no existe es imposible educar.

Estas acciones comunitarias las tendremos que ir diseñando y elaborando en función del momento en que se encuentre nuestra comunidad, por lo que debemos conocerla, escucharla y ayudarla a que ponga de manifiesto sus propias contradicciones, ambivalencias y resistencias, dándole sus tiempos y acompañándola en el cambio, para

cuando esté preparada intervenir sobre ella, y finalmente respetar su decisión (v. cap. 9).

Prevención de la enfermedad. La prevención se ocupa de problemas más específicos que la promoción de la salud, como por ejemplo: la vacunación antigripal a la población de riesgo, el control del niño sano, el programa de vacunaciones del niño con desplazamiento opcional a los centros escolares, el diagnóstico precoz de muchas enfermedades (como el de la diabetes con el test-cuestionario de Findrisk, etc.), cada uno de ellos con sus metodologías propias.

En estas grandes áreas de actividad es destacable la instauración en España, hace ya años, del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), auspiciado por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) para promover, instaurar y mejorar estas actividades dentro de la práctica habitual en los CS con los siguientes objetivos (PAPPS, 2016):

1. Estimular la calidad asistencial en los centros de AP, promoviendo la integración de un programa de actividades preventivas y de promoción de la salud en el seno de las tareas desarrolladas habitualmente en las consultas de AP.
2. Detectar las dificultades que genera su implantación, así como identificar las necesidades de personal e infraestructura precisas para llevarlo a la práctica.
3. Generar recomendaciones periódicas de prioridades y métodos preventivos en base a la evidencia científica, los datos de morbimortalidad, los recursos disponibles y los resultados de las evaluaciones de las actividades preventivas de los EAP.
4. Promover la formación e investigación sobre la prevención en AP, realizando proyectos específicos relacionados con el programa.

Como uno de los componentes clave de la APS, el equipo de los profesionales del CS, junto al resto de sus actividades, debe incorporar e integrar en su quehacer diario las actividades preventivas. Dada la cercanía, la longitudinalidad, los múltiples contactos con los usuarios y la continuidad de la atención, estos profesionales están en una situación privilegiada para realizar estas actividades rentabilizando todos los contactos que mantienen con los pacientes. Esta es la llamada «estrategia oportunista», muy utilizada en AP, que aprovecha la circunstancia de que, en un plazo de 3-5 años, el 95% o más de la población consultará en alguna ocasión a su MF o EF.

Las actividades de prevención se suelen dividir en:

- Prevención primaria: evitar la aparición de la enfermedad.
- Prevención secundaria: detección o diagnóstico precoz de la enfermedad, en su caso utilizando cribajes.
- Prevención terciaria: control, seguimiento y prevención de las complicaciones de la enfermedad.
- Prevención cuaternaria: evitar los riesgos inherentes a las intervenciones sanitarias.

También, por razones de eficiencia, es conveniente priorizar la indicación de las medidas preventivas en razón del perfil de riesgo de cada paciente concreto (v. caps. 9 y 15).

Atención familiar. La atención familiar es otro de los aspectos fundamentales de la AP, tal como se recoge en el título de las especialidades de Medicina y Enfermería de AP, ya que se debe asumir que en muchos países como el nuestro, y como característica cultural, la familia es la unidad básica que proporciona y gestiona la salud de las personas que la componen, siendo además ellos mismos los agentes de su salud. Nos alimentamos, nos cuidamos, nos empoderamos en el seno de la familia.

Es en el núcleo central de la familia donde se producirán los cambios de hábitos y conductas, y donde solo es posible conseguir que dichos cambios se mantengan. Los cambios saludables tiene muchas más probabilidades de persistir si se hacen teniendo en cuenta su realidad; por esto su labor debe enfocarse al abordaje familiar (v. caps. 2 y 7).

Asistencia sanitaria: ambulatoria, domiciliaria y de urgencia. La asistencia o «atención curativa» del EAP trata de resolver la demandas de los usuarios que acuden a los servicios de AP por presentar algún problema de salud. Esta función, además de ser primordial, es la más conocida por la población y la más clásica de médicos y enfermeras. Se centra en diagnosticar, tratar, hacer el seguimiento, rehabilitar y, en conjunto, elaborar un plan de cuidados para cada paciente y cada necesidad.

En un CS, casi el 70% del trabajo diario se centra en la asistencia, y para resolverla es imprescindible que exista colaboración entre todos los componentes del equipo, aportando cada profesional sus competencias para el objetivo común de procurar la mejor atención a cada persona y así recuperar o mejorar su nivel de salud.

La asistencia se puede realizar tanto de forma ambulatoria (en la consulta) como en el domicilio del paciente. En cada uno de estos lugares la asistencia puede ser a demanda o programada, urgente o no urgente. La urgente se puede realizar en el CS o, tras recibir un aviso, en el domicilio del paciente.

El concepto de lo que debe ser la APS preconiza que tanto la atención y la asistencia urgentes como la domiciliaria sean asumidas por los profesionales de los EAP como una tarea intrínseca y propia, si bien se acepta que organizativamente pueda ser llevada a cabo por la propia plantilla del equipo y/o por algún otro profesional específico de apoyo para esta actividad (v. caps. 16 y 17).

Rehabilitación y reinserción social. Cuando un paciente, como consecuencia de una enfermedad, presenta una pérdida o disminución de su capacidad física, psicológica o social, va a necesitar una rehabilitación y reinserción social adecuadas.

Aun en el momento actual, las actividades de rehabilitación no tienen la importancia que deberían tener entre las tareas propias de los EAP. En el mejor de los casos son desarrolladas por equipos de apoyo especializado (unidades de fisioterapia) o los pacientes son derivados a servicios de rehabilitación, cuando existen. A pesar de ello, conviene recordar que la función rehabilitadora no comprende solamente las técnicas fisioterapéuticas complejas, sino que abarca otras más sencillas, asumibles por

los componentes de los EAP y realizables tanto en los CS como en el domicilio del paciente.

En este caso se trata de que el paciente recupere todas sus potencialidades físicas, psicológicas o sociales (el ideal es alcanzar una recuperación del 100%) que haya perdido o se hayan visto disminuidas en el curso de la enfermedad. El porcentaje no recuperado en relación al nivel que tenía antes de la enfermedad es lo que clásicamente llamamos secuelas, y que pueden dar lugar a una minusvalía.

Aquí una vez más encontramos la figura del/de la trabajador/a social, quien se encargará de detectar, intervenir y tramitar todas aquellas necesidades sobrevenidas de los pacientes, intentando resolverlas o encauzarlas, apoyándose en los recursos conocidos existentes en la comunidad.

Existe la posibilidad de rehabilitación domiciliaria utilizando recursos especiales, que aunque escasos pueden existir.

Docencia y formación continuada. Es indudable la enorme importancia que hoy día tienen los EAP en la formación en ciencias de la salud de todo tipo: formación de grado, de posgrado, formación especializada y formación continuada de sus componentes, con perspectivas futuras de seguir adquiriendo cada vez más relevancia.

Los profesionales del equipo de EAP tienen un papel protagonista y esencial en la formación de grado, de posgrado, de los especialistas en ciencias de la salud, así como en la formación continuada de los miembros del equipo.

Hasta hace pocos años todos estos tipos de formación se centraban y ubicaban en el hospital. Aunque esto sigue siendo así para la mayoría de las especialidades hospitalarias, esta realidad está cambiando lentamente, como lo demuestra la aparición de asignaturas y materias de Atención Primaria/Medicina o Enfermería de Familia, lo que además ha contribuido a cambiar y mejorar los currículos formativos. Es importante que los estudiantes de ciencias de la salud tomen contacto formativo con la AP en las primeras etapas de su formación de grado, ya que así tendrán desde el comienzo una visión más completa, próxima y diversificada del sistema sanitario y aprenderán a considerar la AP en el mismo nivel de prestigio científico, técnico y social que otros ámbitos asistenciales (Martín Zurro, 2014).

Para un EAP es evidente que la docencia y la formación, en todos sus formatos, es de enorme importancia, ya que el resultado inmediato y que se repite, tal como ha demostrado la evidencia —los equipos acreditados para impartir y/o que reciben docencia (CS docentes)—, mejora los niveles de la calidad de la asistencia que prestan los equipos, en comparación con aquellos sin cultura docente: «un equipo, por ser docente, mejora».

Los programas oficiales de formación de especialistas en medicina y enfermería familiar y comunitaria y en otras especialidades de enfermería relacionadas están centrados en la AP, quedando así el hospital como un importante pero secundario recurso docente de apoyo al proceso formativo de estos especialistas.

En cuanto a la formación continuada en y para los profesionales del EAP, esta debe ser habitual y programada y

estar centrada en la AP, pero existen una serie de factores que dificultan el diseño y la puesta en marcha de estos programas de formación: los EAP muy pequeños, el aislamiento geográfico y personal, la falta de suplentes para atender la consulta, de recursos económicos y administrativos, de apoyo institucional, etc.

La existencia de los CS y el auténtico trabajo en equipo han facilitado la formación continuada y las actividades formativas como las sesiones clínicas, grupos de trabajo, etc. (v. cap. 18).

Investigación. Para el avance y desarrollo de la APS es imprescindible realizar en ella, de manera sinérgica, asistencia, docencia e investigación, tal como hacen todas las grandes instituciones punteras a nivel mundial en ciencias de la salud.

La investigación en los EAP puede ofrecer una visión diferente, más amplia u holística, y así permitir una mejor comprensión de la complejidad de los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad y con el ser humano de una manera más global y transversal. Así, las distintas disciplinas y profesiones que forman parte del equipo (multiprofesional, multidisciplinar o interdisciplinar) deben coordinarse teniendo siempre en cuenta el enfoque biopsicosocial, el abordaje familiar y el comunitario.

Realizar investigación en AP, a pesar de los enormes avances producidos en los últimos años, plantea muchas dificultades: falta de una cultura investigadora, alta presión asistencial que suele ir acompañada de falta de tiempo, escasa formación en metodología de la investigación, carencia de todo tipo de recursos, carencia de apoyo técnico, falta de incentivos, etc. Por otro lado, y como elemento facilitador, los profesionales de AP están en una situación inmejorable para poder investigar sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades prevalentes, así como sobre su historia natural (Jiménez et al., 2008). Esta y otras importantes áreas de investigación son propias de la AP, como todo lo relacionado con la promoción de la salud, la prevención, la comunicación asistencial, la utilización y organización de los servicios de salud y las actividades en APS.

Para aumentar la cantidad y sobre todo la calidad de la investigación en AP son necesarias, entre otras, las siguientes iniciativas:

- Instaurar medidas de incentivación de la investigación, por ejemplo valorándola adecuadamente como mérito para las ofertas de empleo, concursos y oposiciones.
- Facilitar unos recursos mínimos, o vías de acceso, para que los EAP puedan investigar.
- Establecer líneas de investigación sólidas y con continuidad temporal.
- Hacer más investigaciones prospectivas y ensayos clínicos.
- Publicar todos los trabajos de investigación terminados, que en muchas ocasiones solo acaban en comunicaciones a jornadas y congresos.
- Participar en estudios colaborativos multicéntricos, ya que con ello se multiplica la potencia de los resultados obtenidos.
- Facilitar recursos económicos para pagar la publicación de artículos ya aceptados en las revistas internacionales de acceso libre.

- Aumentar la publicación en revistas biomédicas de alta visibilidad e impacto, ya que es la única forma de hacer llegar el conocimiento a la comunidad científica.

Mejorar la transferencia del conocimiento (investigación transnacional), derivada de la investigación realizada, para que los resultados y la innovación lleguen realmente a los ciudadanos y pacientes, y mejorar su estado de salud (v. cap. 19).

Funciones y actividades de soporte o complementarias. Además todas las anteriores, el equipo desarrolla otras funciones y actividades llamadas de soporte y que están relacionadas con la organización interna del equipo, con la evaluación y mejora de la calidad de la asistencia que presta, con el control y la mejora de las actividades realizadas y de sus resultados, y con la gestión interna y externa al EAP (v. tabla 6.4).

Estructuras y funciones de apoyo de los equipos de atención primaria:

- Laboratorio.
- Radiología.
- Odontología.
- Salud mental.
- Atención a la mujer. Unidades ginecológicas de apoyo.
- Fisioterapia.
- Salud pública y medicina comunitaria.

Existen otros equipos que actúan como apoyo, ya que más que hacer un trabajo asistencial directo desempeñan funciones de coordinación, como son las gestoras de casos, la atención del paciente crónico complejo, etc. (v. cap. 1).

Distribución de las funciones y actividades del equipo (cómo)

Véase la tabla 6.5.

EL TRABAJO EN EQUIPO

Actualmente se asume que un profesional aislado trabajando individualmente no puede desempeñar de forma adecuada todas las funciones que definen la APS ni proporcionar los servicios de salud que precisa la población, aunque aún existen profesionales que desempeñan su trabajo en AP aislados y de una forma incompleta, porque el entorno y las circunstancias así lo exigen. Si la atención y nuestro trabajo deben centrarse en el paciente, y este debe tener un enfoque integral, no podemos basar nuestras decisiones y actividades en una sola disciplina o estamento profesional, ya que así no es posible englobar toda la complejidad del proceso asistencial. Esto es lo que se llama «trabajo en equipo», que no es solo una denominación, sino que es una metodología de trabajo, que precisa las aportaciones de todos los integrantes del equipo, cada uno de los cuales aporta una perspectiva diferente de conocimientos, habilidades y actitudes.

El trabajo en equipo no es solo una denominación sino que es un método, una forma de trabajar con unos principios claros, que es esencial para que todo equipo funcione adecuadamente. Se debe distinguir el trabajo en colaboración del trabajo en grupo y del auténtico trabajo en equipo.

TABLA 6.5 Funciones y tareas de los profesionales que componen el equipo de atención primaria según su responsabilidad y prioridad

	Administrativos/as y otro personal del área de administración y atención al público	Trabajador/a social	Enfermería: enfermeras/os (personal sanitario)	Médicos (personal facultativo)
Recepción, información y admisión	*****	*	*	*
Atención comunitaria: diagnóstico de la situación de salud de la población y actuaciones comunitarias	**	*****	****	****
Participación en la atención social y trabajo social	**	*****	****	***
Atención familiar, atención a la familia	**	****	****	***
Promoción de la salud	**	*****	*****	****
Educación para la salud de la población. Educación sanitaria	**	***	*****	*****
Prevención de la enfermedad y vigilancia epidemiológica	*	**	*****	****
Atención clínica directa o asistencial. Diagnóstico y tratamiento de pacientes. Asistencia sanitaria ambulatoria, domiciliaria, continuada y de urgencia	*	**	*****	*****
Rehabilitación	*	****	***	***
Reinserción social	*	*****	****	***
Formación y docencia: de grado, formación especializada y continuada	**	***	*****	*****
Investigación	*	****	*****	*****
De soporte o complementarias	****	**	**	**
Función administrativa y de gestión, funcionamiento interno	*****	***	*****	*****
Funciones y estructuras de apoyo al equipo	****	**	***	***

Véase el capítulo 1.

TABLA 6.6 Características y requisitos del trabajo en equipo

Requisitos del trabajo en equipo	Aportación de los profesionales
Atención integral y comunitaria	Proveer la atención de salud lo más integral posible en cualquier ámbito, en el contexto de su comunidad
Atención orientada a la familia	Atención familiar
Atención centrada en el paciente	Centrar la atención en el paciente y en sus necesidades de salud
Enfoque multidisciplinario o interdisciplinario	Disciplinas o especialidades diferentes, que asumen su participación e integración, contribuyendo de manera activa Aprovechando las cualidades individuales para lograr unos mejores resultados en conjunto
Cooperación entre varios profesionales	Cada uno de sus miembros, de forma colaborativa, aporta una perspectiva diferente, comparte la información, los conocimientos, talentos y habilidades para multiplicar el efecto de las competencias del grupo y ser más eficientes
Cohesión	Tener la sensación de formar parte del equipo y luchar por su reconocimiento; sentirse solidarios entre ellos y procurar el bienestar de sus compañeros, aun a costa de incomodidad propia. Las prioridades personales respecto a las colectivas pasan a un segundo plano
Clima de equipo. Adecuado ambiente interno	Trabajar juntos, depender unos de otros (sensación de interdependencia) y en un ambiente de confianza. Con tolerancia, respeto y sentido del humor entre los profesionales. Con motivación, apoyo y ayuda a los miembros menos integrados
Habilidades para el trabajo grupal y buena coordinación	Actuar de forma coordinada, sinérgicamente, y con una buena comunicación intraequipo, honesta, abierta y sensible. Concurrente, secuencial, con selección de los recursos para los diferentes problemas salud y que saben llegar a un consenso
No jerarquizado	Todos los integrantes participan en la toma de decisiones y en la responsabilidad de los resultados
Liderazgo compartido y efectivo	Un buen nivel de información compartida, se consideran las opiniones de todos los miembros y se comparten las decisiones. Con un coordinador capacitado, ecuánime, resolutivo y que estimule al equipo
Objetivos comunes para el equipo, como una unidad	Definidos y aprobados con la participación de todo el equipo. Aceptados y conocidos por todos. Asumir, defender y tratar de conseguir estos objetivos. Responsabilizándose cada miembro del resultado de su trabajo y del resultado global
Programación y planificación	Realizar el análisis, planificar, diseñar y llevar a cabo las intervenciones y tareas sobre el conjunto de la población
Organización flexible	Realizar el análisis, planificar, diseñar y llevar a cabo las intervenciones de una forma específica y concreta para cada paciente. Adaptándose a las situaciones de cambio
Funciones bien definidas de cada profesional	Las comunes y las propias o específicas de cada profesional. Con respeto y consideración hacia las funciones y papeles de los demás profesionales. Y con un reparto adecuado de responsabilidades
Contribución individual al equipo	Cada persona tiene un lugar y un prestigio respetado por el resto del equipo, se siente corresponsable del éxito del equipo y tiene interés en participar en las actividades y opinar en las reuniones
Evaluación del trabajo y de los resultados	Disposición a evaluar y a autoevaluarse. Necesidad de autoevaluación continua y medidas de mejora

Modificada de varios autores. Elaboración propia.

El Royal College of General Practitioners del Reino Unido, al valorar las necesidades futuras de la AP, afirmaba que el concepto de atención integral comunitaria, orientada a la familia, exige un enfoque multidisciplinario e implica la comunicación y cooperación entre varios profesionales, dentro de un marco de trabajo que permita centrar la atención sobre todas las necesidades de salud del paciente (tabla 6.6).

¿Por qué trabajar en equipo? Porque siempre existen unos objetivos comunes, aunque estos sean pocos y no estén bien delimitados, porque las funciones a desempeñar son muy amplias, por la complejidad de la atención a la población, porque los profesionales se complementan entre sí y porque así son más eficaces y eficientes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1973 definió el equipo como una «asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común, que es proveer la atención más integral de salud posible en cualquier ámbito a pacientes y familias». Y la misma OMS en 1990 definió el trabajo en equipo como «acción coordinada, lleva-

da a cabo por dos o más personas, concurrente o de forma secuencial, que generalmente implica objetivos comunes, respeto y consideración hacia las funciones y papeles de los demás profesionales. Supone disponer de los recursos humanos y materiales adecuados, relaciones colaborativas entre todos y confianza mutua, liderazgo efectivo, comunicación honesta, abierta y sensible y disposición para evaluarse».

Esta colaboración entre profesionales de distintas disciplinas puede llevarse a cabo de varias maneras, una de ellas es el trabajo en un equipo interdisciplinar, que en nuestro caso es la clave de organización de la AP.

Con la creación de las estructuras básicas de salud y de los EAP por el Real Decreto 137/1984 y en la Ley General de Sanidad de 1986, se introduce el trabajo en equipo como un elemento básico y definitorio de la AP, por lo que es imprescindible que todos los profesionales lo conozcan y tengan las competencias necesarias para incorporarse y realizar su trabajo en auténticos equipos multiprofesionales y multidisciplinarios.

El trabajo en equipo, para que sea realmente efectivo, debe realizarse de forma coordinada entre los médicos, las enfermeras, el trabajador social y el personal administrativo y auxiliar, ya que no registrar, no informar o no compartir las actividades realizadas puede dar lugar a duplicidades en el trabajo y, lo que es peor, confusión en el paciente o en su familia.

Trabajar con esta metodología es intencional y no casual, y facilita que en grupo se planteen mejores opciones que de forma individual. El equipo debe conocer sus fortalezas y debilidades para identificar sus necesidades y hacer de ello una oportunidad para innovar, crecer y mejorar.

Trabajar así no es fácil y precisa esfuerzo, porque el trabajo con seres humanos y con la intención de un gran objetivo común precisa una implicación (ofrecerse, exponerse, estar abierto) y al mismo tiempo implica invertir mucha energía que puede dar lugar a cierto cansancio. Pero esta es una energía bien invertida que da buenos resultados, frente al mayor desgaste personal y emocional que se produce cuando trabajamos de manera individual y aislada.

El trabajo en equipo busca normalizar los procesos de actuación, reducir la inadecuada variabilidad de la práctica clínica de sus miembros, mejorar la calidad de la atención que presta, disminuir la incertidumbre, aumentar la probabilidad de acertar en los diagnósticos y tratamientos, mejorar la seguridad de los pacientes, aumentar la eficiencia de sus actuaciones y disminuir la utilización incorrecta de sus recursos. Supone un importante elemento de cohesión, ya que los resultados de las actuaciones de cada uno de sus integrantes repercuten directamente y habitualmente de forma positiva sobre el resultado conjunto.

Las ventajas del trabajo en equipo frente al profesional que trabaja aislado («solo practice» en la literatura anglosajona) han sido señaladas por muchos autores (Margolius et al., 2010; Rodríguez et al., 2007).

Además, no se puede dejar fuera al paciente porque, si lo hacemos y no participa de forma activa en la toma de decisiones, no existirá un auténtico equipo, perderemos credibilidad y dejaremos de ser útiles. Tiene que integrar al paciente, que es el que conoce sus propias expectativas y necesidades, y puede identificar sus fortalezas y debilidades, y tiene que ayudarlo y empoderarlo apoyándose en sus habilidades.

Esta metodología de trabajo, además de ventajas, también puede presentar dificultades e inconvenientes que conviene conocer para poder prevenir o corregir (cuadro 6.3).

Para que un grupo de personas trabaje en equipo es necesario querer, saber y poder hacerlo. «Querer» implica creer en este método de trabajo y desear trabajar de esta forma; «saber» requiere un buen nivel técnico y una adecuada formación según las necesidades de la población y del equipo; «poder» precisa de la infraestructura y el apoyo administrativo adecuados (v. cap. 1).

Trabajo en red

El trabajo en red supone una verdadera articulación comunitaria y la manera más evidente y factible de llevar a

CUADRO 6.3

Fortalezas y debilidades del trabajo en equipo de atención primaria

FORTALEZAS O POSIBLES BENEFICIOS

- Unifica conceptos, criterios y técnicas
- Asegura la continuidad de los proyectos
- La diversidad de perspectivas aumenta la posibilidad de resolver los problemas. Se integran distintos puntos de vista
- Se puede dar mejor respuesta a problemas complejos y hay más probabilidad de encontrar nuevas formas de solucionarlos
- Una oferta de servicios más adecuados y completos
- Mejor coordinación y continuidad de los servicios
- Evita la duplicidad de esfuerzos y de los procesos de atención
- Se reparten mejor las cargas de trabajo, se comparte la responsabilidad y se trabaja con menos tensión
- Revisión continua y útil de lo que se está haciendo
- Supone un beneficio para los profesionales: se reparten las tareas y aumenta la satisfacción personal y profesional.
- El trabajo es más gratificante
- Fomenta la solidaridad entre los miembros. Se aceptan mejor las decisiones. Se comparten los reconocimientos profesionales e incentivos
- El paciente tiene mayores posibilidades de ser bien atendido y cuidado
- Favorece las relaciones positivas con la comunidad
- Beneficios para el sistema de salud: se fomenta el compromiso con la organización y disminuye el gasto sanitario

DEBILIDADES O POSIBLES DIFICULTADES

- Factores económicos y problemas normativos
- Diferencias en las competencias profesionales, salario, consideración social
- Roles mal definidos
- Diferentes responsabilidades
- Diversidad de procedencias profesionales
- Cambios frecuentes de los integrantes, estructura, objetivos, etc.
- Problemas de organización
- Excesiva jerarquización
- Poca autonomía del equipo
- Possible enlentecimiento de la toma de decisiones
- Dilución de la responsabilidad entre los miembros del equipo
- Actitudes y grado de implicación variables de los profesionales, actitudes individuales y falta de disponibilidad
- Experiencias previas
- Falsas expectativas, utopías

De varios autores. Elaboración propia.

cabo la atención comunitaria en un ámbito territorial y una población (v. caps. 5 y 8).

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Organización general del equipo de atención primaria (y del centro de salud)

El funcionamiento del EAP se basa en las grandes áreas identificadas de administración y gestión (cuadro 6.4).

CUADRO 6.4

Las grandes tareas de administración y gestión en el equipo de atención primaria (EAP)

Planificación y programación
 Organización del trabajo. Los servicios que presta el EAP
 Funcionamiento e integración del personal
 Comunicación y sistemas de información
 Dirección-coordinación
 Gestión de recursos
 Atención administrativa a la población
 Gestión de la atención
 Evaluación
 Desarrollo de los profesionales

Modificado de Miller, 1961.

Estas áreas de actuación afectan de una manera u otra a todos los profesionales que trabajan en este primer nivel asistencial.

En cada país, y a su vez en cada uno de sus centros, la organización de la APS es o puede ser diferente, por lo que no se puede hablar de una única forma de organizar un CS, pero el aspecto común es que el centro no solo está constituido por un grupo de profesionales de la salud, sino que estos deben formar un auténtico equipo de trabajo (EAP). Con esta premisa, la organización es el medio o método que nos permite coordinar los recursos y las actividades para alcanzar con la máxima eficiencia los objetivos establecidos. Y así cada profesional debe responsabilizarse de unas áreas de atención y de desarrollar unas tareas concretas, aunque la mayoría de ellas se lleven a cabo cooperando con otros miembros del equipo.

El buen funcionamiento de estas tareas cooperativas se alcanzará si se establecen unas normas de organización del trabajo, o normas de funcionamiento interno del equipo, que desarrollen algunas de las premisas o aspectos fundamentales (cuadro 6.5).

CUADRO 6.5

Bases para la organización del equipo de atención primaria

Objetivos comunes del equipo y específicos de cada uno de sus miembros
 Marco conceptual debatido y compartido
 Definición y delimitación de los roles y funciones para los diferentes profesionales
 Participación de todos los componentes del equipo en la planificación, ejecución y evaluación de todos los programas
 Trabajo programado y complementario
 Trabajo coordinado y no jerarquizado
 Autonomía de acción, dentro de los límites establecidos
 Actividades y tareas comunes para todo el equipo y específicas para cada miembro
 Utilización y desarrollo de métodos y técnicas de trabajo comunes y específicos
 Adecuadas relaciones interpersonales

Modificado de Martín Zurro, 2014.

Es evidente que la organización del CS y del EAP es compleja y que va a depender de muchos factores (políticos, sociales, económicos, profesionales, etc.), que además suelen ser muy heterogéneos en cada país o territorio. Es por eso que existen múltiples modelos y tipos de organizaciones posibles, por lo que solo analizaremos algunos de los aspectos más importantes que influyen en la organización de cualquier CS.

Que todos los componentes del equipo participen, de una u otra forma, en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades a desarrollar es un enfoque que facilita que todos asuman un grado importante de responsabilidad así como la visión de conjunto de las tareas. La constitución de comisiones o grupos de trabajo en los EAP puede ser un instrumento eficaz para el desarrollo de tareas concretas.

Antes de realizar cualquier intervención los profesionales deben asumir qué se debe hacer dentro de una organización basada en la coordinación. Esto no significa que cada vez que se necesite una actuación determinada se tenga que reunir todo el equipo, ya que si este tiene experiencia cada miembro ya conoce el papel que debe desempeñar, y si además nos centramos en el paciente, en realidad será él quien nos dirija indirectamente al planificar y realizar nuestras intervenciones, y así todo fluirá de una forma más sencilla y natural.

Aceptar que el trabajo y las actividades se hagan de manera programada significa que esta es la metodología idónea para que el equipo funcione mejor y cumpla los objetivos establecidos, sin suponer la compartimentación estanca del trabajo de sus integrantes. Con el desarrollo de la AP, y para conseguir una mayor eficacia, se han elaborado planes y programas para dar respuesta flexible y adaptable a las demandas de la población, teniendo en cuenta factores como los cambios de los problemas de salud y demográficos y la evolución tecnológica, económica y cultural.

Que los distintos profesionales trabajen de forma coordinada y no jerarquizada significa que el trabajo debe realizarse de forma más transversal, que la jerarquía no se establezca exclusivamente por la titulación profesional y que las funciones y actividades de cada miembro estén directamente relacionadas con sus competencias y con las necesidades del entorno y de la población (v. cap. 1).

Organización del equipo en los ámbitos urbano y rural

En la ubicación de un EAP se suelen identificar dos entornos territoriales y sociodemográficos distintos: el urbano y el rural. Estas importantes diferencias y la necesaria adaptación al entorno van a determinar que su organización sea también muy distinta. Esta realidad se ha agudizado por los cambios que se han producido en los países desarrollados o en vías de desarrollo en los últimos años, como las corrientes migratorias internas que han producido una disminución continua y progresiva y un envejecimiento significativo de la población rural. En cambio, las ciudades se caracterizan por un importante crecimiento y una gran concentración de la población.

Equipo de atención primaria rural

Habitualmente su población está envejecida, dispersa en núcleos pequeños y aislados, separados por largas distancias y con malas comunicaciones.

En una zona rural los profesionales realizan parte de la asistencia en los distintos y dispersos núcleos de población que la componen. Esta realidad condiciona cuantitativa y cualitativamente los espacios físicos, obligando con frecuencia a disponer de varios consultorios locales además del CS de referencia (que generalmente está ubicado en la población principal o en la más céntrica del territorio).

Equipo de atención primaria urbano

Su entorno se caracteriza por grandes concentraciones de población, más joven, con distancias más cortas y mejores comunicaciones. La cantidad de población y sus características intrínsecas son los factores fundamentales que delimitan el marco territorial y demográfico en el que trabaja el equipo en el ámbito urbano.

Habitualmente, al tener una menor dispersión, un único CS será la estructura física, aunque puedan existir otros locales de apoyo.

Gestión y autonomía de los centros y equipos

De una manera esquemática podemos identificar dos grandes y alejados estilos de gestión de los CS: la «gestión centralizada» y la «descentralizada o autónoma».

1. En la «gestión centralizada» la toma de decisiones importantes, sobre todos los aspectos clínicos y de gestión, proceden de los organismos directivos centrales (Consejería de Sanidad, Gerencias de Área, equipos directivos de sector, etc.), con una mínima participación de los directores y profesionales del EAP.
2. En la «gestión descentralizada, autogestión o autonomía de gestión» son los profesionales y la dirección del EAP los que toman todas las decisiones importantes que les afectan, asumiendo que las directrices generales corresponden a los niveles directivos centrales de ese servicio de salud. En España este formato fue muy difundido al inicio de la reforma de la AP ante la existencia de una cierta desregulación normativa y por la falta inicial del desarrollo legal necesario (que es muy amplio).

Aunque no siempre es fácil, a veces con evidentes retrocesos, paulatinamente se ha ido consolidando la tendencia a otorgar una mayor capacidad de decisión y un mayor protagonismo en la gestión a los profesionales y directivos del equipo. Además, ello se ha demostrado más adecuado, ya que da respuesta a muchos de los requisitos del auténtico trabajo en equipo (incrementar la eficiencia de la provisión de servicios, intensificar la responsabilidad de los profesionales sobre los servicios prestados y aumentar la satisfacción de los usuarios y de los profesionales), además de ser un requisito para la mejora y el avance de la APS. Aunque exista una cierta distancia física entre el EAP y los ámbitos superiores de decisión,

puede facilitar un mayor nivel de autonomía para realizar algunas actividades.

Sin embargo, tanto en España como en otros países, y a pesar de que se han implantado centros de AP con más autonomía de la tradicional, no existe un modelo universal de autogestión. En realidad existe una gran variedad de posibles tipos de centros con gestión autónoma (mutuas, instituciones asociativas, unidades de gestión clínica, centros integrados verticalmente, consorcios, grupos de profesionales autogestionados e incentivados, concesiones administrativas, etc.) que presentan muchas e importantes diferencias entre sí y que aún no han demostrado, por falta de un adecuado sistema de evaluación definitivo y común, sus bondades sobre los otros tipos; todo esto no nos permite elegir una propuesta recomendable o a imitar (v. cap. 1).

Estructuras directivas.

Dirección del centro y del equipo

Estructuras de gestión, asesoramiento y participación

Con independencia del tipo de organización que disfrute el EAP, suelen existir diversas estructuras de gestión, asesoramiento y participación que contribuyen al funcionamiento eficiente del CS (cuadro 6.6).

Además de las clásicas de dirección del centro y de las destinadas a su asesoramiento existen abundantes ejemplos de otras estructuras y mecanismos de participación social y comunitaria en el CS, que en España se centran, aunque no de forma exclusiva, en el Consejo de Salud. No profundizaremos en estos aspectos ya que son tratados con amplitud en otros capítulos del libro.

El equipo directivo

Muchos EAP cuentan con una estructura o equipo directivo, que está habitualmente formado por el coordinador o director del CS, la responsable o coordinadora de enfermería (también llamada coordinadora de cuidados) y el responsable de la unidad administrativa, además de disponer, cuando existe, del apoyo de la Comisión Asesora de la dirección del equipo.

Como en otros aspectos, este equipo directivo se crea y organiza alrededor de la necesaria flexibilidad y adaptabi-

CUADRO 6.6

Estructuras de gestión, asesoramiento y participación en el centro de salud

Gestión (equipo directivo)

- Director del equipo de atención primaria (EAP)
- Responsable de la unidad de enfermería
- Responsable de la unidad administrativa

Asesoramiento (Comisión Asesora de la dirección): representantes de todos los estamentos

Participación (Consejo de Salud de Zona): representantes del ayuntamiento, del EAP, de la administración sanitaria, de los servicios sociales, de las organizaciones empresariales y sindicales, de los consejos escolares, de las asociaciones de ciudadanos, etc.

lidad a los muchos factores que condicionan la AP, ya que un EAP, cuente o no con esta estructura, y con un número mayor o menor de miembros, va a ser muy variable e irá desde mínimo a muy numeroso. Lo que siempre se debe tener es un reglamento interno del CS, que es el documento esencial que regula su organización y funcionamiento, en el que quede recogida su estructura de dirección, sea esta cual sea.

Para March, el directivo sanitario debe seguir una serie de pasos: conocer «cuál es mi objetivo, cómo lo gestiono para no hacer daño a los demás ni a mí mismo, qué emociones debo contagiar al otro y, por último, qué musculatura emocional debo trabajar» (v. cap. 1).

El coordinador o director del equipo de atención primaria

Desde el punto de vista de la gestión y organización del equipo, los profesionales de AP (sobre todo médicos y enfermeras) se ven implicados en tres aspectos fundamentales: la gestión de la consulta, la participación en la gestión del EAP y la coordinación y dirección del CS.

El coordinador/director del EAP, preferiblemente elegido con la participación de todo el equipo (o al menos ratificado), ha de ejercer teniendo en cuenta que debe adaptarse a las necesidades de la población y a las características de su equipo humano, desempeñando un liderazgo participativo y basándose en los objetivos del EAP, y del sistema de salud, mientras sigue ejerciendo sus tareas como un miembro más de este.

El profesional que adquiera las responsabilidades de ser director o coordinador de un CS, además de las necesarias para gestionar su propia consulta y las que tiene como miembro de equipo debe desempeñar las competencias de liderazgo, motivación, delegación de tareas, supervisión y control. Al director del EAP se le han atribuido las funciones y actividades señaladas en la tabla 6.7.

Aunque teóricamente un director tiene que llevar a cabo estas funciones, en la práctica deberá ejercerlas de manera adaptativa, flexible y variable, siguiendo las

necesidades de la población, de su EAP, de su CS y del grado de descentralización de que disfrute. Así, los distintos modelos prácticos pondrán más énfasis en unas u otras de sus funciones, ejerciéndolas de una forma muy variable. Además, su dedicación y retribución será muy diferente según la instancia administrativa de la que dependa.

Esta descripción puede dar la sensación de una cierta desorganización y desorden en el ejercicio de su rol, pero lo cierto es que en España este modelo ha funcionado, sobre todo en EAP pequeños, teniendo en cuenta además su bajo coste económico.

Entre las funciones que deben ejercer prioritariamente y según las demandas que tengan, los coordinadores van desde los que fundamentalmente hacen coordinación organizativa básica hasta los que además desempeñan funciones directivas/ejecutivas y de planificación de la oferta de servicios. Su objetivo debe ser actuar como un buen guía, fomentar que el equipo funcione casi autónomamente, supervisar que se utilicen los instrumentos y procedimientos de forma correcta, ayudar en la toma de decisiones y tener la capacidad de solucionar de forma conjunta los problemas que pueden motivar tensiones y actitudes negativas de los integrantes del equipo.

Para poder desarrollar estas funciones, en muchas ocasiones necesita que se le libere parcialmente de su trabajo asistencial. Esta liberación debe ser proporcional a la carga de trabajo que tenga como director, y cuando en un CS y EAP esta carga sea más grande, dicha liberación también deberá ser mayor. Además de su retribución se debería reconocer dignamente la responsabilidad de este puesto, pues en caso contrario puede afectar negativamente a su capacidad de liderazgo.

En algunas CC. AA. ya se ha avanzado en el proceso de legislar y establecer normas sobre la figura del coordinador/director del EAP regulando su nombramiento, la duración del cargo, la disminución de la carga asistencial, el grado de autonomía, sus funciones y su capacidad de gestión. En ocasiones el desempeño de este rol se hace muy difícil al estar muy condicionado por criterios de

TABLA 6.7 Funciones y actividades del director del equipo de atención primaria

Funciones y actividades	Características
Organización	Formado en gestión, en dinámicas de grupo y en gestión de conflictos Integra y armoniza las funciones y actividades de los diferentes profesionales del equipo, supervisa el desarrollo de los sistemas de información, documentación y registro
Representación y relación	Representa al equipo en todos los ámbitos Asegura la comunicación del equipo con otros niveles asistenciales y con el hospitalario, así como con la comunidad y los servicios públicos relacionados con la salud
Dirección y gestión	Tiene instrumentos de gestión económica y de personal Actúa con la autoridad necesaria para planificar, organizar y delimitar las actividades asistenciales de los miembros y del conjunto del equipo Gestiona los ámbitos e instrumentos de información, comunicación y coordinación, y los recursos humanos y materiales disponibles Tiene la capacidad de distribuir los incentivos que pudieran derivarse del logro de los objetivos marcados. Es el responsable de la elaboración de la memoria anual del equipo
Relación con la población	Es accesible a la población, tanto a los usuarios individualmente como a los representantes de la población y a los distintos colectivos o asociaciones
Asistencia, docencia e investigación	Conoce muy bien la asistencia Participa en estas tareas en igualdad de condiciones que los restantes miembros del equipo

Modificada de Martín Zurro, 2014.

política sanitaria, que además son variables entre las CC. AA. o áreas, entre los distintos departamentos e incluso de unos CS a otros. Otro factor limitante son las dificultades para conseguir los recursos y las mejoras necesarias para satisfacer las necesidades de la población y de los propios profesionales.

Hasta ahora la mayoría de directores del CS son médicos, quizá por el hecho de que se suele relacionar quién debe liderar a quien tiene mayor nivel profesional, y por la mayor antigüedad de la especialidad de MF, pero este planteamiento debe cambiar para que otros profesionales del EAP puedan desempeñar este puesto atendiendo a su mérito, competencia y capacidad de liderazgo.

Algunas propuestas para resolver los problemas de los coordinadores de los EAP son:

1. Potenciar el equipo directivo del CS, teniendo el coordinador la capacidad de elegir a las personas que lo formarán.
2. La elección del coordinador no deberían realizarla directamente los miembros del EAP, aunque puedan influir en ella.
3. Establecer fórmulas para adecuar el tiempo que debe dedicar a la gestión, sin perjudicar su actividad asistencial y sin sobrecargar a otros profesionales.
4. Asumir una mayor capacidad de dirección y decisión, con más competencias y con responsabilidad sobre los resultados del EAP.
5. Disponer de motivación e incentivación, con una remuneración acorde con el grado de su responsabilidad, y con repercusión del cargo en la carrera profesional.
6. El coordinador debe ser el líder del equipo, pero con un estilo participativo y motivador.
7. Mejorar la formación en gestión económica, organización y manejo de grupos.

Oferta asistencial y servicios del equipo.

La cartera de servicios

Es necesario conocer en qué se traducen de forma práctica la misión y las funciones del EAP, como es el concretar los servicios sanitarios de calidad a un coste razonable, que es lo que se va a proporcionar a la población (la cartera de servicios de AP), y cuál es el conjunto de actividades científico-técnicas y administrativas que se realizan en el primer nivel de atención, con unos criterios previamente establecidos y unificados para conseguir los objetivos asistenciales del servicio de salud correspondiente.

La cartera de servicios es el conjunto de prestaciones que proporciona cada CS (oferta). Se trata de reconocer (identificar) y clasificar convenientemente cada una de las actividades y tareas diarias desarrolladas en el CS y que se deben recoger en la memoria anual asistencial del EAP (cuadro 6.7).

El «servicio», que es la unidad elemental, es un conjunto de actividades o criterios de actuación que guían la atención a un problema o proceso de salud concreto, especificando a qué población se dirige.

La cartera de servicios de AP (Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, 2009; Sistema Nacional de Salud de España, 2010) es un instrumento

CUADRO 6.7

Ejemplo de una cartera de servicios de atención primaria

Inmunizaciones no sistemáticas
Atención sanitaria en consulta
Atención sanitaria en urgencias
Planificación familiar
Seguimiento de embarazo
Detección precoz del cáncer de mama
Atención al climaterio
Seguimiento de salud infantil
Atención a los problemas de salud de los jóvenes
Atención sanitaria a problemas específicos
Atención a personas con procesos crónicos
Atención a la tuberculosis y a otras enfermedades infecciosas
Cirugía menor
Salud mental
Atención a personas en riesgo social
Otros

Modificado de Gómez-Calcerrada Berrocal, 2006.

útil para visualizar de forma esquemática el conjunto de servicios ofrecidos por los EAP; se trata de una selección de los servicios que responde a las necesidades y las demandas de la población, de forma priorizada y organizada específicamente, basada en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria. Su finalidad es promover la atención de los procesos más prevalentes y relevantes, facilitar la gestión descentralizada de los servicios sanitarios, reducir la variabilidad clínica, fomentar la equidad en la prestación de servicios, facilitar la organización interprofesional y servir de marco para la evaluación y para mejorar la calidad asistencial.

Pero las CC. AA. tienen potestad para ofrecer a los ciudadanos de su territorio algunos servicios complementarios no incluidos en esta cartera nacional de servicios. Y así, a lo largo del tiempo, cada una de ellas ha ido desarrollando su propia cartera de servicios de AP e introduciendo distintos cambios: reorganización de servicios e incorporación de otros nuevos (p. ej., atención al cuidador, atención a la dependencia y a la familia, atención a la violencia de género, vigilancia epidemiológica, etc.). Esta realidad ha dado lugar a una gran polémica y serias dudas sobre la equidad y eficacia de que ciertas prestaciones complementarias sean exclusivas solo de ciertos territorios, además del trato distinto entre ciudadanos que supuestamente tienen los mismos derechos (v. cap. 1).

Contratos programa y contratos de gestión

Son instrumentos de gestión que pueden facilitar la planificación sanitaria al permitir diseñar la actividad de los CS de acuerdo con los objetivos previamente definidos (Meneu et al., 1999). El contrato programa aparece por la necesidad de vincular y controlar la utilización y el consumo de recursos (entradas o *input*) con los resultados obtenidos por la gestión de los mismos (salidas o *output*).

En 1992-1993 se instauraron en España los primeros contratos programa (posteriormente denominados contratos de gestión) para normalizar la AP y establecer unas normas básicas sobre aspectos fundamentales de la ges-

ción y organización de los CS y EAP: definir la cartera de servicios, fijar sus objetivos de actividad en cantidad y calidad y determinar su financiación ligada parcialmente a esta actividad (Meneu et al., 1999).

La correcta aplicación de este instrumento exige una negociación de cada coordinador, tras previo proceso de discusión y negociación dentro del EAP, con la instancia administrativa inmediatamente superior (direcciones de área o gerencias), para acordar y concretar cada uno de sus objetivos anuales o a medio plazo, que quedarán recogidos en un documento de acuerdo (o contrato). Desgraciadamente esto no siempre ha sido así, y en muchas ocasiones los objetivos del contrato no se han negociado y se han impuesto.

Donde se ha llevado a cabo de forma negociada, este instrumento se ha convertido en una gran oportunidad para desarrollar habilidades de negociación y un buen aprendizaje organizativo para realizar una gestión más autónoma y responsable desde los EAP.

Gestión o dirección por objetivos

Por las características de la AP, por las de los profesionales que componen el EAP, por su organización, por sus órganos directivos y sus estructuras de dirección, asesoramiento y participación, la denominada dirección por objetivos (DPO) puede ser un instrumento de gestión muy apropiado para los CS.

La DPO permite medir exactamente la contribución de los distintos componentes del equipo y cuantificar lo que cada profesional aporta al logro de los objetivos comunes.

La DPO se basa en establecer de forma clara los objetivos a conseguir por el equipo, para en una segunda fase medir los resultados obtenidos y luego compararlos con los previstos. Esta metodología permite una medición precisa de la contribución de cada uno de los componentes del equipo (y del conjunto) para alcanzarlos.

El proceso de implantación de la gestión por objetivos en la AP española debería ir acompañado de una negociación similar a la del caso de los contratos de gestión (al fin y al cabo es otra forma de realización de este), aunque tampoco en este caso ha sido siempre así.

GESTIÓN CLÍNICA

Atención clínica directa o asistencial

Atención individual ambulatoria: en la consulta del centro de salud

Véanse los capítulos 2, 16 y 17.

Atención a domicilio

Concepto y características. Se refiere a prestar atención a aquellos usuarios que por incapacidad física, ya sea crónica o aguda, no pueden acudir a las consultas del CS, por lo

que los profesionales tienen que desplazarse y atenderlos en sus hogares. La atención domiciliaria es el conjunto de actividades que se realizan en el domicilio (ámbito extra-institucional) para detectar, valorar, apoyar y realizar el seguimiento de los problemas de salud del individuo y de su familia, con la finalidad de potenciar la autonomía de este, empoderarlo con sus cuidados, a él y a su familia, para que tenga mayor calidad de vida.

A diferencia de otras áreas de atención sanitaria, su definición depende de una circunstancia biopsicosocial y no de la enfermedad del paciente, lo que también caracteriza a la propia APS.

En España, desde la reforma de la AP, son los EAP de los CS los que normativamente deben ocuparse de la atención domiciliaria. Esta atención también se basa en un trabajo multidisciplinar, de profesionales de enfermería, MF y trabajadores sociales.

Además los profesionales sanitarios deben priorizar el papel de otros interlocutores y proveedores, como son la familia y, sobre todo el identificado como cuidador/a principal.

La atención domiciliaria se presta a las personas que, debido a su salud o a problemas sociosanitarios, han de permanecer en su domicilio y que requieren cuidados de carácter temporal o permanente.

Según sus características existen varios tipos de atención a domicilio:

- *Visita a domicilio puntual u ocasional:* suele ser a demanda del paciente o de su familia y de carácter urgente o preferente: (avisos a domicilio). Suele requerir una atención sanitaria fundamentalmente médica y de enfermería.
- *Visita a domicilio programada durante un período limitado de tiempo:* de seguimiento y cuidado de pacientes con procesos de moderada gravedad y duración, por problemas agudos o por complicación o reagudización de un problema crónico, por ejemplo para curas y supervisión tras una intervención quirúrgica. En este caso lo más habitual es la visita coordinada de médico y enfermera.
- *Pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria:* son pacientes con patologías crónicas, encamados, impedidos, inválidos o terminales, con necesidades sociosanitarias o de cuidados. La iniciativa parte de los profesionales del EAP, de duración no limitada previamente, dando un servicio planificado, concertado con el usuario, con visitas programadas y habituales. Esta atención la realiza prioritariamente la enfermera de AP con el concurso de otros miembros del equipo.

La visita domiciliaria siempre tiene un importante valor añadido, ya que nos permite conocer de primera mano el medio en el que viven las personas y su grupo familiar, valorar su autonomía y nivel de dependencia, así como las estructuras de apoyo y cuidado familiar y social con las que cuenta. La atención domiciliaria tiene una serie de características que se resumen en el cuadro 6.8.

CUADRO 6.8

Características que definen la atención domiciliaria. Aspectos clave de una buena atención domiciliaria

Una concepción de atención biopsicosocial
 Atención longitudinal y continuada
 Se realiza en el domicilio del paciente
 La familia cuidadora y la persona dependiente como eje central de la atención
 Objetivos comunes para los profesionales, el paciente y su familia
 Liderazgo de la familia y del paciente, con apoyo de los profesionales
 Cuidar al cuidador principal (o «agente de la salud del paciente»)
 Empoderar al cuidador o a la familia para fomentar el autocuidado y su independencia
 Un responsable o coordinador entre los profesionales de la salud que marque las pautas generales y supervise el trabajo realizado
 Enfoque integral, con actividades de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y sobre todo de cuidados
 Flexibilidad y adaptabilidad para abordar las distintas situaciones que se pueden presentar por los cambios en la situación del paciente o ante la evolución de la enfermedad
 Cada tarea se realiza por la persona o profesional más idóneo, dentro de una colaboración y cooperación planificadas. Evitando duplicidades
 Trabajar con una conexión cercana con el trabajador social y mejorar la coordinación de los servicios sanitarios con la asistencia social
 Habitual y sincera comunicación con el paciente y su familia
 Adecuada intercomunicación e información con el resto del centro de salud, el hospital y otras instituciones participantes en los cuidados
 Coordinación entre los distintos niveles asistenciales
 Los recursos necesarios para la atención a los problemas son realizables en el domicilio

De varios autores. Elaboración propia.

Los profesionales del EAP deben tener en cuenta que el paciente habitualmente atendido en su domicilio es una persona con una escasa independencia, con muchas necesidades, y con un alto coste en recursos personales y económicos. Por eso es muy importante que desde el CS se detecten precozmente los usuarios con riesgo potencial de ser candidatos a la atención domiciliaria, para trabajar con ellos de forma temprana e inicialmente ambulatoria, para que pierdan la menor autonomía posible y los podamos mantener el máximo de tiempo con una aceptable movilidad fuera de su domicilio.

Los factores que predicen la necesidad de atención domiciliaria son: edad avanzada, deterioro cognitivo, enfermedad crónica invalidante y dependencia para una o más de las actividades básicas de la vida diaria. La presencia simultánea de dos o más factores multiplica la necesidad de atención.

En los últimos años ha ido aumentando la demanda de la atención domiciliaria, que en el futuro se espera que cada vez sea mayor por las siguientes razones (Grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunità-

ria Aproximación a la atención domiciliaria, 2003; Grupo CODAE, 2007):

- El envejecimiento acelerado de la población (se prevé un gran aumento de las personas mayores de 64 años y de las de 80 y más años). Las personas quieren permanecer en sus domicilios el mayor tiempo posible y morir dignamente en su casa.
- La longevidad aumenta las enfermedades crónicas y degenerativas, la pluripatología y la dependencia, convirtiéndose este tipo de población en la que más servicios demanda.
- Para disminuir los importantes costes de su atención hospitalaria y en instituciones cerradas se han generalizado las estrategias de sustitución: reducción de la estancia media, incrementar la actividad hospitalaria sin ingreso, de intervenciones ambulatorias y otras.
- Ha aumentado la presión asistencial sobre los servicios de AP, sin que al mismo tiempo se le hayan dedicado los recursos necesarios. Por tanto, es una prioridad social y económica prevenir la enfermedad y la discapacidad en las personas mayores.
- También se ha reducido la dedicación de la cuidadora tradicional por su disminución y su incorporación al mundo laboral y debido a los cambios que se han producido en la estructura familiar. Ello obliga a disponer de más recursos sociales, si bien su existencia no reduce la necesidad del apoyo familiar o de la cuidadora. Los cuidadores también son mayoritariamente mujeres, habitualmente con alguna enfermedad crónica, relacionada en muchas ocasiones con el esfuerzo que realizan, con unas importantes limitaciones para llevar una vida personal y social independiente, que soportan una elevada carga emocional y que presentan una alta prevalencia de ansiedad y depresión (Sainz et al., 2008).
- Las innovaciones y mejoras en los cuidados que se pueden proporcionar a domicilio han aumentado las oportunidades de tratamiento y de vigilancia.
- Es necesario estimar la carga que puede suponer para el EAP, ya que en España, como en otros países desarrollados, gran parte de esta actividad la realiza enfermería, dedicando el doble de tiempo que los médicos y los trabajadores sociales.

Según distintas investigaciones, el paciente domiciliario tipo tiene las siguientes características: mujeres, con una edad media superior a 80 años, que viven solas, un 10% con dependencia absoluta para todas las actividades de la vida diaria y un 20% con severas alteraciones cognitivas.

Organización y tipos. La organización de los servicios de atención domiciliaria es muy variable, tanto en el ámbito nacional como en el internacional. Los principales estudios que comparan la atención domiciliaria en el ámbito internacional distinguen dos grupos de países: de una parte, los países del norte de Europa, que disponen de sistemas de atención domiciliaria bien desarrollados; por otra parte, la mayoría de los países del sur de Europa, en los que aún no está tan desarrollada, ya que se incorporaron posteriormente al proceso de atención domiciliaria formal, aunque en España se ha avanzado bastante en los últimos años.

Los siguientes criterios ayudan a diferenciar los modelos de los distintos países (Torral, 2001):

- Los usuarios a los que se dirige el servicio, incluyendo su edad y la situación de salud.
- Los modelos de práctica profesional, el papel atribuido a los profesionales, los pacientes y la red informal de cuidados, el tipo de problemas del paciente sobre los que se interviene, las actividades que se realizan, la tecnología utilizada y los resultados esperados.
- Las características de la provisión de los servicios: la cualificación de los profesionales, los mecanismos de acceso al servicio, el método de asignación de pacientes, los recursos utilizados, el grado de normalización y las fórmulas de coordinación o integración entre los servicios sanitarios y los servicios sociales comunitarios.

Los servicios de enfermería a domicilio bien desarrollados, que habitualmente no requieren la actuación del médico, se caracterizan por (Torral, 2001):

- Utilizan la gestión de casos: valoración de los pacientes, establecimiento de un plan asistencial, evaluación, coordinación de cuidados y solicitud de recursos necesarios para el cuidado, incluida la ayuda a domicilio.
- Se basan en modelos estandarizados de valoración y de clasificación de los pacientes, para priorizar los ingresos en instituciones.
- Los cuidados están sometidos a procesos de evaluación de acuerdo a estándares de práctica aceptados, y la enfermera que realiza la valoración integral y el plan asistencial suele ser especialista en enfermería comunitaria.
- Se centra en proporcionar ayuda para el autocuidado: educación del paciente y de su familia, actividades de refuerzo y apoyo a la red familiar y realización de procedimientos técnicos (administrar medicación parenteral, curas, etc.).

También varía de unos países a otros la cualificación de los profesionales que proveen los servicios y cuidados.

Modalidades de atención sanitaria en el domicilio. Existen diferentes modalidades de esta atención según el proveedor que la proporcione. Se conoce como hospitalización a domicilio cuando son los profesionales del

hospital los que se desplazan al domicilio del paciente; en cambio, cuando la atención se presta desde la AP se denomina atención domiciliaria (Ferrer, 2006).

Según la procedencia de los profesionales podemos distinguir la «atención domiciliaria», cuando los cuidados los proporcionan los profesionales de AP, y la «hospitalización a domicilio», cuando son los profesionales del hospital los que se desplazan al domicilio del paciente.

La hospitalización en el domicilio del paciente es el conjunto de tratamientos y cuidados que se le prestan a esa persona en su vivienda de una complejidad, intensidad y duración similares a las que recibiría en su hospital de referencia. Su inclusión se suele deber a procesos crónicos con frecuentes reagudizaciones o procesos agudos en fase de estabilización o para completar tratamientos. A diferencia de la atención domiciliaria prestada por los EAP, la hospitalización a domicilio es una intervención vertical concreta en situaciones de crisis y cuya responsabilidad es del hospital del que depende, mientras que en el caso de la atención domiciliaria se trata de una atención longitudinal, integral y continuada (tabla 6.8).

Cada vez resulta más cuestionable la hospitalización domiciliaria por sus elevados costes y por la cada vez más sólida y preparada red de AP, competente para esta intervención a domicilio.

En los distintos sistemas de salud, y según un punto de vista general, según las características de la provisión podemos distinguir al menos tres modalidades de atención a domicilio (Veras et al., 2007):

1. *Atención domiciliaria basada en equipos multidisciplinarios.* Es el modelo utilizado en los países nórdicos y el clásico en España. Está basado en equipos multidisciplinarios de AP que trabajan en CS, independientemente del grado de dependencia del paciente.

Son los mismos profesionales del equipo con responsabilidad sobre los pacientes y sus familias los que proveen la atención y los servicios como parte de sus actividades integradas, garantizando así la continuidad asistencial. Ocasionalmente son apoyados además por el trabajador social y por otros profesionales

TABLA 6.8 Diferencias entre la hospitalización a domicilio y la atención domiciliaria

	Hospitalización a domicilio	Atención domiciliaria
Procedencia de los profesionales	Hospital (Área de Salud)	Centro de salud (Zona de Salud)
Procedencia de los pacientes	Hospital (Área de Salud)	Domicilio (Zona de Salud)
Tecnificación	+++	+
Disponibilidad de recursos	++	+
Objetivos	Sustituir la hospitalización	Prevenir la hospitalización
Conocimiento del contexto	+	+++
Apoyo familiar y social	+	+++
Actividades	Modelo hospitalario	Propias de la atención primaria de salud (equipo de atención primaria)
Tiempo de seguimiento	Limitado	Ilimitado

Modificada de Ferrer, 2006.

como el fisioterapeuta. Su tarea fundamental es la prevención y la promoción del autocuidado.

2. *Modelo de estructuras de apoyo.* En los países con una AP basada en profesionales de práctica independiente, como Dinamarca y Holanda, se han creado estructuras específicas para la atención domiciliaria. Este modelo está orientado a un tipo de población con problemas de salud específicos, por lo que se basa en la fragmentación y la especialización de la atención. Son estructuras complementarias y de apoyo a los EAP que buscan mejorar la capacidad de resolución de los profesionales.

En España, aunque no predominantemente, también existen estos otros servicios o unidades asistenciales, entre ellas: equipos de soporte de la atención domiciliaria (ESAD), hospitalización a domicilio, rehabilitación a domicilio, unidades de cuidados paliativos y de atención geriátrica especializada a domicilio, incluso en ocasiones servicios de urgencias y emergencias, entre otros. Poder disponer de estos equipos, que acudirán al domicilio del paciente a requerimiento del EAP, supone una gran ayuda, al contar con profesionales con dedicación específica, conocimientos, preparación y experiencia; además pueden actuar como intermediarios entre la AP y el hospital para la coordinación de algunos procesos asistenciales.

La clave de este modelo es conseguir la imprescindible coordinación de la atención en beneficio del paciente. Cada uno de estos servicios debe tener sus competencias y funciones bien delimitadas para evitar interferencias, duplicidades y otros problemas.

3. *Modelo de gestión coordinada y de continuidad asistencial.* Se basa en la coordinación entre diferentes niveles asistenciales y entre los sectores sociales y sanitarios, estando implantado en Canadá y con algunas experiencias en España. Su objetivo es promocionar el trabajo integrado por procesos asistenciales utilizando figuras como las enfermeras gestoras de casos, implicadas tanto en la AP como en la atención especializada.

La figura de la enfermera gestora de casos, relacionada con la «enfermería de enlace», se basa en la tradición británica y de otras partes de Europa, tiene dedicación específica e intenta asegurar la continuidad de cuidados. Dicha figura tiene dos versiones:

- *Enfermera hospitalaria de enlace:* dirige su actividad a la planificación del alta hospitalaria para asegurar la continuidad de cuidados y la coordinación intersectorial de estos pacientes.
- *Enfermera comunitaria de enlace:* se centra en la atención del paciente crónico domiciliario y actúa como referencia en AP en el momento del alta hospitalaria. Tiene como misión servir de enlace entre el paciente, su familia y los sistemas formales de cuidados, sanitarios y sociosanitarios, así como mejorar su calidad de vida por un proceso de colaboración y supervisión para alcanzar los objetivos de su plan asistencial, coordinándose con otros profesionales y movilizándolo los recursos necesarios (Jodar et al., 2005).

A nivel del EAP existe otra clasificación de los modelos de atención domiciliaria (que tiene algunos paralelismos con la anterior), y que distingue tres modos de organiza-

ción según cómo y a quién se asigne la prestación de esta atención dentro del EAP (Veras et al., 2007):

1. *Modelo integrado.* Contempla la intervención de todos los profesionales del EAP, a través de programas de atención a las personas y a sus familias, con independencia del problema de salud. Las ventajas fundamentales son el conocimiento previo de la historia de salud del paciente y de la familia, que los mismos profesionales siempre van a atender a esa persona y que se facilita la comunicación y coordinación entre los profesionales.
2. *Modelo dispensarizado.* Solo algunos de los profesionales del equipo se responsabilizan de la atención domiciliaria a demanda o programada, urgente o no, según el lugar y el tipo de atención que precise el paciente. Al desvincular esta actividad de la demanda puede ser más eficiente porque aumenta la disponibilidad del profesional y facilita la adquisición de habilidades y técnicas específicas, pero va en contra de la continuidad, la longitudinalidad y la integralidad de la atención.
3. *Modelo sectorizado.* Muy utilizado en la atención domiciliaria de enfermería, es el que subdivide el territorio en sectores geográficos para hacer el desplazamiento más sencillo y rápido en las ciudades y en los domicilios dispersos. Facilita el conocimiento de la comunidad y del entorno del paciente. No obstante, la organización es más compleja al tener que relacionarse la enfermera de cada zona con varios médicos.

Programa de atención domiciliaria. Es el instrumento necesario para realizar este tipo de atención de forma correcta y organizada. Para ello los programas deben incluir una definición clara de sus objetivos, criterios de inclusión y exclusión de los pacientes, actividades a realizar e indicadores de calidad asistencial y la evaluación sistemática de los resultados obtenidos. Para optimizar estas actividades en muchos casos estos programas incluyen los correspondientes protocolos de actuación, que delimitan las funciones y las tareas a desarrollar por los distintos profesionales implicados (Cegri et al., 2010).

Deben incluir unos criterios bien definidos para establecer qué usuarios cumplen los requisitos necesarios para ser incluidos o no en el programa de atención domiciliaria:

1. *Criterios de inclusión.* El profesional tras realizar una evaluación específica, por los problemas de salud que presenta, o por su situación social o de su entorno, determina que el usuario no puede desplazarse al CS para ser atendido y que precisa este tipo de atención temporal o permanentemente.
2. *Criterios de exclusión.* Se aplican a aquellas personas que, tras la valoración por estos profesionales, no reúnen los criterios de inclusión en el programa, o bien la familia o el propio usuario no quieren ser atendidos en el domicilio.

Este programa comparte con la AP en general la misión de dar respuesta a las necesidades presentes y futuras de nuestra sociedad cambiante, avanzando hacia fórmulas asistenciales más integradoras. También deben cumplir con todos los aspectos y características del trabajo en equipo, aunque con una adaptación a este entorno.

Está claro que los pacientes incluidos en el programa van a presentar un amplio abanico de necesidades, lo cual va a significar una carga de trabajo mayor o menor para el profesional, que debemos cuantificar y clasificar (p. ej., su grado de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria). De esta forma se podrán precisar exactamente las intervenciones que se deben realizar en el domicilio y qué profesional es el más adecuado. Para establecer el grado de dependencia tenemos distintos instrumentos que clasifican a los pacientes según la severidad de dicha dependencia.

Hay que señalar que, a pesar del gran avance de la atención domiciliaria en España y otros países, aún existen muchas e importantes dificultades para llevarla a cabo:

- No tener un modelo asistencial formal para realizar una atención domiciliaria integral.
- La alta presión asistencial que impide la dedicación y tener el tiempo que necesita la atención domiciliaria, ya que el trabajo se organiza según la demanda y no las necesidades del paciente.
- Recursos sociales y económicos insuficientes.
- La inadecuada coordinación entre niveles asistenciales.
- La falta de agendas compartidas y coordinadas entre médicos, enfermeras y trabajadores sociales para realizar, planificar y evaluar las actividades realizadas trabajando en equipo.
- La existencia de un/a cuidador/a débil: no hace muchos años, la cuidadora principal solía ser la hija del paciente, que tenía fuerza, voluntad y conocimientos, pero actualmente quienes antes cuidaban ahora están trabajando o no tienen tiempo para ello, por lo que la mayoría de las cuidadoras son sus cónyuges, que habitualmente suelen también necesitar de estos cuidados.

Atención urgente

La atención urgente a la población habitualmente individual, en el CS como a domicilio, también forma parte de las funciones esenciales del EAP, aunque no se detalle en este apartado (v. cap. 16).

Funciones y actividades específicas de los profesionales del equipo de atención primaria

Aunque en APS y dentro del modelo de trabajo en equipo las competencias individuales se deben poner al servicio del equipo, también se exige que los roles y las responsabilidades específicas de cada profesional estén bien claras y definidas (v. caps. 1 y 2).

La asignación de funciones y tareas concretas a uno u otro profesional del EAP puede variar mucho según las diferentes circunstancias o el contexto, que pueden ser muy cambiantes (población, organización, recursos, formación, factibilidad, etc.), y a los que deben adaptarse.

Estas funciones son muy diferentes de unos países a otros, ya que están claramente influenciadas por la cultura, la ideología política, la situación económica, etc. La ya mencionada y necesaria adaptabilidad de los profesionales

del EAP a estas cambiantes situaciones les exige un alto grado de flexibilidad.

De forma individual y colectiva, los miembros de un EAP deben adaptar sus funciones y actividades profesionales a las cambiantes necesidades de la comunidad que atienden y al entorno y contexto, también cambiante, donde trabajan.

A continuación, de forma orientativa, se detallan las funciones y tareas de los distintos profesionales que integran el EAP básico. Las referencias se han extraído de la normativa legal vigente en España, aunque puede existir bastante variabilidad por el traspaso de las competencias en este campo a las CC. AA., y que se ha traducido en múltiples modificaciones y adaptaciones.

Personal de administración y de apoyo

En el CS e integrados en el EAP en las llamadas unidades administrativas, las funciones y actividades de los administrativos y el personal de apoyo (celadores, auxiliares de clínica, etc.) vienen determinadas por las características de la población atendida y relacionadas muy directamente con el número de personas asignadas a esa unidad de atención (tabla 6.9).

El trabajo de este personal es muy visible para el ciudadano, ya que es el profesional que va a atenderle en un

TABLA 6.9 Funciones del personal administrativo y/o de apoyo

Atención al usuario	Recepción Información al usuario en general y sobre organización de servicios y prestaciones Información y normas sobre los requisitos y normas de utilización de los servicios Gestión de la tarjeta sanitaria Citación en el centro de salud. Cita previa Gestión y registro de citas con otra atención especializada Recogida y custodia de documentos clínicos Proporcionar acceso a recetas ya completadas, informes, partes de baja laboral, carnets de largo tratamiento, etc. Entrega de otros documentos Facilitación de trámites Apoyo a los ciudadanos y usuarios Ayuda a pacientes con minusvalías Gestión de transporte
Administración	Registros Archivo y custodia Gestión de información clínica Tareas de secretaría Estadísticas
Mantenimiento	Suministros Reposición Pedido y control de material clínico, fungible, medicación, de oficina, etc. Mantenimiento Pequeñas reparaciones

De varios autores. Elaboración propia.

primer momento y además también forma parte de la imagen inicial de ese CS. Simplificando hablamos en AP de personal de admisión, pero no solo realizan esta tarea de acogida a los usuarios sino que desempeñan otras muchas importantes funciones (v. tabla 6.9).

Tres aspectos clave definen el trabajo del personal administrativo:

1. Se trata de un «trabajo con personas» de cara al público (de atención y gestión integral de las prestaciones dirigidas al ciudadano).
2. Poseen un adecuado manejo de la comunicación interpersonal y de la información.
3. Proporcionan atención a sus clientes internos, que son el resto de los profesionales del EAP (colaboración y apoyo).

Para que estos profesionales puedan desarrollar bien su trabajo necesitan dos recursos básicos: un entorno de trabajo adecuado y una buena infraestructura tecnológica.

Hasta ahora, y a pesar de su importancia, al entorno de trabajo de esta zona (espacio físico y dotación) y al mostrador de admisión no se les ha prestado la atención necesaria, ya que estructuralmente suelen estar mal diseñados y configurados. Para mejorar esta situación se deben introducir grandes cambios estructurales que garanticen el confort y la confidencialidad en el contacto con los usuarios, además de la correcta señalización e información estática y dinámica del centro.

En cuanto a la infraestructura tecnológica (telefonía, ordenadores, terminales táctiles, lectores de tarjetas, etc.), esta debe tener una cantidad y calidad suficientes para el desempeño eficiente de sus tareas. La rápida evolución de la tecnología y de las telecomunicaciones, que se está produciendo, puede tener un enorme impacto positivo sobre funciones y actividades de estos profesionales, en muchos casos cambiándolas sustancialmente, siempre que vaya acompañado por las adecuadas inversiones. Además esta situación cambiante nos puede obligar a redefinir de forma periódica y flexible el perfil de los profesionales administrativos en función de las nuevas demandas de los ciudadanos y sobre todo de estos avances.

Ejemplos significativos son: muchos CS ya permiten obtener cita previa o cambiar de MF a través de una página web (portales institucionales, corporativos, etc.) y la externalización de algunos procesos; la obtención de cita previa con la llamada a un único número telefónico centralizado para toda un área (*call-center* o *contact-center*); la cita telefónica automática por reconocimiento de voz; acceso a través de internet, etc.

Trabajador social

El trabajo social en APS se caracteriza por los siguientes elementos fundamentales:

- Actividad profesional especializada que requiere una formación específica, con una actividad profesional diferente a la de otros sectores.
- La intervención se puede desarrollar a varios niveles: asistencial, de gerencia y planificación/evaluación.
- Incorpora «el caso» como una parte del trabajo social, ya que diagnostica, trata y/o interviene en el problema social relacionado con la salud de los individuos y de las familias.

- Se incluye en el equipo multidisciplinar del EAP, favoreciendo un abordaje integral de la salud.
- Su actividad tiene alcance promocional, preventivo, asistencial y rehabilitador en salud.
- Es el enlace con el tejido social y con los sistemas de educación y servicios sociales de la ZBS.
- Aporta el conocimiento y el fomento de la red de recursos formales e informales de apoyo social existentes orientados a la mejora de la salud de la población.

Las funciones del trabajador social integrado en un EAP, que son muy amplias, partiendo de un conocimiento profundo de la comunidad que atiende y que determina el contenido de su trabajo, se traducirá en intervenciones comunitarias, familiares e individuales (personales).

En AP las funciones y actividades de los trabajadores sociales vienen determinadas por las características de la comunidad que deben atender, y se basan en conocerla previa y profundamente (cuadro 6.9).

Enfermera de atención primaria o enfermera de familia

El papel de los profesionales de enfermería en AP varía de forma considerable de un país a otro, dependiendo

CUADRO 6.9 Funciones del trabajador social

- Informar a la población y a los profesionales de los equipos de atención primaria (EAP)
- Atención social directa, individual y familiar
- Aportar sus conocimientos técnicos para la actuación sobre aspectos sociales
- Participar en la elaboración del diagnóstico de salud de la zona
- Elaborar programas de actuación concretos
- Trabajo en la comunidad
- Conocer los recursos existentes en el Área de Salud
- Recibir y captar las demandas que se relacionan con la educación para la salud
- Participar en la programación, ejecución y evaluación de las actividades educativas. Impartir educación para la salud a la población, a nivel individual y a grupos
- Fomentar la participación de la población en dichas actividades
- Derivar las demandas de atención social directa a otros servicios
- Coordinación interna con los EAP y externa con las instituciones y los profesionales de la Zona de Salud
- Fomentar la participación de la comunidad, apoyando y contribuyendo a la creación de un consejo de salud de la zona
- Registrar sus actividades en la historia clínica
- Participar en la formación continuada y docencia que se desarrolle en el EAP
- Elaborar y llevar a cabo proyectos de investigación del trabajo social y la salud
- Asesorar al resto del equipo en temas específicos de trabajo social

Modificado de Tamborero Cao et al., 2011.

de múltiples factores (formación, modelos de atención, número de profesionales, etc.). En países como el Reino Unido o Estados Unidos existen diferentes categorías en la enfermería según su nivel de formación (visitadores sanitarios, enfermería comunitaria, practicantes, etc.); en otros como Canadá, la enfermería está especializada en temas concretos. En el Reino Unido con la implantación de los «grupos de atención primaria» (*Primary Care Groups*) se ha planteado la conveniencia de la incorporación de la enfermería en estos equipos. En Suecia, la enfermería del primer nivel asistencial trabaja por distritos, siendo la responsable en muchos casos del primer contacto del ciudadano con el CS (Arribas et al., 2009).

En España, en Finlandia y en modelos similares existen dos tipos de enfermería en el primer nivel asistencial:

1. *Enfermería de salud pública*: requiere formación específica en prevención, y tiene poca implantación; es la que en determinados ámbitos territoriales (habitualmente más amplios que la ZS) desarrolla los programas materno-infantiles, planificación familiar, salud escolar, salud ocupacional, atención domiciliaria y actividades de promoción de la salud, entre otras.
2. *Enfermería familiar y comunitaria*: está reconocida como especialidad de enfermería desde 2005 y ya ha titulado a varias promociones desde la aprobación del programa oficial de la especialidad (2010); trabaja en los EAP en colaboración con el resto de los profesionales y, además de otras tareas, tiene tiempo específico de consulta para la atención directa a los ciudadanos asignados. Esta figura es la que debe proporcionar una respuesta adecuada a las necesidades y cambios sanitarios y sociales que implica el desarrollo moderno de la AP.

La OMS considera que la enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria «ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos. Asimismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece sus servicios, los recursos disponibles, las diferentes maneras de interactuar entre sus miembros, etc.», previendo asimismo que esta especialista esté «preparada para intervenir en programas y actividades de salud pública», dentro del desarrollo de la estrategia de APS.

En el seno de los EAP, la misión de la enfermera es la participación profesional en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el conjunto de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación en su entorno y contexto sociocultural.

La enfermera de AP tiene como misión el cuidado de la salud de las personas, las familias y su comunidad a lo largo de todo el ciclo vital y en las áreas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación en su entorno y contexto sociocultural.

Las funciones concretas de la enfermería de AP en España, al igual que sucedió para los MF, se recogieron inicialmente en diversas normativas legales que se han

CUADRO 6.10

Competencias de la enfermera familiar y comunitaria

- Competencias en salud pública y comunitaria
- Competencias clínicas avanzadas en el ámbito familiar y comunitario
 - Clínica y metodología avanzada
 - La atención en la infancia
 - La atención en la adolescencia
 - La atención a la salud general en la etapa adulta
 - La atención a la salud sexual, reproductiva y de género
 - La atención a las personas ancianas
 - La atención a las familias
 - La atención ante urgencias, emergencias y catástrofes
 - La atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo sociosanitario
- Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario
- Competencias docentes
 - Formación de grado
 - Formación especializada
 - Formación continuada
- Competencias en investigación

Programa Oficial de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, 2010.

concretado en el programa de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, que es la normativa vigente que establece sus funciones (cuadro 6.10).

Tomando como base las competencias ya mencionadas (v. cuadro 6.10), estas se pueden traducir en los grandes grupos de funciones y entornos que se detallan en los siguientes apartados.

La función de atención clínica directa o asistencial

- En la consulta de enfermería, en la que se presta atención individualizada o familiar. En consulta se suele trabajar con programas de atención.
- En el domicilio del paciente, lo que supone una oportunidad para proporcionar los cuidados teniendo en cuenta el entorno sociofamiliar de la persona.
- En la comunidad, prestando atención a grupos de población y centrándose en empoderar a las personas y grupos de la comunidad para la toma de decisiones.
- Dentro de los servicios comunes, tanto en el CS como en el domicilio, que incluyen procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

La función formativa o docente

- Docencia de grado: colaboración en la enseñanza teórica y práctica de los estudios universitarios de enfermería y de otras de las profesiones que componen el equipo.
- Formación posgrado y formación sanitaria especializada: colaboración en los programas formativos de los especialistas en ciencias de la salud para las personas que componen el equipo (médicos en formación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria, otros médicos internos residentes), pero sobre todo de las especialidades de enfermería y dentro de ellas la de enfermería familiar y comunitaria.

- Formación continuada intraequipo: su objetivo es mejorar la calidad de la atención y de los cuidados que presta el equipo en los aspectos relacionados con sus competencias.

La función investigadora. Se dirige a la obtención de una práctica clínica de enfermería basada en la mejor evidencia disponible, a liderar y participar en estudios de investigación para generar conocimiento científico sobre la contribución que realizan las enfermeras en la atención de la salud, así como a difundir el conocimiento científico en congresos o a través de la literatura científica.

La función administrativa y de gestión. Consiste en liderar, coordinar y dirigir los procesos de gestión clínica de las actividades propias de las enfermeras de AP, gestionar grupos de trabajo de enfermeras y de otras disciplinas, la continuidad de los cuidados, los sistemas de información relativos a la práctica profesional de las enfermeras de AP e implicarse en la mejora continua de la calidad de la atención que ofrecen.

Médico de atención primaria o médico de familia

La Academia Europea de Profesionales de Medicina General describe a los MF como: «médicos personales, responsables en primer lugar de prestar una atención integral y permanente a todos los individuos que solicitan atención médica, independientemente de su edad, sexo o enfermedad. Atienden a las personas en el contexto de su familia, su comunidad y su cultura, respetando siempre su autonomía. Al negociar planes de atención con sus pacientes integran factores físicos, psicológicos, sociales y culturales, y utilizan los conocimientos y la confianza generados por contactos repetidos. Los médicos de familia ejercen su función profesional promoviendo la salud, previniendo la enfermedad y proporcionando curas, atención o cuidados paliativos. Reconocen que tienen también una responsabilidad profesional para con su comunidad, que ejercen bien directamente o a través de los servicios de terceros, según las necesidades sanitarias y los recursos disponibles en la comunidad, ayudando a los usuarios, cuando es necesario, a acceder a dichos servicios. Deben asumir la responsabilidad de desarrollar y actualizar sus capacidades, y mantener su equilibrio personal y sus valores, como base para una atención a los pacientes efectiva y segura» (WONCA Europe, 2007).

Se deduce que todo MF debe dominar una serie de capacidades, que se han agrupado en seis categorías de competencias centrales o esenciales (cuadro 6.11). Las competencias del MF con orientación al trabajo en equipo se detallan en el cuadro 6.12.

Dentro de las funciones del MF las más visibles, y sobre las que más se centra su imagen, son las clínicas. Para llevarlas a cabo adecuadamente es necesario mencionar su importante papel como primer contacto y por tanto «regulador de la puerta de entrada al sistema sanitario» (*gate keeper*), que ejerce tomando las adecuadas decisiones clínicas o en salud (exploraciones diagnósticas, indicaciones terapéuticas, acceso a la atención especializada, etc.) y

CUADRO 6.11	Enfoques y elementos clave del trabajo del médico de familia
--------------------	---

Gestión de la atención primaria
Orientación comunitaria
Enfoque global
Capacidades específicas para la solución de problemas
Atención centrada en la persona
Enfoque integral

Modificado de WONCA Europe, 2007.

CUADRO 6.12	Competencias del médico de familia (con orientación al trabajo en equipo)
--------------------	--

Funciones y competencias esenciales, tareas primarias
Comunicación y relación médico paciente
Razonamiento clínico
Gestión de la atención, gestión clínica
Bioética
Comunitarias y de atención a la comunidad
Atención a la familia
Atención a grupos poblacionales de riesgo
Clínicas, de atención individual, asistencia clínica, curativa
Formación
Investigación
De soporte y apoyo
Gestión de la atención primaria
Regulador de la puerta de entrada al sistema sanitario (*gate keeper*)
Responsable de conducir al paciente dentro del sistema sanitario defendiendo sus intereses (*gate manager*)

Modificado del Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, 2005.

de gestión, ya que este rol tiene una repercusión muy importante en el conjunto del sistema sanitario (Mirbala, 2004).

Por su trascendencia, y sin embargo por su escasa visibilidad, se deben destacar las tareas de soporte o apoyo que lleva a cabo el MF.

Sin embargo, existe otra función no bien descrita desde el punto académico pero muy bien valorada por los usuarios, que es la de «agente de la salud de las personas a su cargo». En un sistema sanitario con una AP avanzada, el MF no puede ser un mero «filtro» de los pacientes y procesos que se van a incorporar al sistema, sino que debe tener la capacidad y la responsabilidad de dirigir correctamente los pasos de los usuarios por «el interior» del sistema sanitario (complejo y no siempre fácil de entender), y de coordinar una respuesta integral en todos los niveles asistenciales, para así poder convertirse en un gestor o agente de salud (*gate manager*). Debe tener capacidad de decisión sobre el lugar del sistema sanitario en el que debe realizarse la atención a un problema de salud, considerando todos los riesgos y ofreciendo un extenso rango de intervenciones sanitarias, aprovechando los enormes conocimientos que un MF con experiencia tiene de los servicios de salud especializados y hospitalarios de su zona y que puede gestionar en beneficio de las personas a su cargo.

No basta que el MF ejerza el papel de «regulador de la puerta de entrada al sistema sanitario» (*gate keeper*), sino que debe disponer de la capacidad de coordinar una respuesta integral en todos los niveles para convertirse en un gestor o agente de la salud de sus pacientes (*gate manager*).

Ambas funciones (*gate keeper* y *gate manager*) sitúan al MF en un lugar privilegiado para la toma de decisiones que pueden tener importantes consecuencias en la equidad, eficiencia, efectividad y calidad, para su población y para el conjunto del sistema sanitario. Este papel poco conocido pero central del MF, ejercido correctamente, puede ser un importante elemento para reivindicar el gran reconocimiento positivo de la AP, situándola a la altura de la atención hospitalaria.

EL EQUIPO INTRÍNSECO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

Aunque reciba otras denominaciones, unidad de atención familiar (UAF) o unidad básica asistencial (UBA), el equipo intrínseco es aquel que se constituye formal o implícitamente alrededor de un paciente o una familia, *ad hoc* o específicamente, para prestarles atención.

Representa la unidad operacional básica en respuesta a la demanda del propio paciente. Este es el equipo mínimo que habitualmente se constituye y funciona casi espontáneamente y de forma inaparente para asistir a aquellas personas que precisen una alta atención y coordinación; se puede prolongar en el tiempo o durar solo lo que aquel proceso o problema de salud requiera.

Es el equipo asistencial funcional que se constituye *ad hoc* para darle atención integral a un paciente determinado (centrado en ese paciente). Como mínimo debe estar constituido por el paciente, un familiar o cuidador, su enfermera y su MF.

Normalmente está compuesto por el paciente y dos o más profesionales, generalmente médico y enfermera, y el cuidador o familiar. En el caso de la UBA se menciona también al pediatra como componente de la misma.

Se orientan a las tareas concretas que precisan esa atención y se disuelven cuando finaliza la tarea para la que fueron formados. Cuando el paciente deja de necesitar este tipo de atención, el equipo deja de existir funcionalmente, pudiéndose reconstituir en cualquier momento si se volviera a necesitar para otro paciente y proceso de atención, formándose otro equipo funcional de este tipo.

De la Revilla (1992) define la UAF como el equipo de salud básico de un CS constituida por el médico, la enfermera y el paciente, la familia o población a los que estos dos profesionales prestan una atención integral. Dicha definición da más estabilidad y una orientación más comunitaria. Esta es una forma de organización propuesta a menudo en España, y tiene una especial acogida en Andalucía.

Son flexibles en cuanto a su composición; si se precisa, según las necesidades, pueden incorporarse otros profesionales (trabajadora social, residente, etc.) de forma puntual

o continuada. No obstante, es el equipo intrínseco inicial el que de forma cooperativa dirigirá todo el proceso de atención.

Las características que comparten los profesionales que lo forman son:

- Atienden a la misma población asignada (cupo).
- Comparten criterios comunes de actuación.
- Responsabilidad compartida.
- Horarios comunes y agendas paralelas.
- Espacio físico de trabajo común o próximo (ideal consultas adosadas y comunicadas).

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Martín Zurro A, Cano JF, editors. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 7.ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.

Séptima edición de la obra de referencia de la atención primaria en español, es un texto de lectura y de consulta imprescindibles para cualquier profesional interesado en la atención primaria por su enfoque amplio y completo al mismo tiempo. Esta edición, que está revisada en profundidad, permite el acceso a una página web desde la que se puede realizar una autoevaluación y acceder a todo el contenido online.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización del equipo de atención primaria. Madrid; 1990.

Texto que, por su estructura y desarrollo, corresponde muy bien al planteamiento y contenido de este capítulo. A pesar de su veterania sigue siendo actual y útil en su mayor parte para obtener una idea básica pero muy práctica de cómo organizar la atención primaria, y desde dónde y cómo se ha desarrollado en España. Puede estar especialmente indicado en el caso de centros de salud que inician su andadura.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.

Informe oficial de la OMS centrado en la importancia de la atención primaria a nivel mundial. Muestra que las reformas de la atención primaria, basadas en los principios de acceso universal, equidad y justicia social, constituyen una respuesta fundamental a los retos sanitarios que plantea un mundo en rápida evolución. Lectura indispensable para los profesionales interesados en conocer las estrategias de desarrollo sanitario en el siglo XXI.

Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.

Traducción al español de un texto de esta autora de referencia y que ya es un clásico a pesar de lo moderno de su publicación. Referencia importante porque completa otros puntos de vista sobre la atención primaria, reflejando con gran solidez una visión constructiva de la importancia, los conceptos y la metodología de la atención primaria de forma positiva pero muy rigurosa. Demuestra que así se puede conseguir una mayor eficiencia, una mayor satisfacción de la población, mejores indicadores de salud y un uso más racional de los recursos.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Ararteko. Defensoría del Pueblo Atención Sociosanitaria: Una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos. Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco (abril 2007). Bilbao: Centro de Documentación y Estudios; 2008.

Arribas A, Gasco S, Hernández M, Muñoz E. Papel de Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Comunidad de Madrid-Salud Madrid; 2009.

Artells JJ, Andrés J. Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la atención primaria en el siglo XXI. Cuadernos de Gestión 1999;5:58-64.

BOE (Boletín Oficial del Estado) núm. 105. Orden SCO/1198/2005 de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid: BOE núm. 105: 3 de mayo de 2005.

BOE (Boletín Oficial del Estado) núm. 157. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Madrid: BOE núm. 157: 29 de junio de 2010.

BOE (Boletín Oficial del Estado) núm. 157. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de

- la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Madrid: BOE núm. 157: 29 de junio de 2010.
- Buñuel JC, García C, González MP, Aparicio M, Barroso D. ¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en Atención Primaria en países desarrollados? Revisión sistemática. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2010;12(Supl):9-72.
- Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- Cegri F, coord. i Grup de Treball. Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Institut Català de la Salut; 2010.
- Contel JC. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Aten Primaria* 2002;29:502-6.
- De la Revilla L. La consulta del médico de familia. La organización en la práctica diaria. Ediciones CEA S.A. (Grupo Jayrpo) Madrid. 1992.
- Dierick-van Daele A, Steuten L, Metsemakers J, Derckx E, Spreeuwenberg C, Vrijhoef H. Economic evaluation of nurse practitioners versus GPs in treating common conditions. *Br J Gen Pract* 2010;60:28-33.
- Ferrer C. Modelos de organización de la atención domiciliaria. *Jano* 2006;1612:47-8.
- García S, Lekube K, Andikoeuxa A, Solar M, Olaskoaga A. Características socioeconómicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Aten Primaria* 1997;20:230-6.
- Garrido S, Molino AM, López C, Arrojo E, Martín M, Moreno MA. Coordinación asistencial entre atención primaria y especializada. Satisfacción con el proyecto especialista consultor. *Rev Calid Asist* 2009;24:263-71.
- Gillam S, Schamroth A. The Community-Oriented Primary Care Experience in the United Kingdom. *Am J Public Health* 2002;92:1721-5.
- Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Pan Am J Public Health* 2007;21:177-84.
- Gómez-Calcerrada Berrocal D. Cómo enseñar la administración y organización del centro: resolviendo los problemas administrativos. In: Saura Llamas J, editor. *Manual de herramientas docentes para el tutor*. Murcia: Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria; 2006. p. 295-315.
- Grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. Aproximación a la atención domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria? *Aten Primaria*. 2003;31:473-9.
- Grupo CODAE. Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud (CODAE). Granada: Biblioteca Lascasas; 2007.
- Jiménez J, Argimón JM. Investigación en Atención Primaria. In: Martín Zurro A, Cano JF, editors. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2008. p. 186-210.
- Jodar G, Cadena A, Parellada N, Martínez J. Continuidad asistencial: rol de la enfermería de enlace. *Aten Primaria* 2005;36:558-62.
- Jodar G, Cuxart N, Zabaleta E. Reflexiones sobre la prescripción enfermera en el ámbito de la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 2009;41:335-8.
- 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;18(2):1271.
- Margolius D, Bodenheimer T. Transforming Primary Care: From Past Practice To The Practice Of The Future. *Health Aff (Millwood)* 2010;29:779-84.
- Meneu R, Bernal E, Pradas F, Peiró S, Ridao M. Formas de dirección por objetivos (DPO) y contratos-programa. Monografía. *Gestión de Atención Primaria*. *Rev Val Med Familia* 1999;6:14-8.
- Miller GE. Teaching and learning in medical school. Cambridge, MA. Harvard University Press. 1961.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización del Equipo de Atención Primaria. Madrid: Insalud; 1990.
- Mirbala MM. Assessing the efficiency and the effectiveness of different models of primary care system across OECD countries: the question of primary care gatekeeping. En: J Hurst, director. *Head of the health policy unit OECD directorate for employment, labour and social affairs, social policy division*. OECD; 2004.
- PAPPS. Actualización 2016. Barcelona: semFYC; 2016.
- Pritchard P, Low K, Whalen M. *Gestión en Atención Primaria*. Madrid: Insalud; 1990.
- Pritchard P. *Manual de Atención Primaria de Salud*. Su naturaleza y organización. Madrid: Díaz de Santos; 1981.
- Rodríguez H, William R, Marshall R, Safran D. Multidisciplinary Primary Care Teams: Effects on the Quality of Clinician-Patient Interactions and Organizational Features of Care. *Medical Care* 2007;45:19-27.
- Ruiz ML, Richart M, Moreno P, Villagrasa F, Castroverde O, Llopis ML. Estudio de la calidad de vida en las personas mayores confinadas en el domicilio en un barrio de Alicante. *Enferm Clin* 2007;17:287-92.
- Sainz GM, Bordallo JR, García JN. El cuidador como paciente. *FMC* 2008;15:418-26.
- Sistema Nacional de Salud de España 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria; 2010.
- Tamborero Cao G, Vidal Thomas MC, March Llull S. Centro y equipo de salud. Conceptos. Ámbitos de actuación. En: Martín Zurro A, Jodar Solá G. *Atención Familiar y Salud Comunitaria*. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Elsevier. Barcelona. 2011.
- Toral I. Estrategias de mejora de la efectividad de la atención domiciliaria a personas incapacitadas y sus cuidadoras. La enfermera comunitaria de enlace. Programa de Atención a Domicilio. Granada: Distrito Sanitario de Granada; 2001.
- Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ* 2000;320:1048-53.
- Veras R, Eiroa P, González M. Atención domiciliaria. *AMF* 2007;3:26-33.
- WONCA Europe. La definición europea de Medicina General/Medicina de Familia. Documentos semFYC n.º 23. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2007.

INTERVENCIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA FAMILIAR

Luis de la Revilla Ahumada ◦ Enriqueta de la Revilla Negro

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

LA FAMILIA EN EL PROCESO

SALUD-ENFERMEDAD

Estudio demográfico de la familia
Estudio biomédico y social de la familia

MODELO EXPLICATIVO DE LA ATENCIÓN FAMILIAR

Teoría de sistemas como base del modelo
Factores que intervienen en el modelo
Etapas del modelo propuesto

EL GENOGRAMA: INSTRUMENTO PARA ESTUDIAR A LA FAMILIA

El genograma en la práctica de la atención familiar
La construcción del genograma

ABORDAJE FAMILIAR DE LOS PROBLEMAS DE SALUD

Problemas de salud y desarrollo familiar
Problemas crónicos de salud y la familia
Atención a la dependencia y familia
Problemas psicosociales y familia

BASES TERAPÉUTICAS

Asesoramiento familiar
Intervención familiar basada en la solución de problemas

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- Los profesionales sanitarios de atención primaria, al incorporar la atención familiar a su práctica diaria, deberían iniciarla estudiando las características demográficas y estructurales.
- El funcionamiento de la familia, es decir, su normofunción o disfunción, interviene en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad.
- La familia es un sistema interactivo, abierto y en constante transformación, que se autogobierna mediante el aprendizaje, la negociación y las reglas.
- En el modelo explicativo propuesto existen dos fuerzas antagónicas, una negativa constituida por los acontecimientos vitales estresantes y otra positiva que es el apoyo social. Y entre ambas, en una posición ambivalente, se encuentra la familia.
- El genograma es un instrumento imprescindible para los profesionales sanitarios, al permitir conocer datos de la familia de forma «visible» aportando información sobre sus miembros a lo largo de varias generaciones.
- En la construcción del genograma se debe mantener el criterio de conservar siempre los mismos sistemas gráficos y procedimientos, ya que es la única forma de permitir su lectura con independencia de quiénes sean las personas que lo realizan.
- Cada familia atraviesa diferentes etapas en su desarrollo y cada una de ellas representa una amenaza potencial para su organización. Cualquier cambio en su estatus es potencialmente una amenaza para el equilibrio familiar
- La asistencia a un enfermo crónico afecta profundamente a la familia, pero también la manera con la que esta logra adaptarse a la nueva situación repercute en el curso de la enfermedad.
- La familia que tiene a uno de sus miembros dependiente tiene que realizar continuos reajustes para adaptarse a esta situación, lo que con el paso del tiempo puede dar lugar a crisis y disfunción familiar.
- El problema psicosocial se define como aquella situación de estrés social que ocasiona síntomas somáticos y/o psíquicos, pudiendo ocasionar crisis y disfunción familiar.

- La importancia de los problemas psicosociales radica en la alta prevalencia y en las dificultades que encuentran los profesionales sanitarios para su detección.
- El asesoramiento familiar pretende conseguir que el individuo y/o la familia sean capaces de tomar sus propias decisiones tras un proceso de planteamiento de los problemas que les afectan y del conocimiento de sus causas.
- El proceso de la intervención familiar basada en la solución de problemas se lleva a cabo en cuatro etapas. Primera: selección del caso y explicación del método. Segunda: descubrir y clasificar los problemas y construcción del genograma. Tercera: generar soluciones y elegir la más idónea. Cuarta: puesta en práctica de la solución elegida y evaluación.

LA FAMILIA EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

La familia como subsistema social abierto, en constante interacción con el medio, compuesta por individuos que asumen su pertenencia al sistema, recibe, presta apoyo y comparte recursos y se constituye en una parte importante de la práctica familiar. El descubrimiento o la sospecha de un desarreglo genético, el control de una enfermedad crónica, una crisis familiar aguda, las disfunciones emocionales o psicosociales, etc., no pueden manejarse satisfactoriamente sin una evaluación familiar. Por otra parte, un número importante de pacientes recurren al médico por carecer de apoyo familiar. Estas y otras múltiples situaciones obligan a adoptar un nuevo enfoque orientado a la familia.

A pesar de su posición central en la sociedad, la familia como unidad de atención sigue siendo poco estudiada por los profesionales de la salud. Suelen hacerse escasas y genéricas referencias sobre el papel de la familia en los servicios de salud, y cuando se hacen la mención se reduce a exponer su papel ante los problemas de la mujer o del niño. A pesar de conocer que cerca del 80% de todos los cuidados para la salud se producen en el contexto informal de la familia, no se tiene claro cuál es su rol respecto a temas de promoción de la salud, educación sanitaria y autocuidados. Aparte de reconocer el papel de la familia como factor etiopatogénico en algunas enfermedades, como por ejemplo en las infecciosas, se desconoce o se infravalora su importancia para realizar un manejo eficiente de las enfermedades crónicas o para detectar, diagnosticar y tratar los problemas psicosociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la familia como el «grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos». Esta definición ha quedado desfasada, ya que las modificaciones estructurales, monoparentalidad, familias reconstituidas, las parejas homosexuales de hecho o derecho, el retraso de la salida de los hijos del hogar, entre otros cambios, han

dado lugar a una nueva y más amplia dimensión de lo que se entiende por familia.

El concepto de familia se enriquece al adquirir un claro contenido social al apreciar que en muchos de sus cambios estructurales y funcionales intervienen factores socioeconómicos. Al hilo de este enfoque se puede definir la familia como una forma de organización grupal intermedia entre la sociedad y el individuo que responde a la clase social a la que pertenece.

Estudio demográfico de la familia

El médico y otros profesionales sanitarios de atención primaria al incorporar a la familia a su práctica diaria, deberán iniciar su estudio conociendo sus características demográficas y estructurales, esto es, el número de personas que vive en el hogar y cuáles son sus relaciones.

Estudiar la estructura supone una primera aproximación a la familia para conocer quién la conforma y qué tipo de vínculos la une; en definitiva, quién habita en el hogar. Sin conocer el «armazón» del grupo familiar no se pueden investigar las relaciones, los roles o las funciones, y seremos incapaces de entender la salud de la familia y la de cada uno de sus miembros.

La estructura familiar no es un fenómeno estático sino un proceso dinámico que cambia según el momento histórico en que se encuentre la familia, de la etapa del ciclo vital en que esté o al verse sometida a determinados acontecimientos vitales.

El tipo de estructura familiar guarda una estrecha relación con la función de la familia. Es lógico pensar que los roles, las actividades e interacciones dependen de la composición familiar y del espacio donde habitan. Pero la familia es también un buen reflejo de su entorno social; por ello se comprende que evolucione y cambie en la misma medida en que lo hace la sociedad. Uno de los cambios sociales que más han influido es el económico, como ha sido el paso de la familia como unidad de producción y consumo a la familia como unidad de consumo en exclusiva.

Pero también se han producido otros cambios en los valores y normas sociales que han afectado a la estructura familiar, entre los que podemos mencionar, por su mayor relevancia, el incremento en el número de madres solteras, el aumento de los divorcios o el retraso de la salida de los hijos del hogar paterno.

La mayoría de los procesos relacionados con la salud se producen en el contexto familiar y tienen un papel muy importante tanto en la aparición de la enfermedad como en la promoción de la salud.

Una manera de realizar un estudio demográfico de las familias es clasificarlas según la distinta tipología estructural familiar. De la Revilla y Campa (2003) establecieron una nueva clasificación de la tipología estructural, que si bien tiene en cuenta los aspectos básicos de una propuesta anterior, aporta nuevos e importantes elementos en las dos formas estructurales emergentes: la familia monoparental y la reconstituida.

CUADRO 7.1

Clasificación de la tipología estructural familiar

Familia extensa: es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en un mismo hogar más de dos generaciones

Familia nuclear: es la formada por dos individuos, que ejercen las funciones de padres, y sus hijos

Según la proximidad a la familia nuclear de los miembros de las familias de origen se subdivide en:

Familia nuclear con parientes próximos: se refiere a aquellas familias que tienen en la misma localidad, pero sin vivir en el mismo hogar, a algún miembro de las familias de origen, fundamentalmente a los padres de uno o ambos cónyuges

Familia nuclear sin parientes próximos: se catalogan así las familias que no tienen ningún componente de las familias de origen en la misma localidad

Familia nuclear ampliada: reciben esta denominación cuando en el hogar conviven otras personas. Se subdivide en:

Familia nuclear ampliada con parientes

Familia nuclear ampliada con agregados: viven en el hogar personas sin ningún vínculo consanguíneo

Familia monoparental: es la constituida por uno solo de los cónyuges y sus hijos. Como las familias nucleares se puede subdividir en:

Familia monoparental con parientes próximos

Familia monoparental sin parientes próximos

Familia monoparental ampliada con parientes

Familia monoparental ampliada con agregados

Familia reconstituida: es la constituida por dos adultos, en la que al menos uno de ellos trae un hijo habido de una relación anterior. Se subdivide en cuatro categorías:

Familia reconstituida con madrastra: cuando el padre que vive con sus hijos se une a otra mujer

Familia reconstituida con padrastro: cuando la madre con hijos se casa de nuevo

Familia reconstituida con padrastro y madrastra: cuando la pareja aporta hijos de matrimonios previos

Familia reconstituida con hijos comunes: se da esta circunstancia cuando en cualquiera de las categorías anteriores la nueva pareja tiene un hijo

Personas sin familia: es la persona que vive sola

Equivalentes familiares: se incluyen bajo este epígrafe las familias que no se pueden incluir en los apartados anteriores

Esta clasificación (cuadro 7.1) está constituida por seis tipos (extensa, nuclear, monoparental, reconstituida, personas sin familia y equivalentes familiares), subdividiendo a las familias nucleares y monoparentales, según la proximidad geográfica de las familias de origen con la de procreación y a su ampliación con parientes o agregados.

Estudio biomédico y social de la familia

El estudio de la familia, como unidad básica, puede realizarse partiendo de distintos enfoques, siguiendo unas veces criterios biomédicos y otras sociológicos.

Aspectos biomédicos

El criterio biomédico atiende, sobre todo, a la salud física y mental de los miembros de la familia, ocupándose también de su contribución a las actividades de prevención, curación y rehabilitación.

La expresión *salud de la familia* tiene que ver con el nivel de salud de cada uno de los miembros que la componen (cuadro 7.2). En ocasiones se aprecia una estrecha relación entre la salud física y mental de todos o parte de los componentes de la familia, como ocurre, por ejemplo, en la transmisión de enfermedades infecciosas o hereditarias. De la misma forma se produce esta relación cuando la enfermedad de uno de sus miembros afecta de alguna manera a la familia como unidad, por un mecanismo social o económico, alterando el estado de salud de otros integrantes.

La salud de la familia se mide atendiendo a estos criterios:

- La presencia de afecciones o procesos patológicos en los miembros de la familia.
- La ausencia de enfermedad declarada.
- La presencia de salud positiva, que se manifiesta por un desarrollo físico satisfactorio, buenas funciones fisiológicas y pruebas bioquímicas normales.

La salud de la familia debe analizarse conociendo primero las enfermedades que padecen sus miembros y después agrupando todas las patologías con el fin de evaluar los riesgos acumulativos, de tal modo que se puedan determinar cuáles son las familias «más expuestas».

Aspectos sociológicos

Hay que distinguir entre «salud» de los miembros de una familia y «salud familiar». Con el término *salud familiar* nos referimos al funcionamiento de la familia como agente social primario, por lo que su buen o mal funcionamiento es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad (v. cuadro 7.2).

Nos encontramos ante una *familia normofuncional* cuando es capaz de cumplir las funciones que le han sido encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y con las demandas que reciba desde su ámbito interno o de su entorno social. Cuando la familia se hace ineficaz, no puede ejercer sus funciones y es incapaz de mantener el equilibrio interno y necesita utilizar mecanismos patológicos para mantener la homeostasis, utilizamos el término de *familia disfuncional*.

CUADRO 7.2

Salud de la familia y salud familiar

Salud de la familia: significa el nivel de salud de cada uno de los que componen la familia, esto es, la suma de la salud de sus miembros:

Familia sana: cuando todos sus miembros gozan de buena salud

Familia enferma: cuando algún miembro de la familia está enfermo

Salud familiar: se refiere al funcionamiento de la familia:

Familia normofuncional: cuando es capaz de cumplir las funciones que le han sido encomendadas

Familia disfuncional: cuando no puede ejercer sus funciones y es incapaz de mantener su equilibrio interno, esto es, la homeostasis

Para los profesionales de atención primaria puede ser muy útil manejar los conceptos de normofuncionalidad y disfuncionalidad al referirse a la familia de un paciente, ya que son categorías asimilables a las que se emplean en el modelo clínico tradicional. Sin embargo, conviene acercarnos a estos conceptos con gran cautela, ya que los patrones de funcionamiento de la familia están condicionados por el contexto sociocultural donde se encuentra inmersa. Recordemos que la familia es un grupo social situado entre el individuo y otros sistemas sociales más amplios, que se rige por normas que estos les asignan y que a su vez son diferentes en cada época y cultura. No existe, por tanto, un modelo abstracto y universal de familia «normal» que permita, a partir de él, definir a una familia como «anormal», sino que solo se puede hablar de una serie de funciones que la familia debe ser capaz de cumplir para posibilitar el desarrollo saludable de sus miembros.

Una familia es normofuncional cuando es capaz de cumplir las funciones que le han sido encomendadas y hablamos de disfuncional cuando la familia se hace ineficaz, no puede ejercer sus funciones y es incapaz de mantener el equilibrio interno.

MODELO EXPLICATIVO DE LA ATENCIÓN FAMILIAR

El modelo es un método para poner de relieve ciertos modos de explicar la realidad. En el campo de la salud se define como un sistema de creencias o un plan para dar sentido al conjunto de fenómenos con que se enfrentan médicos y pacientes.

El médico de familia y otros profesionales sanitarios se encuentran con problemas para cuyo abordaje el modelo biomédico, centrado en las patologías somáticas, es insuficiente y no proporciona respuesta a gran parte de las necesidades que surgen en la consulta diaria. Aunque el modelo holístico, centrado en la persona, fue un gran avance al correlacionar lo somático y lo psíquico, resulta insuficiente porque no tiene en cuenta otros elementos presentes en el espacio donde se produce la enfermedad, esto es, la familia y la comunidad.

En las páginas siguientes vamos a analizar la teoría de sistemas, los factores que intervienen y el modelo explicativo.

Teoría de sistemas como base del modelo

Siguiendo a De la Revilla y Fleitas (2005), al abordar el análisis sistémico de la familia conviene que estudiemos los elementos que lo conforman, la homeostasis familiar mantenida a través de valores, normas y reglas, los límites que permiten que la familia sea un sistema abierto y que clarifiquemos lo que se entiende por circularidad y causalidad circular (cuadro 7.3).

La familia como sistema interactivo

La familia está constituida por una serie de *elementos* que interactúan entre sí, se organizan en subsistemas y se re-

CUADRO 7.3

Principios sistémicos en relación con la familia (Andolfi)

- La familia es un sistema en constante transformación
- La familia es un sistema activo que se autogobierna
- La familia es un sistema abierto en interacción con otros sistemas
- La interacción familiar tiene como una de sus bases la causalidad circular

lacionan con su entorno. Cada uno de ellos asume el rol que le corresponde, realiza sus funciones, se comunica y facilita el contacto con su entorno.

La familia desempeña sus funciones a través de *subsistemas*; estos pueden formarse por intereses, funciones, género o generaciones, si bien tres son los subsistemas que tienen una significación especial: conyugal, parental y fraternal.

Conviene recordar que la dinámica del sistema, es decir, los distintos sucesos que sobrevienen en el mismo, se produce gracias a la retroalimentación (o *feedback*). Existen dos tipos de retroalimentaciones: el *feedback* positivo, que tiene por efecto facilitar y acelerar la información o transformación, provocando la expansión indefinida del sistema, y el *feedback* negativo, que actúa en sentido contrario, es decir, que conduce hacia un comportamiento adaptativo del sistema. Los *feedback* determinan dos condiciones esenciales de todo sistema: la estabilidad, con retroalimentación negativa, y el cambio con retroalimentación positiva. La familia regula sus funciones, mantiene su equilibrio o se transforma, a través de la retroalimentación. La homeostasis, como salvaguarda del equilibrio familiar, se consigue mediante *feedback* negativos, mientras que las facilitaciones del cambio se obtienen con *feedback* positivos.

Está claro que la familia interacciona entre sí y define sus relaciones de acuerdo con determinadas reglas, que los límites entre subsistemas y el entorno se regulan igualmente por reglas y que la homeostasis se mantiene gracias a dichas reglas.

La familia como sistema en constante transformación

La familia tiene que mantener un constante equilibrio para permitir la estabilidad del sistema (homeostasis) y facilitar su transformación (cambios).

Por *homeostasis familiar* se entiende el mantenimiento del equilibrio interno, el estado constante o la estabilidad del sistema que facilita y promueve el desarrollo individual y familiar y que permite aquellos cambios que no afecten a la unión y al equilibrio del sistema familiar.

Para mantener la homeostasis, la familia utiliza dos mecanismos: la retroalimentación negativa y el cierre de las fronteras familiares. Así, frente a comportamientos conflictivos de algún miembro de la familia o ante estímulos externos que tengan un efecto desestabilizador, se ponen en juego *feedback* negativos que salvaguarden la homeostasis familiar. Las fronteras permiten también mantener la homeostasis haciéndola menos permeable, frenando los intercambios entre sus miembros y los de estos con su entorno social.

El sistema familiar no puede mantenerse de forma indefinida en una misma posición, ya que ello conllevaría alteraciones en su dinámica, convirtiéndose en algo anormal e incluso patógeno para sus componentes. La familia tiene que estar preparada para cambiar, adaptarse y transformarse, unas veces por necesidades de sus miembros y otras por exigencias de su entorno.

Se entiende la familia como un subsistema interactivo, abierto y en constante transformación.

La familia como sistema abierto

La familia es un sistema abierto en interacción con otros entornos: barrio, trabajo, escuela, grupos de amigos, etc. Para permitir esta comunicación sin que se vea afectado su equilibrio interno cuenta con límites o fronteras.

Las fronteras representan la interfaz entre la familia y el entorno social, su función reside en proteger a los elementos propios del sistema. Deberá ser a la vez limitante y permeable, facilitando los cambios que necesita la familia para su supervivencia.

Si los límites son demasiado permeables se corre el riesgo de que la familia pierda su integridad, pero si, por el contrario, son muy rígidos, se empobrece el sistema. Se habla de familias abiertas cuando sus fronteras facilitan el flujo de información y comunicación entre el sistema y su entorno, y de familias cerradas cuando, por el contrario, la permeabilización de los límites hace difícil la llegada de *input* del exterior. Otra función de los límites reside en proteger los subsistemas (conyugal, fraternal, etc.), ya que cada uno de ellos tiene funciones y demandas específicas que pueden verse afectadas por interferencias entre ellos.

Circularidad y causalidad circular

El concepto de *circularidad* nos lleva a un nuevo modelo para explicar el origen de los procesos familiares, pasando del tradicional concepto de la causalidad lineal (causa-efecto), que tiene un carácter unidireccional, al circular, donde el comportamiento de cada miembro influye sobre el de los otros y este también es influido retroactivamente. En dicho tipo de secuencias, toda acción puede entenderse al mismo tiempo como reacción. Este concepto supone un cambio epistemológico a través del cual se comprende que todos los elementos de la familia influyen sobre los demás y son influidos por estos.

Factores que intervienen en el modelo

Los factores que intervienen en el modelo de atención familiar son los acontecimientos vitales estresantes, la situación de la dinámica familiar y la red y el apoyo social.

Acontecimientos vitales estresantes

Los acontecimientos vitales estresantes (AVE) son aquellos eventos que las personas perciben como negativos o no deseados y que se acompañan de un cambio vital. Estos acontecimientos son capaces de afectar a la salud individual, así como a la función familiar. Los eventos estresantes pueden ser ambientales, cuando su origen está en el entorno social, como ocurre con los problemas laborales, legales, migración, dificultades económicas, fallecimiento de un amigo, entre otros, o pueden surgir en el contexto familiar, como sucede con desavenencias, abandono, separación o muerte de un hijo, etc.

El efecto negativo de los AVE depende, como sugirió Boss (1988), de sus características, que se exponen, de forma resumida, en la tabla 7.1.

Debemos considerar también, en este apartado, los determinantes sociales de la salud, es decir, las condiciones en las que viven y trabajan las personas y que tienen influencia sobre el proceso salud-enfermedad. Bajo este epígrafe debemos incluir tanto los eventos estresantes sociales, entre los que destacan sobre todo el estrés laboral, las relaciones laborales y el estatus laboral, como las condiciones socio-económicas, especialmente las desigualdades sociales, y entre ellas las debidas a una falta equitativa de distribución de la riqueza y de la renta (Wilkinson y Pickett, 2009).

Familia

El efecto de los AVE depende en gran medida de la situación en que se encuentre la familia cuando reciba el impacto estresante.

Entre los elementos familiares que debemos tener en cuenta mencionaremos, en primer lugar, la estructura familiar, ya que no es lo mismo que el acontecimiento vital incida en una familia nuclear íntegra, que en una familia nuclear ampliada con parientes, donde la presencia de un miembro ajeno a la familia de procreación va a ocasionar modificaciones en la ocupación del hogar y a producir cambios de roles y funciones entre sus miembros. O que el evento estresor se presente en una familia monoparental, donde la propia monoparentalidad obliga a afrontar cambios sociales y económicos y a aceptar nuevos roles y tareas, o, en fin, que ocurra en una familia reconstituida, que se encuentre en plena reorganización familiar.

TABLA 7.1 Clasificación de los acontecimientos vitales estresantes según sus características.

Inicio en la familia	Internos	Externos	Inicio fuera de la familia
Predecibles con el ciclo vital familiar	Normalizados	No normalizados	Inesperados
Desconocemos datos precisos	Ambiguos	No ambiguos	Datos
Deseados	Voluntarios	Involuntarios	No deseados
Persistentes, ambiguos	Crónicos	Agudos	Breves e intensos
Sumatorios, repetidos	Acumulados	Aislados	No repetitivos

De Boss, 1988.

En segundo lugar, hay que considerar etapas del ciclo vital familiar (CVF), ya que el AVE tiene un efecto diferente según incida en una familia recién establecida (etapa I), que tenga hijos pequeños (etapa II) o que está preparándose para facilitar la salida de los hijos del hogar (etapa IV). En tercer lugar, deben tenerse en cuenta las creencias religiosas o de otro tipo, que pueden usarse para afrontar los AVE, así como la experiencia que tiene la familia para resolver problemas y crisis similares. En cuarto lugar, hay que tener en consideración las relaciones interpersonales, ya que de ellas va depender su capacidad de adaptación y de cohesión interna para modular y reducir el efecto de los acontecimientos estresantes. Y en quinto lugar, debe considerarse la normofunción familiar, que al facilitar las relaciones entre sus miembros mantiene la homeostasis y propicia los cambios cuando son necesarios.

La red y el apoyo social

El apoyo social constituye un elemento muy importante en la dinámica familiar. Se sabe que su presencia o ausencia puede influir de forma decisiva en el curso, agravamiento y resolución de los problemas psicosociales, en la evolución de las enfermedades crónicas y en un sinnúmero de acontecimientos que ocurren a lo largo del CVF. Parece que las personas que cuentan con un buen apoyo social están protegidas y no sufren problemas de salud, y si estos aparecen tienen un impacto menor, con mejores índices de morbimortalidad (Cohen, 1998; Hogan et al., 2002).

Se barajan dos hipótesis para explicar la relación positiva entre apoyo social y salud (cuadro 7.4). Una, que el apoyo social fomenta la salud por sí mismo independientemente del nivel de estrés (teoría del efecto directo o principal), y otra, que protege a las personas de los efectos perjudiciales de los factores estresantes (teoría del efecto protector o *buffer*). Por último, es importante tener en cuenta que cuando las familias tienen un bajo apoyo social el efecto de los eventos estresantes es mucho mayor.

En el modelo explicativo de atención familiar, el efecto negativo de los AVE depende de la situación estructural y funcional de la familia y de la ausencia o presencia de apoyo social.

CUADRO 7.4 Teorías explicativas que relacionan el apoyo social y la salud

El apoyo social fomenta la salud por sí mismo con independencia del nivel del estrés:

- Elevando la moral y el sentimiento de bienestar
- La integración en redes sociales ayudara a evitar experiencias negativas.
- Creando en los individuos un sentimiento de que es posible tener ayuda en caso necesario

Protege a las personas de los efectos perjudiciales de los acontecimientos vitales estresantes:

- Atenuando la reacción frente al estrés
- Facilitando el proceso de adaptación ante los eventos estresantes

De De los Ríos Álvarez y Bailón Muñoz, 2005.

Etapas del modelo propuesto

El modelo interacciona todas las variables que hemos expuesto más arriba, esto es, los acontecimientos estresantes, la situación estructural, histórica y funcional de la familia y los recursos que aportan la red y el apoyo social. A continuación relatamos las fases que sigue el modelo.

Primera etapa

Un AVE, dificultades para adaptarse a los cambios que marca la transición de una etapa a otra del CVF, conflictos de relaciones tanto de la pareja como entre subsistemas o de las familias de origen con las de procreación producen, en un miembro de la familia, un conjunto de respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas en un intento inicial de adaptación, que al final se traduce en cambios de salud y la aparición de una enfermedad física, psíquica o psicósomática (v. tabla 7.1).

De esta primera etapa del modelo queremos destacar la importancia de los eventos estresantes y de los problemas de relación y comunicación como causantes de los trastornos de salud.

Segunda etapa

El efecto de los AVE va a depender de la situación en que se encuentre la familia cuando reciba el impacto estresante, tanto en lo referente a la tipología estructural y etapa de desarrollo como a las relaciones interpersonales, experiencias y creencias que van a modular, en forma positiva o negativa, la respuesta clínica.

Por otra parte, el proceso no va a quedar limitado a la producción de síntomas en la persona afectada por el AVE, sino que, a través de la causalidad circular, otros miembros de la familia pueden también enfermar. En esta situación, las interacciones que surgen a partir del paciente identificado obligan a una adaptación de la familia que, cuando no puede cumplirla, da lugar primero a una crisis y después a una disfunción familiar (fig. 7.1). De esta segunda etapa conviene recordar, por una parte, la importancia que tiene la familia en el proceso salud-enfermedad del paciente que sufre el AVE y, por otra, el efecto de la causalidad circular para ocasionar síntomas en otros miembros de la familia.

Tercera etapa

El proceso no siempre va a seguir las pautas descritas en las dos etapas anteriores, sino que, de acuerdo con los recursos familiares y extrafamiliares con que cuente, puede transitar por dos caminos distintos. Uno, cuando el paciente y la familia cuentan con recursos, una red y apoyo social suficientes; en tal caso queda libre de síntomas o, si estaban presentes, en un corto espacio de tiempo vuelve a la normalidad, desapareciendo las manifestaciones clínicas y manteniendo el equilibrio familiar, reforzando su función y transformando el evento estresante en una experiencia positiva. Otro, cuando al carecer de recursos aparecen los síntomas, se perpetúa la enfermedad y, con frecuencia, la familia entra en crisis, pudiendo llegar, si esta se mantiene, a ocasionar disfunción familiar (v. fig. 7.1).

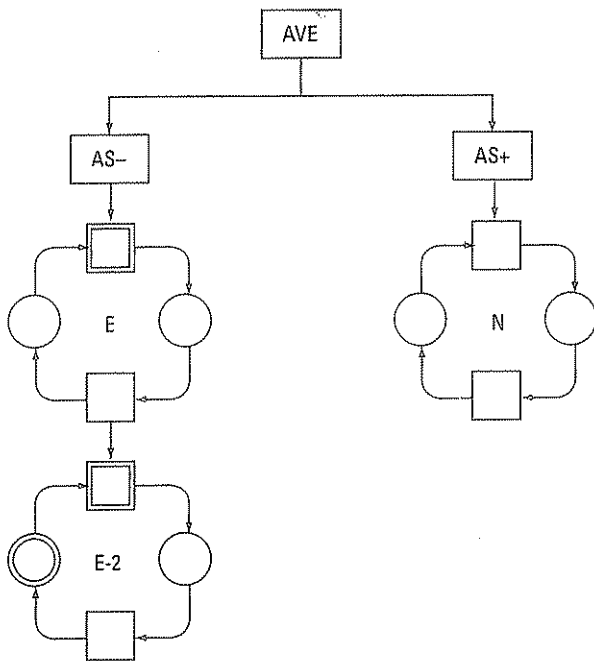


FIGURA 7.1 ■ Modelo explicativo de la atención familiar. Los acontecimientos vitales estresantes (AVE) son capaces de producir problemas de salud en un miembro de la familia, dependiendo de la situación de la familia (E), pudiendo ocurrir que, a través de la causalidad circular, otro componente de la familia enferme también (E-2). Todo esto ocurre cuando la familia no tiene apoyo social (AS-), ya que cuando cuenta con recursos (AS+) ningún miembro de la familia enferma y no se originan alteraciones en la dinámica familiar.

En esta tercera etapa del modelo incorporamos un nuevo elemento, en este caso positivo, constituido por la red y el apoyo social. De esta forma contamos, en el modelo explicativo, con dos fuerzas antagonicas: una negativa y destabilizadora conformada por los AVE y otra positiva y compensadora que es el apoyo social. Y en medio de ambas, en una posición ambivalente, positiva o negativa, se encuentra la familia.

EL GENOGRAMA: INSTRUMENTO PARA ESTUDIAR A LA FAMILIA

El genograma en la práctica de la atención familiar

El genograma es un instrumento imprescindible para el médico de familia, ya que permite conocer datos de la familia de forma «visible», adquiriendo información de sus miembros y sus relaciones a lo largo de varias generaciones. En definitiva, permite recoger, registrar y exponer información familiar en la práctica de la atención orientada a la familia.

Se ha definido el genograma como la representación gráfica del desarrollo familiar a lo largo del tiempo o como la herramienta capaz de incorporar categorías de información al proceso de resolución de problemas. Igualmente lo podemos considerar como un excelente sistema de registro, donde no solo encontramos información sobre aspectos demográficos, tipología estructural, estadios del ciclo vital, acontecimientos vitales, etc., sino que también nos da noticias sobre otros miembros de la familia que no

acuden a la consulta, y sobre todo nos permite relacionar al paciente con su familia.

El genograma puede ayudar a los componentes de la familia a verse como parte de un todo y a reconocer que la familia en su conjunto participa activamente en el proceso salud-enfermedad de cada uno de sus miembros. Pero el genograma adquiere su máxima importancia cuando es utilizado como herramienta para detectar problemas emocionales «ocultos» o psicosociales que de otra manera podrían pasar desapercibidos.

Según la definición propuesta por Fleitas (1999), sirve para «recoger, registrar, relacionar y exponer categorías de información del sistema familiar en un momento determinado de su evolución y utilizarlas para la resolución de problemas clínicos».

Tratándose de un instrumento tan extendido y usado por numerosos profesionales que trabajan con familias, llama la atención que no exista aún consenso sobre el modo de construir un genograma. McGoldrick y Gerson (1987) ya constataron, hace años, la falta de acuerdo para configurarlo, destacando además las discrepancias sobre el tipo de información que ofrece y la manera de interpretarla.

Desde que De la Revilla (1994) comenzó a usar el genograma para el estudio de las familias, ha mantenido el criterio de utilizar siempre los mismos símbolos y procedimientos, ya que es la única forma de permitir su lectura, con independencia de quiénes sean los que la realizan. Esto no es óbice para que, ante nuevas necesidades y exigencias clínicas, se creen otros elementos que permitan nuevas lecturas e interpretaciones del genograma (De la Revilla, 2004).

El genograma es la representación gráfica del desarrollo familiar a lo largo del tiempo y la herramienta capaz de incorporar categorías de información al proceso de resolución de problemas.

El profesional, cuando construye el genograma, se encuentra con un dibujo que modifica la relación tradicional con su paciente, ya que tiene frente a sí una gran cantidad de información que hace referencia tanto al enfermo como a su familia y que nos permite conocer:

- La tipología estructural familiar y su relación con la función familiar. Un ejemplo de esta relación la encontramos en la población inmigrante, que incluso cuenta con una estructura familiar especial (De la Revilla Negro et al., 2010).
- Las etapas del CVF y, en consecuencia, los cambios y las crisis del desarrollo, especialmente importantes durante las fases de la adolescencia y de «nido vacío».
- La aparición de eventos estresantes tanto en el espacio familiar como en el contexto social.
- Las características cuantitativas y cualitativas de la red social y del apoyo social que aportan.
- El entramado de relaciones familiares y los conflictos relacionales.
- Las características del entorno social con sus aportaciones positivas y negativas.
- Las peculiaridades de las enfermedades crónicas y la dependencia desde una nueva perspectiva familiar y social.

- La obligación de incluir en el genograma al menos tres generaciones nos facilita tener información sobre creencias, mitos y experiencias transgeneracionales sobre la salud y la enfermedad y de determinadas pautas repetitivas sobre aspectos estructurales, hábitos y conductas. Además permite entender ciertas pautas relacionales o estilos de afrontar situaciones críticas que tienen los miembros de una familia de procreación y que proceden de las normas y reglas de las familias de origen.

Durante la *entrevista* para realizar el genograma, los profesionales sanitarios tienen una visión distinta de la realidad: ya no se centra en el paciente identificado sino que se ocupa de todos los miembros de la familia. Esta nueva visión sistémica estimula al clínico a realizar nuevas preguntas para conocer elementos ocultos sobre roles y funciones y comprender las pautas relacionales, las alianzas o coaliciones. Por otra parte, al enseñar el genograma a los miembros de la familia no solo les ayuda a verse a sí mismos de una manera distinta, sino que facilita que la entrevista siga nuevos derroteros, permitiendo preguntas sobre cuestiones conflictivas o cargadas de emociones. El genograma es un nexo de unión entre el médico, el paciente y la familia, que facilita y estimula su colaboración.

El genograma es probablemente el instrumento clave para empezar a orientar el estilo de práctica de un médico y de otros profesionales de atención primaria hacia la atención familiar. Contiene la mayoría de las categorías de información que se necesitan para iniciar una aproximación sistemática al contexto en el que se originan y en el que se desenvuelven los problemas de la mayoría de los pacientes que acuden a su consulta.

En la práctica es un medio insustituible para facilitar una serie de tareas que permitan estudiar los problemas psicosociales y otras entidades incluidas en la práctica familiar, que muchas veces quedan relegadas en las actividades cotidianas de los profesionales sanitarios porque no disponen de recursos para integrarlas en el acto clínico, aunque muchos perciban su necesidad.

El genograma es el instrumento clave para empezar a orientar la práctica de los profesionales sanitarios de atención primaria hacia el abordaje familiar.

En el cuadro 7.5 exponemos, atendiendo a los criterios propuestos por Fleitas y De la Revilla (1999), las circunstancias en que se considera conveniente usar el genograma.

La construcción del genograma

Cuando construimos el genograma, mediante líneas y símbolos, recogemos una amplia información sobre la familia (cuadro 7.6). En las páginas siguientes se exponen los elementos necesarios para su construcción.

De los miembros de la familia

Todas las personas que conforman una familia se identifican por un cuadrado si es varón y por un círculo si es mujer, y dentro del símbolo correspondiente se suele colocar la

CUADRO 7.5

Como y cuando utilizar el genograma

Como sistema de registro
 Para facilitar la relación con el paciente
 Para detectar problemas ocultos
 Para investigar los problemas psicosociales y estudiar las familias disfuncionales
 Para el estudio del desarrollo familiar
 En el abordaje de los pacientes crónicos, inmovilizados y terminales
 En la docencia e investigación de la atención familiar
 Otros usos de genograma:
 En la detección de factores de riesgo medioambientales del hogar.
 En familias con drogodependientes

CUADRO 7.6

Distintos elementos de la construcción del genograma

Los miembros de la familia
 El subsistema conyugal: las relaciones biológicas y legales de la pareja
 El subsistema fraternal
 Información sobre educación, situación laboral y problemas de salud
 Los acontecimientos vitales estresantes
 La red y el apoyo social
 Las relaciones familiares

edad que tiene cada persona en el momento de la ejecución del genograma.

Para conocer quién es la persona que motiva la realización de este grafismo, es decir, el paciente identificado o el caso índice, el símbolo que lo representa se rodea con un doble trazo. El fallecimiento se identifica trazando un aspa dentro del símbolo; para conocer la fecha del fallecimiento se pondrán encima del símbolo los dos últimos dígitos del año en que se produjo el óbito.

Para reconocer a las personas alcohólicas se sombreará la parte inferior del símbolo (hombre o mujer).

En ocasiones es necesario conocer cuál de los miembros de la familia ejerce el papel de cuidadora o cuidador principal, lo cual es especialmente importante ante pacientes crónicos inmovilizados, ya que a esta persona le corresponde realizar los cuidados, controlar el tratamiento y constituirse en el interlocutor de los profesionales sanitarios. Se representa por un rombo incluido dentro del símbolo, cuadrado o círculo de esa persona.

Las cuidadoras formales, que son las personas o profesionales que son remunerados por los apoyos o cuidados que aportan, se dibujan con un rombo que rodea al símbolo del género.

En la figura 7.2 se exponen los símbolos de los miembros de la familia.

El subsistema conyugal: las relaciones biológicas y legales de la pareja

El matrimonio se representa por dos líneas verticales que parten de las bases de ambos símbolos y que se unen por un trazo horizontal. El varón siempre debe ubicarse en

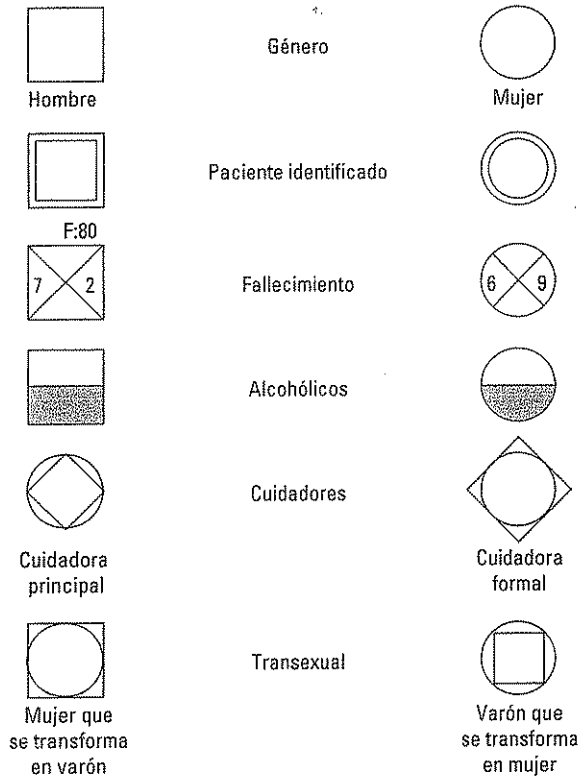


FIGURA 7.2 Distintos símbolos en la construcción del genograma.

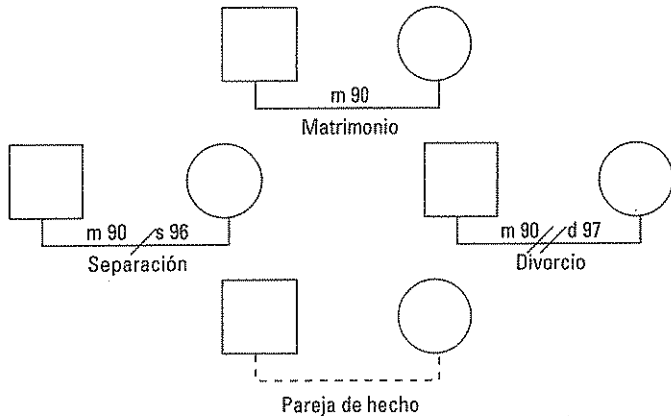


FIGURA 7.3 Relaciones biológicas o legales.

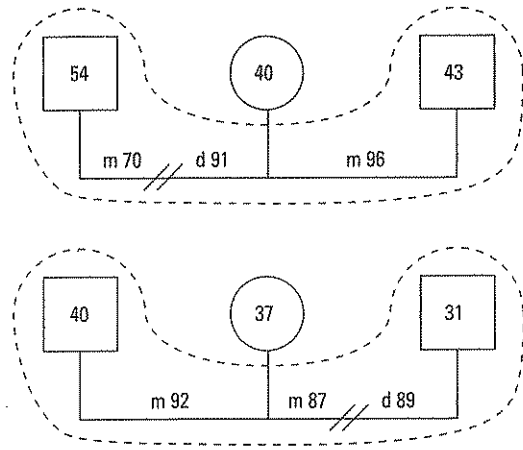


FIGURA 7.4 Representación gráfica de sucesivas uniones de un hombre y una mujer.

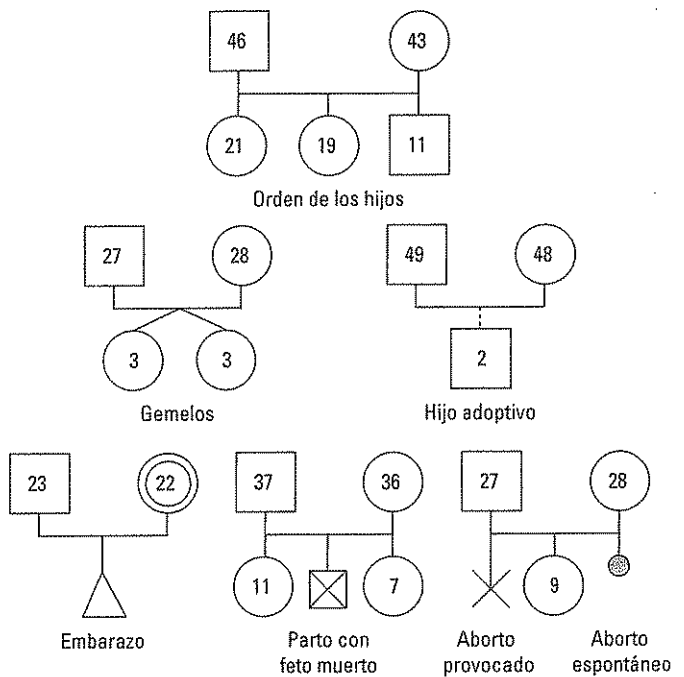


FIGURA 7.5 Representaciones gráficas del subsistema fraternal.

El subsistema fraternal

Cuando la pareja tiene hijos, estos se representan uniéndolos con una línea vertical a la horizontal del matrimonio. Los hijos se ordenan de mayor a menor y de izquierda a derecha.

Cuando son gemelos se unen a la línea horizontal por medio de una letra uve invertida. En el caso de hijos adoptados, la unión con los padres de adopción se representa con una línea discontinua.

El embarazo se identifica por un triángulo unido por una línea vertical con la horizontal de la pareja. Los niños nacidos muertos se representan igual que el resto de los fallecidos pero con un símbolo más pequeño.

Para dibujar los abortos espontáneos utilizaremos un punto negro y en los provocados un aspa.

Todos estos elementos que configuran en el genograma el subsistema fraternal se exponen en la figura 7.5.

la parte izquierda y la mujer en la parte derecha. Sobre la línea horizontal se colocarán los dos dígitos finales del año en el que produjo la unión de la pareja. Para anotar la separación se tachará con un trazo vertical inclinado la línea horizontal y con dos trazos en el caso de divorcio.

Se conocerán las parejas de hecho, o uniones no legalizadas, dibujando las mismas líneas que para el matrimonio pero con un trazo discontinuo.

La representación gráfica de estas relaciones biológicas o legales se expone en la figura 7.3. Cuando tengamos que dibujar en el genograma sucesivas uniones de parejas lo haremos como se muestra en la figura 7.4. Como puede verse la disposición de los matrimonios será distinta según si aquel que se vuelve a casar es el varón, la mujer o ambos.

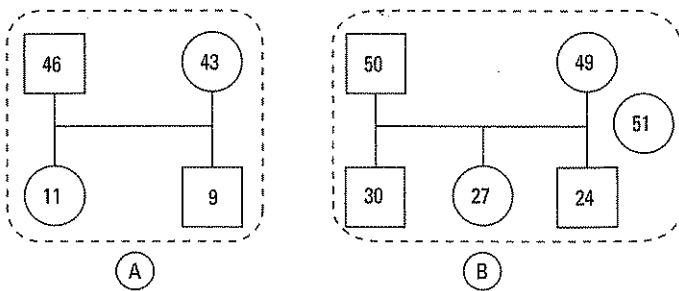


FIGURA 7.6 ■ Hogar de una familia nuclear (A) y de una familia nuclear con agregados (B).

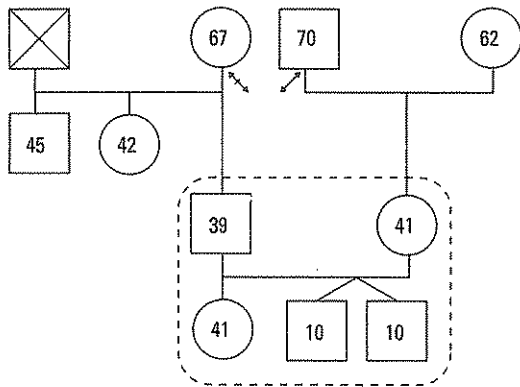


FIGURA 7.7 ■ Genograma que identifica la familia nuclear con parientes próximos (←→) y sin parientes próximos (←|→).

El hogar

Para identificar el hogar trazamos una línea discontinua que rodea a todas las personas que conviven en él. Es indiferente que estén o no unidos por vínculos familiares (fig. 7.6).

Cuando evaluamos la estructura familiar conviene conocer si la familia que estudiamos tiene o no parientes próximos, es decir, si vive o no en su misma ciudad alguno de los miembros de las familias de origen. Este es un dato necesario para catalogar el tipo estructural familiar de acuerdo con nuestra clasificación. Para identificar a las familias que viven en el mismo municipio utilizamos una «doble flecha», situada entre la familia de origen y la de procreación, y la misma «doble flecha», tachada con un trazo perpendicular, cuando no viven en el mismo municipio (fig. 7.7).

En la construcción del genograma se usan distintos elementos gráficos para identificar a los miembros de la familia, las relaciones de la pareja, el subsistema fraternal y el hogar.

Información sobre educación, situación laboral y problemas de salud

En lo referente a *aspectos laborales y educativos*, deberá ponerse la profesión de la persona o su situación laboral a la izquierda del símbolo correspondiente, empleando siempre que sea posible una abreviatura de uso común. Las *enfermedades o problemas de salud* se anotarán a la derecha del símbolo (fig. 7.8).

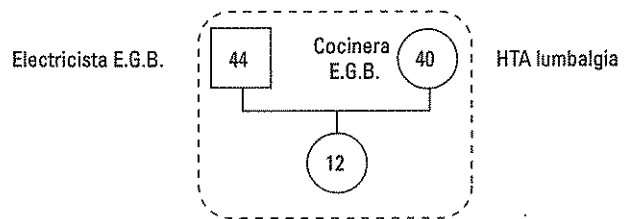


FIGURA 7.8 ■ Situación laboral, nivel educacional (E.G.B.: Educación General Básica) y problemas de salud.

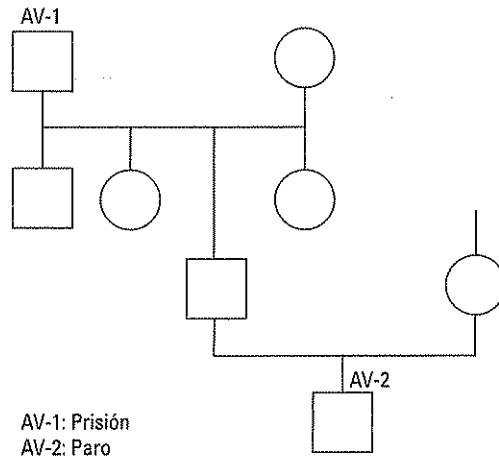


FIGURA 7.9 ■ Representación de los acontecimientos vitales (AV).

Los acontecimientos vitales estresantes

Los AVE son uno de los factores causales más importantes en la producción de problemas psicosociales y disfunción familiar, por ello se entiende que deben estar representados en el genograma.

Un gran número de eventos estresantes están recogidos en los símbolos y líneas que configuran el genograma, como son los casos de fallecimientos recientes, matrimonio, separación, divorcio, conflictos de pareja, etc. Pero en otras ocasiones no ocurre así, por tanto la familia puede vivir AVE que no quedan registrados, como ocurre con el paro, encarcelamiento o dificultades económicas importantes, entre otros.

Para estos casos utilizamos la anotación «AV» colocándola encima del símbolo de la persona que ha sufrido el evento. Cuando refieran más de un acontecimiento vital estresante se colocará junto a las letras AV un número de orden, para que nos permita identificar el tipo de acontecimiento, que se describirá en la una de las esquinas de la hoja donde se dibuja el genograma (fig. 7.9).

La red y el apoyo social

El *apoyo social* es un proceso interactivo merced a la cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental afectiva, etc. de la red social en que se encuentra inmerso. De esta definición se desprende la necesidad de contar con un sistema gráfico que permita reconocer, en el genograma, los componentes de la red, ya que de esta manera sabremos quién y cuántas son las personas que aportan los recursos que la familia o un miembro de ella necesita en un momento determinado.

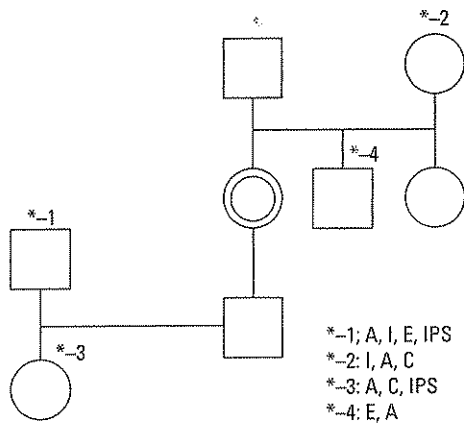


FIGURA 7.10 Representación gráfica de la red social y apoyo social.

Para representar en el genograma la *red social* se utiliza un asterisco (*) situado encima de la persona que aporta el apoyo social al paciente identificado. Para conocer a las personas que aportan más apoyo, o bien que nuestro interlocutor considera como los más importantes suministradores del mismo, junto al asterisco se coloca un número de orden (fig. 7.10).

También podemos conocer las dimensiones del apoyo social que aporta cada miembro de la red social colocando junto al asterisco una o varias letras de acuerdo con el tipo de apoyo. Utilizaremos la letra *E* para el apoyo emocional, la *I* para el instrumental y *Ec* para el económico; para indicar cuál es la persona que está dispuesta a salir, divertirse o distraerse (interacción social positiva) utilizaremos la sigla *IPS*, para el apoyo confidencial la *C* y para identificar a las personas que dan amor o afecto la letra *A*.

Las relaciones familiares

El mapa familiar o componente funcional del genograma está formado por una red de líneas que enlazan entre sí los símbolos de los miembros del sistema familiar. Siguiendo a McGoldrick y Gerson (1987) utilizamos los siguientes trazos: tres líneas para las relaciones muy unidas, dos para las unidas, una línea quebrada para indicar relación conflictiva, la superposición de dos líneas paralelas y una quebrada para las relaciones unidas y conflictivas, una línea discontinua para representar las relaciones distantes y una línea interrumpida por dos trazos paralelos cuando la relación entre dos personas sea prácticamente inexistente (fig. 7.11). En la figura 7.12 se dibuja el genograma con el mapa relacional.

El trazado de líneas y el dibujo de iconos permiten construir por un lado el mapa relacional y por otro los espacios que configuran el entorno social.

El entorno social

Todos los componentes del entorno social, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc., deberán estar representados en el genograma, para ello hemos ideado unos iconos que hacen referencia a los espacios sociales que

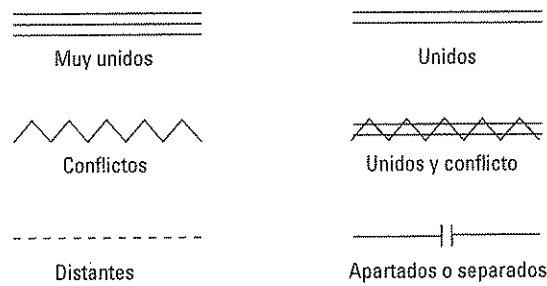


FIGURA 7.11 Líneas para indicar las relaciones familiares.

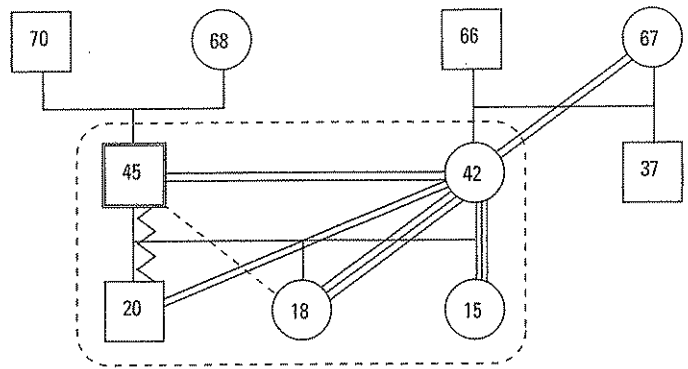


FIGURA 7.12 Genograma con el mapa relacional.

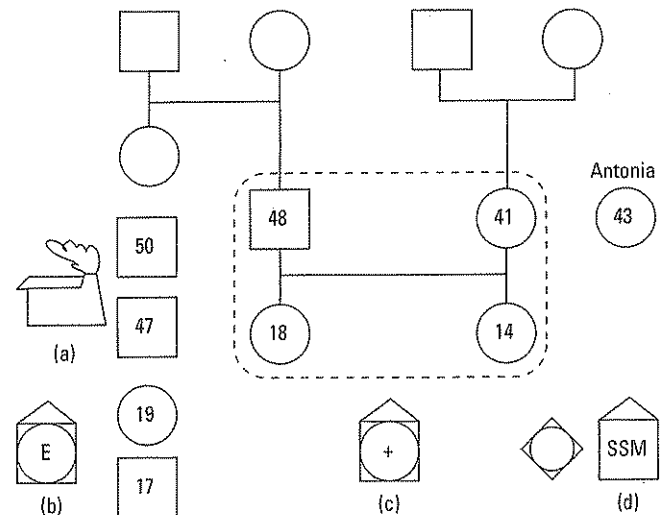


FIGURA 7.13 Representación del entorno social: trabajo (a), escuela (b), centro de salud (c), otras instituciones (d). SSM, Servicios Sociales Municipales.

con mayor frecuencia son utilizados, como el trabajo y la escuela, entre otros. Estos iconos se colocan en las zonas del genograma más cercanas de los miembros de la familia con que se suelen relacionar. Junto a los iconos se sitúan los símbolos de las personas con las que conectan, dentro de estos se escribe la edad y encima el nombre para poder identificarlos.

Los iconos que usamos son: una fábrica para el trabajo, cualquiera que sea este, una casa con una E para la escuela o el instituto y una casa con una cruz para el centro de salud. Para otras instituciones se utiliza una casa con las siglas del servicio que ofrece (p. ej., SSM: Servicios Sociales Municipales), como puede verse en la figura 7.13.

ABORDAJE FAMILIAR DE LOS PROBLEMAS DE SALUD

El médico de familia y otros profesionales sanitarios se dan cuenta de que, en muchas ocasiones, reciben noticias o tienen demandas ante las que se muestran incapaces de responder con el exclusivo bagaje de conocimientos y habilidades biomédicas que poseen.

Con frecuencia acceden a su consulta pacientes con síntomas o signos mal definidos, diarrea, cefaleas, lumbalgias, con depresión o ansiedad, cuyo origen no queda claro. En otras ocasiones se preocupan por el mal control de un diabético, especialmente cuando su mujer nos comenta a escondidas que se niega a seguir el tratamiento o se sienten frustrados por no saber cómo asesorar a una familia que no comprende el extraño comportamiento del abuelo con demencia. Otras veces tienen dificultades para entender las reacciones violentas, los silencios, la desconfianza y los temores que expresa un paciente terminal; o para comprender la perpetuación del dolor y la pena en un caso de duelo patológico, o percibir la angustia de una madre inmigrante que ha dejado a los hijos en su país de origen.

Estos y otros casos similares requieren un nuevo abordaje que tenga en cuenta al mismo tiempo al paciente y a su familia, utilizando nuevos conceptos e instrumentos de atención familiar. De esta forma se encontrarán en disposición de evaluar los cambios conductuales y emocionales relacionados con el CVF, de averiguar las interacciones entre paciente y familia en el curso de las enfermedades crónicas, de establecer nuevas estrategias de atención familiar en pacientes dependientes y de detectar, diagnosticar e intervenir sobre los problemas psicosociales (cuadro 7.7).

Problemas de salud y desarrollo familiar

La familia tiene una historia natural que la hace caminar por sucesivas etapas, durante las cuales sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos que son previsibles. Estas etapas conforman el CVF, que se ha concebido como la secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su creación hasta su disolución.

Las etapas del CVF son cualitativamente diferentes entre sí, y en cada una de ellas se dan circunstancias emocionales y relacionales distintas que plantean a la familia demandas específicas y la obliga a realizar nuevas tareas.

Recordemos que las etapas que atraviesan las familias no son azarosas sino que están bien definidas, por lo que muchos de los problemas que sufren son predecibles, lo que en consecuencia permitirá que el clínico establezca las acciones preventivas más convenientes. También el conocimiento de las tareas evolutivas de la familia ayuda a generar hipótesis sobre las posibles fuentes de disfunción

familiar y a proporcionar una guía anticipatoria sobre los cambios que deben afrontar, basados en el conocimiento de los recursos de la familia y en el éxito obtenido al manejar etapas anteriores del ciclo vital.

En cada etapa del CVF se producen problemas clínicos, conductuales y emocionales propios de cada una de ellas, lo que permite establecer las acciones preventivas más convenientes.

Problemas específicos de cada etapa del ciclo

En cada momento del desarrollo la familia tiene que enfrentarse a distintas situaciones conductuales y emocionales que son propias y exclusivas de cada una de las etapas del ciclo y que van desde la fase de «nido sin usar» hasta la de «nido vacío». Siguiendo este curso histórico podemos asistir a los problemas de pareja de la primera etapa, a las dificultades en la crianza y desarrollo de los hijos en sus etapas de recién nacido, preescolar y escolar, a los conflictos que se generan en las familias con adolescentes y, en fin, a las modificaciones de roles y relaciones que deben asumir padres e hijos durante las etapas de «lanzadera» y «nido vacío». En todos estos estadios podemos observar los desequilibrios y dificultades que se presentan para mantener la homeostasis, de tal manera que, cuando no se consigue, se ocasionan disfunciones familiares y se provoca que algún miembro de la familia enferme.

Dislocaciones del ciclo vital familiar

Existe la creencia de que el ciclo vital se mantiene estable a lo largo del tiempo; sin embargo, la propia configuración del CVF o, al menos, la forma de entenderlo ha experimentado considerables modificaciones a lo largo del tiempo, como puede apreciarse en las sociedades occidentales donde los cambios se han acelerado en el transcurso de las últimas décadas. La mayor longevidad, el descenso de la natalidad, las modificaciones en el papel de la mujer, la incidencia cada vez mayor del divorcio y de las segundas o terceras nupcias han producido un perfil del CVF que se diferencia claramente de los de épocas anteriores.

Ahora, con mucha frecuencia, asistimos a alteraciones o interrupciones del CVF, que van desde parejas que han decidido no tener hijos hasta aquellas cuyos hijos prolongan *sine die* la estancia en el hogar de sus padres, pasando por las modificaciones estructurales a las que nos hemos referido anteriormente de monoparentalidad o familias reconstituidas (De la Revilla et al., 1998).

En la actualidad no podemos hablar de un CVF único, pues coexisten una multiplicidad de ciclos de desarrollo familiar. Esto tiene varias implicaciones, unas para las propias familias en las que puede producirse un cierto conflicto entre las expectativas culturales socialmente aceptadas y transmitidas y la realidad de su ciclo vital, y otras desde el punto de vista de los profesionales que trabajan con familias, que deben tener en cuenta esa realidad cambiante para replantearse de forma crítica ciertas concepciones tradicionales que corren el riesgo de quedarse obsoletas (Marcos, 1999).

CUADRO 7.7

Abordaje familiar en los problemas de salud

Problemas de salud y desarrollo familiar
Los problemas crónicos de salud y la familia
Atención a la dependencia y familia
Problemas psicosociales y familia

Crisis de desarrollo

Entre una etapa y otra del CVF se producen cambios e incluso situaciones de riesgo que se conocen como «transiciones», «ritos de paso» o «crisis de desarrollo». En estos momentos tan especiales, en los que tiene lugar la transición de una fase a otra del ciclo, con bastante frecuencia algún miembro de la familia enferma, sobre todo cuando asistimos a un bloqueo o interrupción del ciclo que comienza. La familia, al igual que los individuos, normalmente no encuentra facilidades para negociar el cambio y la tendencia homeostática hace que las transiciones supongan un momento de desafío.

En el tránsito de una etapa a otra del CVF, conocido como «transiciones» o «ritos de paso», pueden producirse alteraciones en el equilibrio familiar que pueden dar lugar a crisis o disfunciones.

Cuando algún miembro de la familia se resiste al cambio se produce un desequilibrio en el sistema familiar, lo que puede ocasionar su disfunción.

Durante determinadas etapas del ciclo se producen circunstancias que, aunque no son propias del ciclo, podemos incluirlas como crisis de desarrollo. Así ocurre, por ejemplo, con el embarazo en adolescentes, el consumo de drogas o los problemas escolares que, aunque no constituyen verdaderas crisis de desarrollo, por su frecuencia y gravedad casi podrían serlo.

Problemas crónicos de salud y la familia

La circunstancia de tener que asistir a un enfermo crónico afecta profundamente a la familia, pero también la manera en que esta logra adaptarse a la nueva situación repercute en el curso de la enfermedad. No debemos olvidar que la atención y el cuidado a los pacientes crónicos recaen sobre la familia, son sus miembros los que deben ocuparse de la mayor parte de los cuidados materiales de la enfermedad, desde la preparación de las dietas alimentarias hasta la administración de medicamentos.

Para poder ubicar la enfermedad crónica dentro del contexto donde se origina, es crucial entender el papel de esos tres elementos: la enfermedad, el individuo y la familia. Como sugiere Rolland (1994), para pensar de una forma sistémica o interactiva acerca de cómo se imbrican esos tres elementos es preciso contar con un lenguaje común y con una clara definición de conceptos que puedan ser aplicados por todos.

Los profesionales sanitarios se forman de manera adecuada para conocer, diagnosticar, atender y cuidar los aspectos biomédicos de las enfermedades crónicas, pero no suelen estar preparados para hacer frente a los aspectos psicosociales de estas dolencias. Desde el punto de vista médico tradicional, el diagnóstico de una enfermedad específica es un asunto primordial porque permite prescribir el plan terapéutico más correcto. Sin embargo, una clasificación diferente puede proveer un mayor vínculo entre el mundo psicológico y el biológico, y por tanto clarificar la relación entre enfermedad crónica y familia.

Como recomienda De la Revilla (2013), el estudio de la enfermedad crónica en las personas mayores deberá

atender a cuatro variables: la primera encaminada a pasar de lo biomédico a lo psicosocial atendiendo a la tipología psicosocial y fase cronológica de la enfermedad crónica, grado de dependencia e inmovilidad; la segunda centrada en la familia, la estructura y desarrollo familiar, las relaciones y conflictos relacionales, las creencias y experiencias acerca de la enfermedad; la tercera tiene que ver con el trabajo de cuidar, los cuidados informales y formales, y especialmente con el papel de la cuidadora principal (CP); la cuarta se relaciona con la evaluación medioambiental del domicilio del paciente mediante la construcción del mapa del hogar.

Rolland (1984) ha ideado una nueva tipología que permite la creación de categorías para un amplio conjunto de enfermedades crónicas, y las ha diseñado no para atender al tratamiento médico tradicional o con el propósito de establecer su pronóstico, sino para evaluar la relación entre la familia y la enfermedad crónica.

Esta tipología psicosocial de las enfermedades crónicas las agrupa según cuatro variables: comienzo, curso, pronóstico y grado de incapacitación. Este autor sugiere que dichas categorías son las más significativas para explicar las implicaciones de la enfermedad crónica con la familia.

Así, en las de *comienzo agudo* los cambios afectivos e instrumentales se tienen que producir en un breve espacio de tiempo, lo cual requerirá que la familia movilice, con más rapidez, sus habilidades en el manejo de las crisis.

La enfermedad crónica de *curso progresivo* se caracteriza porque es continua, presenta manifestaciones clínicas en toda la evolución del proceso y tiene un carácter creciente en cuanto a severidad. En estos casos, el problema central a que se ve sometida la familia es que tiene que enfrentarse al hecho de atender y cuidar a un enfermo que se encuentra permanentemente sintomático, en el que, tanto si la discapacidad aumenta a grandes pasos como de forma progresiva, se constata que los períodos libres de síntomas son cada vez menos frecuentes y de más corta duración. Esta situación obliga a la familia a una continua adaptación y a sucesivos cambios de roles.

En cuanto al *pronóstico*, en las enfermedades que *amenazan la vida*, el enfermo teme que llegue el final de sus días y le haga abandonar sus proyectos vitales, y a los familiares les asusta la soledad, porque la pérdida de un ser querido les convierte en supervivientes solitarios. La familia se encuentra, con frecuencia, ante el dilema de mantener una estrecha relación e intimidad y el impulso de alejarse emocionalmente del enfermo. La situación creada por la futura pérdida de un ser querido hace extremadamente difícil que la familia se mantenga equilibrada y funcionalmente estable, de tal manera que el torrente de interacciones emocionales y afectivas puede distraer a la familia de sus múltiples tareas prácticas, retrasando la resolución de problemas y dificultando, con todo ello, el mantenimiento de la integridad familiar.

La enfermedad crónica puede ocasionar *incapacidad* o *inmovilidad*, y cuando esto ocurre al proceso clínico se añade un alto coste psicosocial.

El estudio de la tipología psicosocial de la enfermedad crónica facilita una mejor relación entre el mundo psicológico y biológico y, por tanto, clarifica la relación entre enfermedad crónica y familia.

adaptativas más adecuadas que le permitan contrarrestar el potencial lesivo que el AVE supone para su integridad personal. Si no es capaz de adaptarse, con gran probabilidad sufrirá cambios negativos en su estado de salud que propiciarán la aparición de enfermedades o empeorarán patologías preexistentes. Un AVE también puede alterar el sistema familiar al incidir sobre uno o varios de sus miembros.

Otro factor importante a tener en cuenta es el número de AVE que sufre una persona y su familia, ya que, como observó De la Revilla (1997), con un mayor número de eventos las posibilidades de presentar problemas psicosociales son más elevadas.

Se ha propuesto un modelo que pretende explicar la relación secuencial que conectaría al estrés con el individuo y la familia y que resumimos a continuación: 1. Toda persona afronta continuamente algún estrés → 2. Si la intensidad del AVE supera la resistencia (mecanismos adaptativos) del sujeto, su nivel de función sufre y también puede mermar su salud → 3. El estrés personal puede repercutir sobre el sistema familiar generando una crisis (alteración de la homeostasis) a la que el sistema tendrá que dar respuesta → 4. Si la respuesta no es adecuada aparecerá la disfunción familiar.

En el cuadro 7.8 se exponen los eventos estresantes más frecuentes.

Lo que define el problema psicosocial no es la clínica sino su origen o causalidad: el estrés social.

Los factores familiares. Como planeamos al analizar el modelo explicativo de los problemas psicosociales, la familia se constituye en un factor primordial en el desencadenamiento de las manifestaciones clínicas atribuibles al estrés social, pero también tiene un papel importante como factor coadyuvante o facilitador de este proceso. De ahí la importancia y la necesidad de realizar un estudio de la familia cuando abordamos la etiología de los problemas psicosociales.

Ya hemos señalado que la familia puede verse afectada por determinadas tipologías estructurales, como ocurre cuando aumenta el número de miembros; este es el caso de la familia nuclear ampliada con parientes o cuando se reduce, como apreciamos en la familia monoparental. Algo parecido podemos decir de sobre las etapas del CVF, ya que las demandas del desarrollo de cada una de ellas y, de forma especial, durante las transiciones, marcan distintas pautas de interacción familiar.

Pero además, existen otras situaciones en las que se pueden desencadenar problemas de salud y alteraciones en la dinámica familiar que se relacionan unas veces con el duelo, entendido como el conjunto de emociones y pensamientos vinculados a una pérdida, especialmente la causada por la muerte de un familiar, y otras veces con el hecho de tener que asistir a un enfermo crónico, circunstancia que afecta profundamente a la familia. No olvidemos que la atención y el cuidado a los pacientes crónicos recaen sobre ella y que son sus miembros los que deben ocuparse de la mayor parte de los cuidados materiales de la enfermedad.

CUADRO 7.8

Clasificación de los acontecimientos vitales estresantes

FACTORES FAMILIARES

- Discusiones familiares, desavenencias
- Abandono, separación, divorcio
- Muerte de un cónyuge o un hijo
- Paternidad
- Relaciones difíciles con los hijos
- Agresiones verbales o físicas a los hijos
- Enfermedad o accidentes de los padres o los hijos
- Embarazo no deseado
- Transiciones en las etapas del ciclo vital familiar
- Disrupciones de las etapas del ciclo vital familiar

FACTORES ECONÓMICOS

- Cambios en el estatus financiero
- Problemas económicos importantes

FACTORES LABORALES Y ESCOLARES

- Paro
- Despido
- Cambios en el puesto de trabajo
- Relaciones difíciles con el jefe
- Jubilación
- Problemas de adaptación escolar
- Retraso escolar

FACTORES LEGALES

- Pleito
- Juicio
- Detención
- Encarcelamiento

FACTORES INTERPERSONALES

- Problemas de relación con amigos, vecinos, socios
- Fallecimiento de un amigo
- Enfermedad o accidente de un amigo
- Amenaza a la integridad personal

FACTORES AMBIENTALES

- Cambios de residencia
- Emigración
- Ruidos, desastre natural o provocado

OTROS FACTORES

- Alcoholismo en un miembro de la familia
- Drogadicción en un miembro de la familia
- Violación

Tomado de De la Revilla, 1997.

Precisamente para poder ubicarla dentro de este contexto es crucial entender el papel de esos tres elementos: la enfermedad, el individuo y la familia y, asimismo, la forma en que se relacionan e interactúan.

Pero el factor psicosocial más relevante es el que tiene que ver con los conflictos, discusiones y desavenencias familiares, tanto los que están relacionados con los problemas de la pareja como los que tienen que ver con los que se generan entre los subsistemas parental y fraternal o los motivados por circunstancias relacionales que surgen entre las familias de origen y procreación.

CUADRO 7.9

Factores psicosociales familiares. Clasificación de los triángulos relacionales

Conflictos, discusiones y desavenencias familiares
 Problemas de comunicación
 Conflictos de pareja
 Problema de pareja surgidos fuera del hogar
 Conflictos entre padres e hijos
 Problemas entre las familias de origen y las de procreación
 Duelo por la muerte de un hijo o un familiar cercano
 Enfermedad crónica en algún miembro de la familia

En el cuadro 7.9 se exponen los factores psicosociales relacionados con la familia que se van a tratar en las siguientes páginas, pero antes conviene analizar determinados aspectos de la comunicación, ya que a través de ella se vinculan y configuran las relaciones.

Clinica de los problemas psicosociales

Los síntomas de estos pacientes los agrupamos en dos apartados: *manifestaciones psíquicas*, en las que incluimos la depresión reactiva y la ansiedad, y la *somatización* (De la Revilla y Constan, 2014).

Depresión reactiva. Se caracteriza por la asociación de estos tres elementos: *a)* estar relacionada o desencadenada por factores psicosociales, *b)* presentar un cuadro depresivo y *c)* cursar con síntomas y signos mal definidos. Puede presentar dos formas clínicas: con predominio de síntomas depresivos y con predominio de síntomas somáticos.

Con predominio de síntomas depresivos. En esta forma, el motivo principal de la consulta es una alteración del estado de ánimo, con síntomas similares, aunque de menor intensidad, que en la depresión endógena. Los enfermos están tristes, lloran sin motivo aparente, se muestran irritables y con frecuencia pueden referir crisis de angustia o trastornos de ansiedad generalizada.

A diferencia de la depresión endógena, la tristeza no tiene ritmo estacional y no aparecen alteraciones psicomotoras ni cognitivas. Se suele acompañar de síntomas somáticos, insomnio, anorexia, vómitos, epigastralgia, cefaleas, entre otros.

Se han descrito casos en los que el predominio de los síntomas ansiosos puede enmascarar el diagnóstico de la depresión, convirtiéndose los enfermos en consumidores permanentes de benzodiazepinas, sin conseguir resolver el problema clínico del enfermo.

Con predominio de síntomas somáticos. En este grupo los pacientes consultan por molestias somáticas, tales como epigastralgias, náuseas, vómitos, diarrea, cefaleas, vértigo, artromialgias, parestesias, precordialgia, disnea, anorexia, pérdida de peso, etc. A esta clínica se añaden síntomas depresivos. Es frecuente que la demanda se limite a síntomas y signos mal definidos; en estos casos, solo el interrogatorio dirigido permitirá descubrir el trastorno del estado de ánimo.

Ansiedad. Todos los seres humanos en algún momento de su vida pueden experimentar ansiedad, situación emo-

cional que se caracteriza por manifestaciones psicológicas, tales como miedo o aprensión, fisiológicas, relacionadas con cambios hormonales, y vegetativas, que al dar lugar a opresión torácica, disnea, diarrea, etc. pueden confundirse con somatizaciones y cambios conductuales que afectan al funcionamiento o rendimiento individual. Se habla de que la ansiedad puede ser normal o patológica, pero sin contar con los elementos de juicio suficientes para diferenciar una de otra; no obstante, podremos hablar de ansiedad patológica cuando sea clínica, desproporcionada a la causa que la provoca, no exista una causa razonable que la ocasione y sean anormalmente intensas la duración y las manifestaciones.

Se ha constatado que los problemas psicosociales estudiados en atención primaria ocasionaban sobre todo crisis de ansiedad.

De entre las distintas formas clínicas de los trastornos de ansiedad descritas en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V) nos vamos a referir exclusivamente a las crisis de ansiedad y a los trastornos de angustia.

Crisis de ansiedad. Las crisis de ansiedad se inician bruscamente con una percepción de temor intenso y con la sensación de que va a ocurrirle algo muy grave o irreparable, por ejemplo que se va a morir o que va a sufrir una enfermedad muy grave. El miedo se acompaña de una necesidad urgente de escapar, de salir huyendo, junto con síntomas físicos o cognoscitivos.

Trastornos de angustia. Los pacientes con este trastorno piensan que este proceso puede tener consecuencias negativas para su futuro, bien porque tienen la sospecha de que sufren una grave enfermedad que pone en peligro su vida, o bien que padecen un trastorno mental y pueden volverse locos. La recidiva de estos síntomas puede dar lugar a cambios de comportamiento que le ocasionen problemas laborales, familiares o sociales.

Somatización. La sintomatología de los trastornos somatomorfos es muy variada y puede comprender aparatos o sistemas bajo el control del sistema nervioso vegetativo, como el sistema cardiovascular, gastrointestinal o respiratorio. Generalmente los síntomas son de dos tipos: unos en los que se suman varios síntomas con signos objetivos de hiperactividad vegetativa como palpitaciones, sudoración, rubor y temblor, y otros de carácter más subjetivo y poco específicos como sensaciones fugaces de dolor y malestar, quemazón, pesadez, opresión y sensaciones de estar hinchado o distendido, que son referidos por el paciente a un órgano, aparato o sistema determinado, sin que se evidencie alteración orgánica alguna (Haftgoli et al., 2010; Davidsen, 2009).

Los pacientes con problemas psicosociales suelen aquejar depresión, ansiedad, somatizaciones o agravamiento de numerosas patologías crónicas.

BASES TERAPÉUTICAS

La intervención sobre los problemas psicosociales no es una práctica habitual en la consulta de atención primaria. Es posible, como sugieren Rizzo et al. (2005), que la falta de recursos con que cuentan los profesionales sanitarios en los centros de salud pueda ser uno de los motivos de

este déficit de intervenciones. Pero, a nuestro juicio, es su escasa formación lo que pone límites para realizar diagnósticos y tratar estos problemas. Otra visión muy distinta y más positiva tienen Popay et al. (2007) y Fritzsche et al. (2006), que consideran muy importante y efectivo el papel del médico de familia para resolver e intervenir sobre problemas psicosociales.

Cuando se planteen intervenciones sobre los problemas psicosociales es necesario recordar que deben adecuarse a las características del problema, a las peculiaridades del individuo y al grado de implicación de la familia.

Asesoramiento familiar

El asesoramiento familiar se puede definir como la ayuda que un profesional con formación en un tema determinado presta a una familia o a un miembro de ella que la necesita.

En ocasiones, la familia es incapaz de enfrentarse a una nueva situación, que puede estar relacionada con su desarrollo evolutivo o con otros factores estresantes ajenos al CVF, como por ejemplo la pérdida del empleo, enfermedad grave de un miembro de la familia, traslado obligado de domicilio, embarazo no deseado, jubilación forzosa, etc. Estas circunstancias pueden originar que un miembro de la familia acuda a la consulta de su médico refiriendo síntomas de tipo psíquico, físico o reagudización de enfermedades crónicas. Los profesionales sanitarios de atención primaria deben permanecer alerta ante los problemas que producen estrés en una familia, y cuando sospechen o confirmen su existencia deberán orientarla sobre la forma más adecuada de afrontarlos.

Con el asesoramiento familiar se pretende conseguir que el individuo y/o la familia sean capaces de tomar sus propias decisiones, tras un proceso de planteamiento de los problemas que les afectan y del conocimiento de sus causas.

El asesoramiento familiar más adecuado es el participativo, que pretende conseguir que el individuo o la familia sean capaces de tomar sus propias decisiones, tras el planteamiento de los problemas que les afectan, siendo las reglas para su práctica una buena relación médico-paciente y la identificación de las necesidades: tratar de comprender el problema, atendiendo a cómo lo ve la persona afectada, mostrar empatía, ayudar a la persona a pensar en los factores que intervienen en sus problemas y animarla a elegir la solución más apropiada. Las etapas del asesoramiento participativo son: ayudar a la persona a determinar el problema, ayudar a la persona aconsejada a descubrir por qué existe el problema, animar a la persona a que examine las posibles soluciones y conseguir que la persona elija la solución más apropiada.

Asesoramiento familiar es la ayuda que un profesional sanitario presta a una familia o a uno de sus miembros necesitados.

Intervención familiar basada en la solución de problemas

La teoría de solución de problemas se basa en los principios de la teoría de aprendizaje social, entendiendo que la gente

reacciona y maneja su vida basándose en su valoración de las situaciones sociales y en las habilidades que posee para manejar esas situaciones. Aquellas personas que tienen la capacidad necesaria para solucionar los problemas los suelen resolver con eficiencia, mientras que los que no la tienen los afrontan con dificultades y pueden sufrir depresiones u otros síntomas (Nezu, 1986). Fueron estas cuestiones las que llevaron a DZurilla y Nezu (1999) a crear una intervención, la terapia de solución de problemas, que estaba dirigida a poner en práctica técnicas para resolverlos.

La terapia de solución de problemas ha sido utilizada por profesionales de la atención primaria con buenos resultados, usando un formato más breve tanto en el número de sesiones, solo seis, como en el tiempo usado para cada una de ellas, entre media hora y una hora de duración (García-Campayo et al., 2006).

La intervención familiar basada en la solución de problemas (IFBSP) que propone De la Revilla (2014) recoge parte de la estrategia de la terapia de solución de problemas para la atención primaria, pero estableciendo por una parte unos objetivos más concretos e incorporando conceptos e instrumentos de la atención familiar, y por otra modificando el número de etapas, el modo de llevarlas a cabo y su cronología.

En esta estrategia terapéutica incorporaremos las bases conceptuales y las herramientas de la atención familiar, basada en la teoría de sistemas, que permite utilizar instrumentos para conocer el papel de la estructura y el desarrollo familiar, la interacción y los conflictos relacionales entre sus miembros, así como los recursos que puede encontrar en la familia para resolver los problemas (De la Revilla, 1994).

Las etapas que configuran la IFBSP se llevará a cabo en tres sesiones, incluyendo un último apartado dedicado a conocer la evaluación de la intervención, el cumplimiento de las tareas y el análisis de los resultados. La IFBSP seguirá una cronología previamente establecida que no será rígida, puesto que pueden producirse circunstancias que modifiquen los tiempos e incluso las metas a alcanzar y la toma de decisiones (De la Revilla, 2014). En el cuadro 7.10 se señalan las actividades que se deberán cumplimentar en cada sesión.

Primera sesión: selección del caso y explicación del método terapéutico

El primer paso del proceso será seleccionar a aquellos pacientes que, por su clínica, pensemos que pueden tener un problema psicosocial que requiera de este plan de intervención terapéutica.

Deberán quedar eliminados de este proceso aquellos pacientes que no identifiquen con claridad los problemas, los definan mal o sean poco concretos. Al paciente seleccionado le propondremos que realice las tareas que comentamos a continuación en su domicilio.

Tarea para su domicilio. Le indicaremos que escriba en un folio todos los eventos estresantes o problemas que haya sufrido últimamente y después le pediremos que escriba, con entera libertad, todas las ideas que se le ocurran sobre la lista de problemas que ha redactado.

CUADRO 7.10

Etapas de la intervención familiar basada en la solución de problemas

Primera etapa: selección de casos y explicación del método terapéutico

Segunda etapa: descubrir, definir y clasificar los problemas

Elaborar la lista de problemas

Usar el genograma para el estudio de la familia y el entorno social

Relacionar los datos de la lectura e interpretación del genograma y la lista de problemas elaborada por el paciente

Seleccionar los problemas sobre los que se va a intervenir

Tercera etapa: generar soluciones y elegir la más idónea

Generar soluciones.

Utilizar el genograma en la generación de soluciones

Elegir la solución más idónea

Señalar las tareas para solucionar el problema

Evaluación: puesta en práctica de la solución elegida y evaluación

El proceso de IFBSP se inicia seleccionando al paciente sospechoso de tener un problema psicosocial, indicándole que en su domicilio escriba todos los problemas que haya sufrido últimamente.

Segunda sesión: definir y clasificar los problemas de construcción, lectura e interpretación del genograma

Esta sesión consta de tres partes que se describen a continuación.

Primera parte: análisis de los problemas. En ella se analizará y estudiará la lista de los problemas que el paciente redactó en su domicilio, pidiendo que nos refiera cuándo se suelen presentar, en qué lugares le ocurrieron y qué personas estaban implicadas. En todos los casos trataremos de definir con claridad el problema, así como todas las circunstancias que lo rodean.

Segunda parte: uso del genograma. Para ello le explicaremos en qué consiste esta técnica, señalando que a través del genograma tendremos la oportunidad de entender sus problemas dentro del contexto familiar y del entorno social, descubriendo en ocasiones otros problemas, así como los recursos con que cuenta. Este proceso tiene tres partes: construcción, lectura e interpretación del genograma. El conjunto de datos que ofrece el genograma ayudará a entender los problemas o a plantear otros nuevos y será especialmente útil para conocer los recursos con que cuentan tanto el paciente como su familia (De los Ríos Álvarez y Bailón Muñoz, 2005).

Modificación o ampliación de los problemas tras la lectura del genograma. Es necesario que informemos al paciente de los datos que aporta el genograma, así como de la interpretación que hacemos de su lectura. También es necesario comunicarle las semejanzas y diferencias que

apreciamos entre los problemas que nos ha contado y los AVE recogidos en el genograma.

Se evaluará la posible relación entre los problemas referidos por el paciente y la tipología estructural o las etapas del CVF. Se analizarán los datos aportados por el mapa relacional y en el caso de que se descubran conflictos en las relaciones se buscará su conexión con los problemas referidos por el paciente.

Tercera parte: redacción definitiva de los problemas. Por último, se redactará la lista definitiva de problemas seleccionando los más importantes. En esta selección se tendrá en cuenta:

- Elegir el problema que pueda resolverse con facilidad.
- Priorizar aquellos problemas que por sus circunstancias necesitan una respuesta urgente.
- Evaluar los recursos analizando en el genograma la red y el apoyo social para saber si serán suficientes como para vencer los obstáculos que se puedan presentar.

Una vez elaborada la lista definitiva de los problemas finalizará la sesión, seleccionando al paciente (o a los pacientes) sobre el que se va a intervenir y proponiéndole que realice en su domicilio las tareas que comentamos a continuación.

Tarea para su domicilio. Una vez seleccionado el problema sobre el que se va a intervenir se pedirá al paciente que señale y describa todas las soluciones que se le ocurran para resolverlo. Se recomienda que, en este proceso de aportar soluciones para los problemas, tenga en cuenta estos aspectos:

- Un mayor número de soluciones propuestas facilitará el poder elegir la más idónea.
- La lista inicial de soluciones se puede enriquecer mediante un proceso de modificación y elaboración.
- Conviene incluir en la lista dos soluciones extremas, una de absoluta inmovilidad y otra de ruptura.

Se dará cita para la próxima sesión.

La segunda sesión trata de descubrir, definir y clasificar los problemas para luego seleccionar aquel sobre el que se va a intervenir. El genograma es un instrumento imprescindible en esta etapa.

Tercera sesión: analizar las soluciones aportadas y prescribir tareas

Consta de las partes que siguen a continuación.

Primera parte: se analizan las soluciones aportadas. Tras conocer el texto con las soluciones aportadas y tras la lectura en voz alta, se analizarán y discutirán las propuestas, aclarando todas las dudas que puedan surgir de este análisis. Se comentarán y eliminarán las dos soluciones extremas.

Para conocer cuál o cuáles son las soluciones más idóneas se tendrán en cuenta los pros y contras de cada una de ellas.

Se deberá hacer una primera selección con las mejores soluciones.

Segunda parte: se utilizará el genograma en la solución de los problemas. La lectura e interpretación del genograma la deberemos utilizar para mejorar las soluciones propuestas y analizar lo que puede aportar el estudio de las dimensiones de la red y el apoyo social en la solución de los problemas.

Tercera parte: se elegirá la solución más idónea. En esta elección se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones:

- Eliminar, como ya dijimos, todas las soluciones extremas e irreales.
- No debemos olvidar las consecuencias que la(s) solución(es) puede(n) producir en el paciente, la familia, los amigos y compañeros de trabajo, especialmente cuando los cambios impliquen reajustes importantes en el ámbito doméstico, laboral o profesional.
- Las soluciones deberán alcanzar unos objetivos y es necesario que estos sean claros, realistas y flexibles.
- Recordar que debemos usar los datos aportados en la interpretación del genograma para aclarar aspectos que permitan elegir las soluciones más útiles.
- No olvidar que conviene utilizar la técnica de los «pros y contras» para alcanzar la solución más acertada.

Cuarta parte: se escribirán las tareas a cumplimentar para solucionar el problema. Se especificarán con claridad las tareas que debe realizar para solucionar los problemas. Se escribirán las tareas para que el paciente cuente con un texto que le permita recordar en todo momento la prescripción.

Se recomendará que anote los progresos, las dificultades y que indique el impacto que la solución le ha originado, así como las consecuencias que ha tenido para los demás miembros de la familia, los amigos y otras personas del entorno.

La tercera sesión se centra en proponer el mayor número de soluciones para elegir la más idónea y especificar las tareas que debe realizar para solucionar el problema.

Evaluación de los resultados

Pasado el tiempo determinado (habitualmente un mes), volverá a la consulta para evaluar los resultados. Durante esta sesión intentaremos conocer en primer lugar el cumplimiento del plan terapéutico y después los resultados, éxito o fracaso de la intervención.

Cumplimiento del plan terapéutico

Es necesario saber el grado de cumplimiento o incumplimiento de la intervención, especialmente en lo referente a las tareas, así como el grado y tipo de dificultades que se presentaron, si las hubo.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Revilla L de la. *Cómo leer e interpretar el genograma*. Granada: Ed. Adhara; 2004.

El genograma al permitir recoger, registrar y exponer información familiar constituye el instrumento fundamental para la práctica de la atención orientada a la familia. Los primeros capítulos del libro abordan aspectos generales del uso del genograma y las bases para su construcción y los siguientes aportan las claves para leer e interpretar genogramas. Los numerosos casos clínicos, con sus correspondientes genogramas, facilitan su lectura.

Revilla L de la. *Abordaje biopsicosocial de la enfermedad crónica en las personas mayores*. Granada: Ed. Adhara; 2013.

Es un libro de lectura recomendada porque aporta conceptos, técnicas e instrumentos que permiten abordar desde una perspectiva sistémica las enfermedades crónicas de la personas mayores. Parte del estudio en el paciente, de la tipología psicosocial y la fase cronológica de la enfermedad, de su grado de dependencia e inmovilidad, ocupándose después de estudiar a la familia, tanto desde el punto de vista de la estructura y desarrollo familiar como de las relaciones y los conflictos familiares, adentrándose de forma especial en el análisis de los cuidados informales y formales, principalmente en la cuidadora principal y en el trabajo de cuidar. Trata de cómo evaluar los problemas medioambientales del domicilio a través del mapa familiar, dedicando un espacio al análisis de los factores de riesgo sociosanitario de las familias con un enfermo crónico. Los últimos capítulos se centran en un estudio conjunto de los problemas psicosociales y familiares de estos pacientes, con la aportación de novedosas estrategias de intervención.

Revilla L de la. *Diagnóstico y tratamiento de los problemas psicosociales en la práctica del médico de familia*. Granada: Ed. Adhara; 2014.

El libro está dividido en tres grandes apartados. Los capítulos del primero se ocupan de analizar las bases conceptuales, los aspectos teóricos y los modelos explicativos, así como de enseñar a usar los instrumentos, especialmente la construcción y lectura de genogramas, para identificar problemas psicosociales. El segundo trata de la etiología y clínica y el tercero aborda distintos planteamientos terapéuticos centrándose de forma especial en la intervención familiar basada en la solución de problemas. El libro aporta, para facilitar el aprendizaje, quince casos con problemas psicosociales.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Boss P. *Family stress management*. California: Sage; 1988.

Camós Llover L, Casas Tantiña C, Rovira Font M. Ansiedad en los cuidadores principales de personas mayores. *Enferm Clín* 2005;15:251-6.

Cohen S. Psychological models of the role of social support in the etiology of physical diseases. *Health Psychol* 1988;7:269-73.

Davidson AS. How does the general practitioner understand the patient? A qualitative study about psychological interventions in general practice. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice* 2009;82:199-217.

D Zurilla TJ, Nezu AM. *Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical intervention*. Nueva York: Springer; 1999.

Fleitas L. El genograma para evaluar a las familias. En: Revilla L de la, editor. *Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta*. Vol. I. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 1999.

Fleitas L, Revilla L de la. Interpretación y uso de los genogramas. En: Revilla L de la, editor. *Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta*. Vol. I. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 1999.

Fritzsche K, Burghard HM, Schweickhardt A, Wirsching M. Was bewirken hausärztliche interventionen bei patienten mit psychischen Störungen? Eine systematische literatürübersicht. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und psychotherapie* 2006;52:4-22.

García-Calvente MM. Impacto de cuidar en la vida de las personas cuidadoras de mayores. En: Revilla L de la, editor. *Abordaje biopsicosocial de la enfermedad crónica en las personas mayores*. Granada: Adhara; 2013.

García-Calvente MM, González Jiménez E. Cuidado informal y atención formal a las personas mayores. En: Revilla L de la, editor. *Abordaje biopsicosocial de la enfermedad crónica en las personas mayores*. Granada: Adhara; 2013.

García-Campayo J, Hidalgo Campos I, Orozco Gonzales F. *Psicoterapia de la resolución de problemas en atención primaria*. Barcelona: Ars XXI; 2006.

Groom G, Hickie I, Davenport T. *Out of Hospital, Out of Mind. A report detailing Mental Health Services in Australia in 2002 and*

PROGRAMAS DE SALUD COMUNITARIA

Andreu Segura Benedicto • M.^a Isabel Pasarín Rúa •
Francisco González Carrión • Ainhoa Molins Mesalles

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

INTRODUCCIÓN

CUESTIONES PRELIMINARES

- ¿Qué entendemos por comunidad?
- ¿Qué es la salud de la comunidad?
- ¿De qué depende la salud de la comunidad?

PROGRAMAS E INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA

- Participación ciudadana y desarrollo comunitario
- El papel del sistema sanitario

¿QUÉ ES LA ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD? SU PAPEL EN EL DESARROLLO DE LA SALUD COMUNITARIA

- Desarrollo de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad
- Profesionales implicados en Atención Primaria Orientada a la Comunidad

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- El concepto de comunidad es elusivo. Debemos esforzarnos en definir operativamente la comunidad en la que se desarrollarán las intervenciones y los programas de promoción de la salud comunitaria.
- La salud comunitaria es la expresión colectiva de la salud de las personas y grupos en una comunidad definida y viene determinada por la interacción entre los individuos, familias, cultura y el entorno, incluidos los servicios de salud y los factores sociales globales.
- Los propósitos de las intervenciones y programas de salud comunitaria, además de mejorar la salud, incluyen la promoción de la autonomía de las personas y la soberanía de los colectivos, así como la modificación de los determinantes sociales de la salud y las enfermedades.
- Entre las características de los programas de salud comunitaria destacan la participación activa de la comunidad, una perspectiva de contexto social, la importancia de la visión salutogénica y la sostenibilidad.
- Existen diversas modalidades de desarrollo de la promoción de la salud comunitaria según se inician en la propia comunidad o en los servicios sanitarios. Entre las primeras destacan los planes de desarrollo comunitario y entre las segundas la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). Los dispositivos de salud pública —del sistema sanitario o de la sociedad

en su conjunto— pueden colaborar con la comunidad o con el sistema sanitario.

- El papel del sistema sanitario en la salud comunitaria es ayudar a la promoción de la salud y contribuir, si conviene, catalizando los procesos de desarrollo social, sin obstaculizar ni expropiar el desarrollo de las propias responsabilidades de la comunidad.
- La APOC es un modelo de atención primaria basada en los principios de la Declaración de Alma-Ata, promulgada inicialmente por Sidney Kark y Emily Kark en Pholela (Sudáfrica) para satisfacer las necesidades de salud de la población condicionadas por los determinantes sociales. Integra las perspectivas clínicas de la atención primaria y poblacional de la salud pública.

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones de protección y promoción de la salud comunitaria a menudo se denominan simplemente salud comunitaria, al igual que, cuando nos referimos a las actividades colectivas de promoción y protección de la salud de las poblaciones, las llamamos salud pública. Tales acciones son los componentes básicos de los programas de atención a la salud comunitaria, cuyas características dependen, entre otras cosas, de la modalidad que se adopte para aproximarnos a la comunidad. Si la iniciativa corresponde a la propia comunidad, hablamos de modelos de desarrollo comunitario, mientras que si la iniciativa parte del sistema sanitario nos podemos referir a cualquiera de

las variantes de la atención primaria y comunitaria (APyC), entre las cuales merece una atención particular la denominada Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). En cualquier caso, no es baladí la concepción de comunidad con la que se trabaja, como tampoco lo es la idea de salud que se pretenda y, sobre todo, la importancia que merecen los determinantes colectivos de la salud.

CUESTIONES PRELIMINARES

Para mejorar la salud de la comunidad, que es lo que pretenden las intervenciones, programas y modelos de protección y promoción de la salud comunitaria, es imprescindible tener claro de qué estamos hablando al referirnos a la comunidad, así como si nuestra concepción de la salud es positiva, no solamente ausencia de enfermedad, y, sobre todo, cómo se produce la salud y de qué depende que se incremente o que se pierda. Dichos aspectos básicos se desarrollan a continuación.

¿Qué entendemos por comunidad?

El término «comunidad» suscita consenso emocional positivo, aunque tiene tantas acepciones que hay que escoger alguna. Su origen es el término latino *communitas*, a su vez un calco del griego *koinótēs*. Aristóteles lo usa para referirse a los ciudadanos de la polis —la sociedad de su tiempo—, y ya que sin un mínimo programa de saneamiento colectivo la viabilidad urbana es imposible, resulta que comunidad y salud pública —en parte al menos, comunitaria— se desarrollan al mismo tiempo.

Las acepciones del término según el diccionario incluyen las congregaciones de personas que comparten constituciones y reglas como los conventos, las corporaciones o los colegios, y también el común de vecinos de una ciudad o villa. Aunque sea la de «conjunto de personas vinculadas por características o intereses comunes» la más próxima a nuestros intereses, resulta demasiado general, por lo que conviene recurrir a alguna otra más específica. Afortunadamente (¿o no?) disponemos de bastantes publicadas. Desde el ámbito de la sociología, y después de revisar más de una veintena, Aguilar Idáñez (2001) propone la siguiente: «una comunidad es una agregación social o conjunto de personas que, en tanto que habitan en un espacio geográfico delimitado y delimitable, operan en redes estables de comunicación dentro de la misma, pueden compartir equipamientos y servicios comunes, y desarrollan un sentimiento de pertenencia o identificación con algún símbolo local, y como consecuencia de ello, pueden desempeñar funciones sociales a nivel local, de tipo económico (producción, distribución y/o consumo de bienes y servicios) de socialización, de control social, de participación social y de apoyo mutuo».

Para Marchioni (1999) la comunidad «es el conjunto del territorio, la población que lo habita, los recursos de que dispone, las necesidades que sufre y las demandas que expresa». La comunidad comparte, pues, unos recursos que pueden ser naturales (el campo para cultivar o el agua de un río), servicios (p. ej., las escuelas, los dispositivos de salud pública, los centros de salud) u otros (las capacidades de las personas, las asociaciones cívicas, los líderes). Pero

también comparte necesidades y demandas. A través de procesos más o menos formales de análisis, debate y priorización, la comunidad —no como la simple suma de individuos, sino como colectivo— expresa lo que encuentra a faltar, que podría ser la carencia de alcantarillado, falta de horas de asistencia médica, medidas de higiene urbana, control de una enfermedad frecuente o la incapacidad de resolver pacíficamente conflictos familiares, sociales o políticos. Marchioni y Morin (2013) clasifican a los agentes que las componen en tres categorías: las administraciones, los recursos y la ciudadanía.

El Glosario de Promoción de Salud de la OMS (OMS, 1998) define la comunidad como un «grupo específico de personas que, a menudo, viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas».

Las comunidades objeto de nuestra atención pueden ser muy diferentes; desde las comunidades de pacientes que sufren una misma enfermedad hasta las más bien virtuales, como por ejemplo las que se constituyen temporalmente en las redes sociales buscando o debatiendo acerca de la salud y sus problemas. No obstante, lo más habitual es identificar la comunidad entre la población que reside en un espacio determinado, con sus recursos y sus demandas y cierta percepción de pertenencia o identidad, lo que incluye las características materiales (infraestructuras, equipamientos, etc.) y las intangibles (sus redes formales e informales, sistemas de apoyo, normas, valores culturales y creencias, etc.); es decir, los agentes, las instituciones y las políticas.

La evolución de la sociedad actual ha comportado grandes cambios en la naturaleza de las comunidades, particularmente respecto de la filiación de las personas que las componen, ya que cada una de ellas puede formar parte de diversas agrupaciones que no son mutuamente excluyentes. Estos cambios tienen mucha relevancia práctica a la hora de plantearnos las intervenciones comunitarias, puesto que es en el ámbito de estas nuevas comunidades donde tienen lugar.

Según Ander-Egg (1993) la comunidad es una «agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interacciona más intensamente entre sí que en otro contexto». En aquellas sociedades en las que la cobertura del sistema sanitario público es prácticamente universal y se estructura según su especificidad en diversos niveles, desde el básico de las zonas o áreas de salud hasta las regiones sanitarias y el conjunto del país, y en las que la población que reside en las unidades territoriales más periféricas es atendida por los equipos de atención primaria (EAP) y los dispositivos ambulatorios, que, en teoría al menos, desempeñan el papel de puerta de entrada al sistema, como ocurre en España desde la

promulgación de la Ley General de Sanidad, una primera aproximación a la comunidad es la población a la que estos servicios dan cobertura.

La comunidad es una «agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interacciona más intensamente entre sí que en otro contexto».

Como el sistema sanitario ejerce un papel —aunque no predominante, inexcusable—entre los determinantes de la salud colectiva, las personas que comparten tales servicios sanitarios pueden considerarse inicialmente como el sujeto comunitario, aunque ello no sea más que una simplificación operativa que en ocasiones no refleja adecuadamente la heterogeneidad social del vecindario, entre otras cosas porque el desarrollo de los barrios de las ciudades —conjuntos de vecinos que comparten además del territorio otras características sociológicas e históricas— no coincide con los criterios de la planificación territorial de la sanidad. Sin embargo, la opción de considerar como comunidad al conjunto de las personas que residen en el territorio limitado por una Zona Básica de Salud (ZBS), en la terminología del Sistema Nacional de Salud de España, o en un área equivalente en la que un EAP es responsable de la primera atención a la población asignada a este, sigue siendo una alternativa operativa.

¿Qué es la salud de la comunidad?

Aunque tanto la salud como la enfermedad sean experiencias, maneras de vivir o padecimientos de los individuos, pueden caracterizar también a los grupos humanos, y hablamos entonces de la salud de la población, o del patrón epidemiológico que la caracteriza.

La salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es, literalmente, «un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad». Si bien la apelación al bienestar ha sido muy criticada, ya que al evocar la felicidad coloca la salud en un ámbito poco verosímil —por bucólico y utópico—, tampoco todos asumen, en la práctica, que sea algo más y sobre todo independiente, siquiera en cierto grado, de la enfermedad; lo cierto es que reconoce las dimensiones de la naturaleza humana al distinguir las vertientes, somática, psicológica y social y, además, ha dado pie a desarrollar una perspectiva salutogénica de mucho interés para la salud de la comunidad, como veremos más adelante.

La Carta de Ottawa de 1986 para la promoción de la salud, auspiciada por la misma OMS, señalaba no obstante, que la salud no debe considerarse un fin en sí misma, sino más bien un instrumento para mejorar las condiciones de vida, y pone el acento en la conveniencia de que las personas asuman por sí mismas el control de la salud y sus determinantes, lo que denomina *empoderamiento*.

René Dubos (1901-1982), destacado microbiólogo y salubrista, definió la salud como «un estado físico y mental relativamente libre de sufrimiento que mantiene el funcio-

namiento adaptado al entorno», enfatizando la autonomía. Para Jordi Gol (1924-1985) la salud era «una manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa (no tanto en el sentido de alegre sino más bien de plena)», definición adoptada por el X Congreso de Médicos y de Biólogos de lengua catalana, en Perpiñán, en 1976.

Al considerar la salud como algo diferente de la mera ausencia de enfermedad, se puede mejorar o incrementar; mantener o proteger, y recuperar cuando se ha perdido. La promoción, la protección y la restauración de la salud son, pues, propósitos específicos del sistema sanitario, pero no solo de este sino de la sociedad en su conjunto, ya que bastantes de los determinantes de la salud no son accesibles a la influencia directa de la sanidad. Promover la salud, sin embargo, no es simplemente prevenir las enfermedades, sino más bien acrecentarla, aumentar nuestra capacidad, nuestra resistencia y en general nuestra vitalidad.

La salud es un concepto complejo que afecta a las distintas dimensiones de la vida y abarca muchos aspectos, desde los biológicos, incluyendo los fenómenos evolutivos, hasta las relaciones con el entorno y con los demás. Aunque la visión tradicional de la medicina se basa en la enfermedad, perspectiva inicialmente limitada a las alteraciones orgánicas y funcionales que provocan insuficiencia, limitación o sufrimiento, la salud incluye elementos como la resistencia y la capacidad funcional o vitalidad, que ya destacó Henrik Blum (1915-2006) (fig. 8.1). Estos conceptos han sido ampliamente utilizados en el ámbito de la calidad de vida asociada a la salud, como ilustra la figura 8.2, lo que ha permitido el desarrollo de indicadores relativamente sencillos de calidad de vida como por ejemplo el índice ADL o de Katz de actividades de la vida cotidiana (Katz et al., 1963) o el índice EuroQol 5D (EuroQol Group, 1990).

Haciendo un paralelismo con la definición de Dubos, la salud de la comunidad sería «la capacidad colectiva de adaptación positiva a los cambios del entorno»; en cualquier caso, algo más y distinto que la mera suma de la salud de los individuos que la componen. Si se nos permite la comparación, los barrios y las ciudades serían algo así como organismos cuyas funciones y propiedades serían de un orden superior a las de los individuos. Tal como ocurre en los enjambres o los hormigueros en los que abejas y hormigas más bien son componentes del ente funcional. Esta dimensión comunitaria que, entre paréntesis, se aprecia claramente al observar fenómenos como los de la inmunidad colectiva, comporta que la comunidad misma sea un determinante esencial de salud de las personas y un elemento indispensable para la práctica sanitaria efectiva y para mejorar la salud de la población.

Jaime y Rosa Gofin, en su libro sobre salud comunitaria, definen esta como la expresión colectiva de la salud de los individuos y grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características de los individuos, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales (Gofin y Gofin, 2010).

La salud de la comunidad sería pues «la capacidad colectiva de adaptación positiva a los cambios del entorno» y es «la expresión colectiva de la salud de los individuos y grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características de los individuos, las

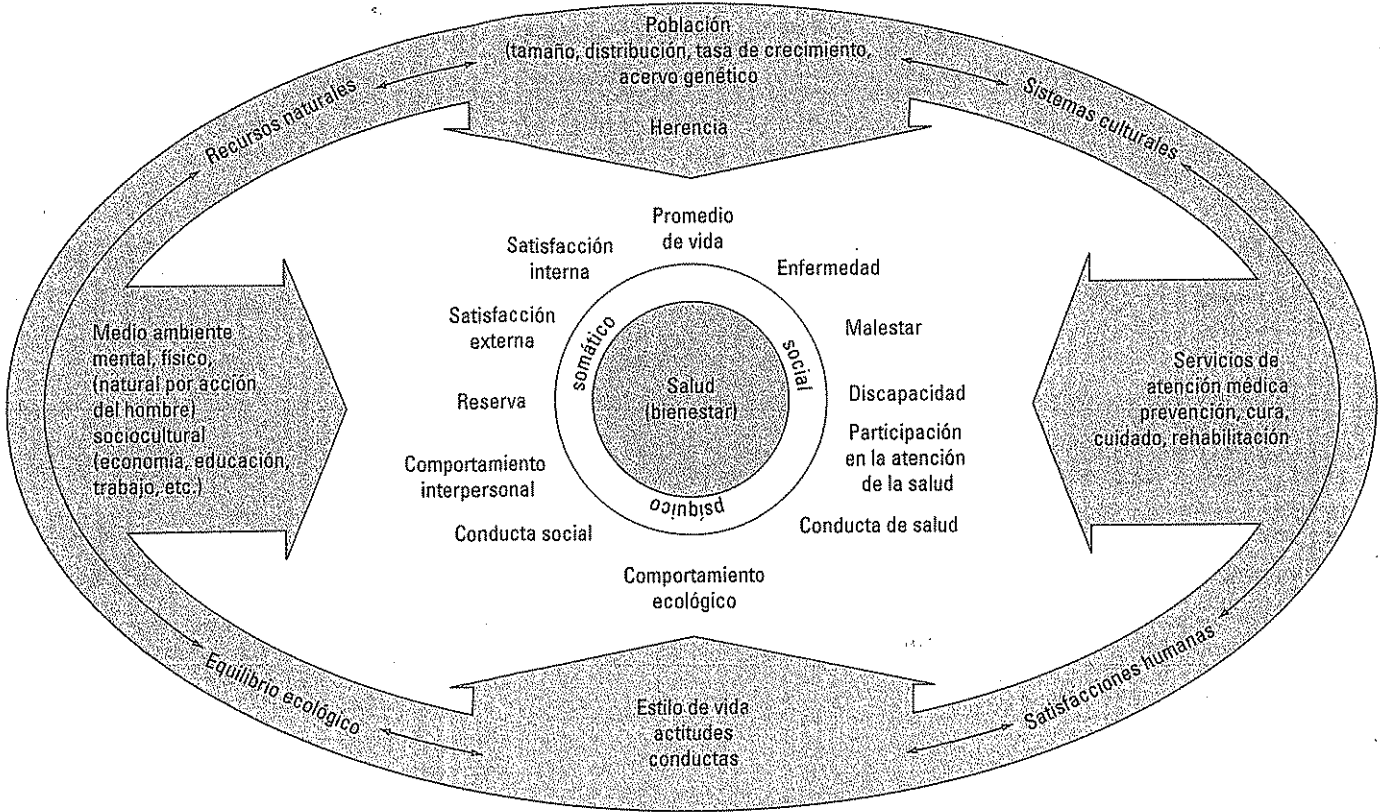


FIGURA 8.1 ■ Concepto de salud y sus determinantes. De Blum H. Planning for Health: Generics for the Eighties. Nueva York: Human Sciences Press; 1981.

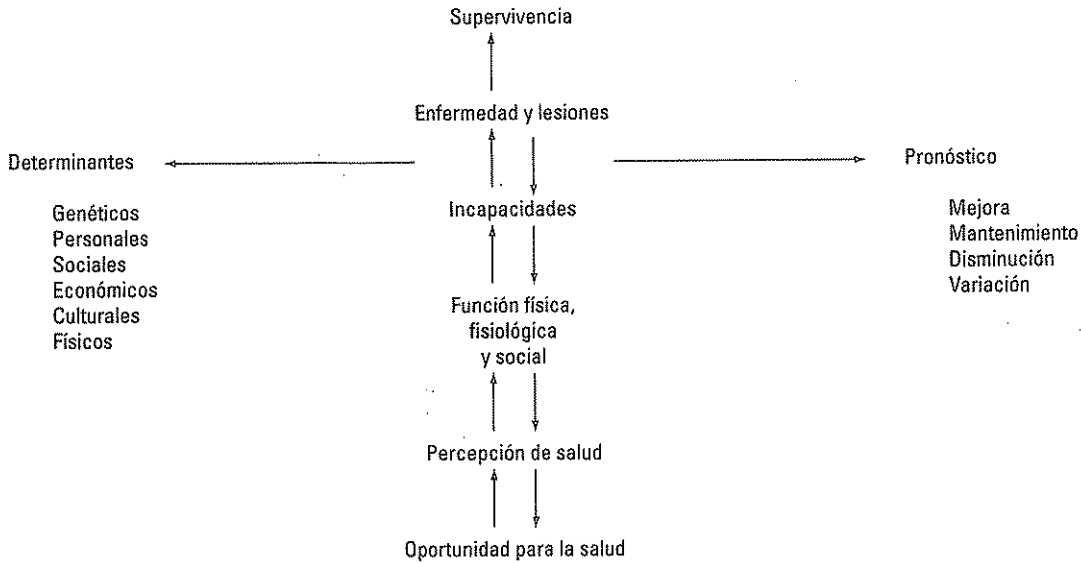


FIGURA 8.2 ■ Formalización y relaciones entre los diversos conceptos de la calidad de vida asociada a la salud. Adaptada de Patrick DL. Bergner M. Measurement of health status in the 1990's. Annu. Rev. Public Health. 1990;11:165-83

familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales».

Considerar la salud en positivo proporciona una perspectiva distinta que la patogénica tradicional de la medicina. Mientras que la patogenia investiga las causas y analiza los procesos de enfermar, la salutogenia tiene que ver con la producción de la salud. Debemos a Antonovsky (1979

y 1987) una teoría de salutogénesis inspirada en el reconocimiento de los factores que incrementan la resistencia y la capacidad adaptativa de algunos humanos enfrentados a condiciones de vida extremas. Mientras que lo que él llama «sentido de coherencia» no sea violado por el estrés, la probabilidad de supervivencia se mantendrá elevada. Antonovsky reconocía tres componentes del «sentido de coherencia», entre los que destacaba el propósito vital

(*meaningfulness*), que viene a coincidir con la formulación japonesa del *ikigay*, y que, de acuerdo con sus hallazgos empíricos, es un buen predictor de la salud y la supervivencia. Los propósitos vitales vienen estimulados por los denominados activos de salud de la propia comunidad, los cuales, obviamente, van mucho más allá que los dispositivos del sistema sanitario. Dichos activos de salud no se limitan a equipamientos sociales y culturales sino que incluyen también los procesos que incrementan la cohesión social y la solidaridad (Morgan, 2014). Todo ello tiene trascendencia a la hora de diseñar y llevar a la práctica programas e intervenciones de promoción de la salud comunitaria. En efecto, como veremos luego, el análisis de la situación inicial, denominado a menudo diagnóstico de salud, no solo se ocupa de detectar y reconocer los problemas de salud sino también sus determinantes, entre los cuales los positivos son precisamente los activos (Cofiño, 2016).

¿De qué depende la salud de la comunidad?

La salud y la enfermedad son el resultado de la interacción de diversos determinantes. Ya desde el tratado hipocrático «Sobre aires, aguas y lugares» conocemos la importancia del entorno. El citado Blum y Huberth Laframboise, por separado, son los impulsores de una concepción global de los determinantes que fue útil para desarrollar estrategias políticas de promoción de la salud. Laframboise colaboró con Marc Lalonde en un informe que tuvo mucho eco, publicado el año 1974, sobre la salud de los canadienses, en el que se resaltaba la importancia de las conductas personales, los llamados estilos de vida, sobre la salud. Se trataba de una importancia mucho mayor que la que podía atribuirse a la medicina, al menos hasta que el sistema sanitario dispuso de

un arsenal terapéutico y preventivo adecuado y, sobre todo, fue accesible a una parte mayoritaria de la población. Como ilustró Mc Keown (1979), la disminución de la mortalidad en el siglo XIX tuvo mucho que ver con la mejora de la nutrición, el higienismo —la pasteurización de la leche de vaca— y probablemente el control de la natalidad.

El sistema sanitario asistencial incorporó en su programa las actividades clínicas preventivas sobre factores de riesgo tales como las dislipemias, el exceso de peso o la hipertensión arterial. El resultado ha sido una sobrecarga de trabajo asistencial, con un impacto poco eficiente y poco equitativo, sin que se haya conseguido modificar el sedentarismo o los excesos alimentarios que a su vez son consecuencia del modelo de organización social.

La figura 8.3 ilustra esta cadena de relaciones causales tomando como ejemplo la enfermedad cardiovascular, la cual se produce debido a la influencia directa de los determinantes más inmediatos, los factores biológicos próximos, los cuales a su vez dependen de la actividad física, el estrés, la dieta, las alteraciones del sueño o el tabaquismo, es decir, los estilos de vida que constituyen los determinantes de la segunda línea. Pero, a su vez, esta segunda línea viene determinada por una tercera, compuesta por los factores situados en el entorno físico, como la accesibilidad a recursos recreativos y deportivos; la movilidad urbana y el transporte público; la calidad estética —armonía del urbanismo, etc.—; la disponibilidad material y económica de alimentos adecuados, así como los patrones de comidas; la publicidad de alimentos, tabaco y alcohol; el ruido o la contaminación atmosférica, que actúan directamente sobre el aparato cardiovascular mediante reacciones inflamatorias, alteración de la función del endotelio arterial, aumentando la frecuencia cardíaca o provocando arritmias. En esta misma posición se encuentran los determinantes sociales, como la cohesión social, los valores y reglas o la

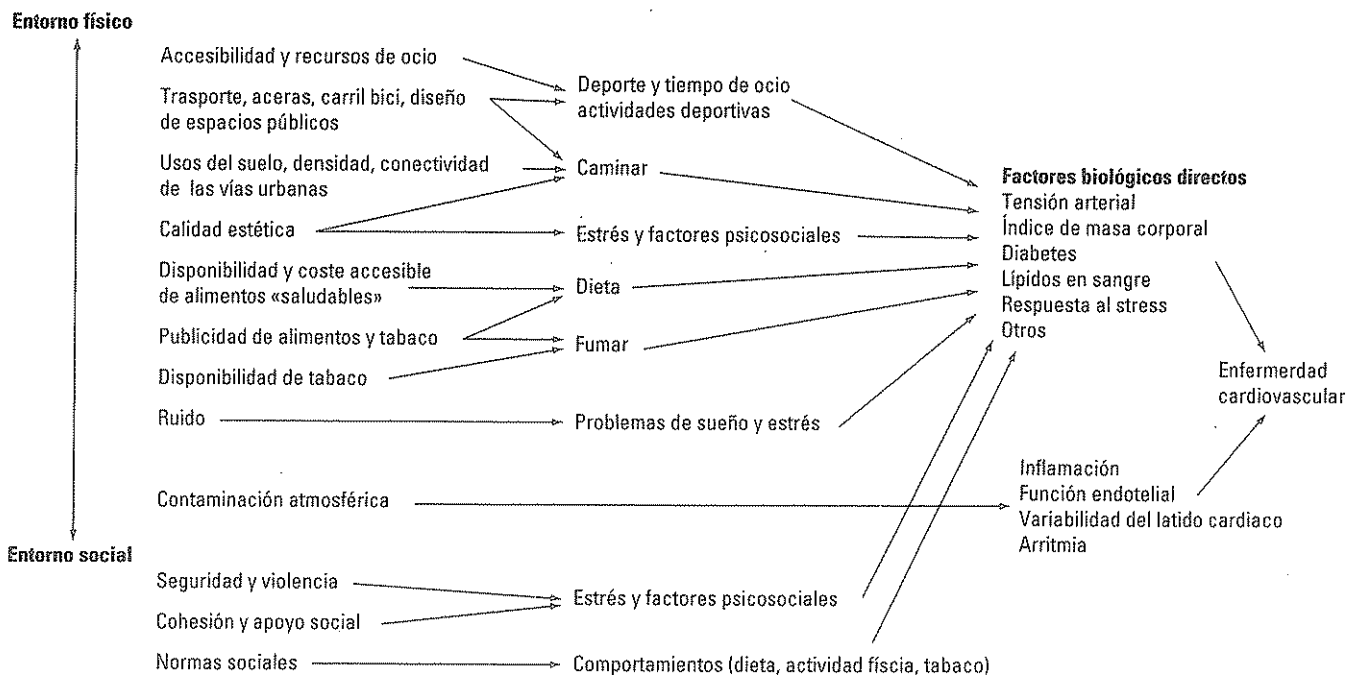


FIGURA 8.3 Las causas de las causas de las enfermedades cardiovasculares. De Diez-Roux AV. Residential environments and cardiovascular risk. J Urban Health. 2003;80:569-89.

seguridad, cuya influencia sobre las actitudes y conductas de las personas es decisiva, de forma que difícilmente se modifican sin alguna intervención de carácter comunitario.

El capítulo 4 se ocupa específicamente de los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades que comportan inequidades, una característica a la que los programas de salud comunitaria deben dedicar la máxima atención.

Ya hemos mencionado tangencialmente la importancia de los indicadores que nos permiten medir los problemas de salud, la calidad de vida asociada a la salud, etc. Pero determinar el grado de salud de las comunidades requiere información específica y muy dinámica, que va mucho más allá —o acá— de la que se dispone habitualmente, a partir de compilaciones más o menos estandarizadas de indicadores de salud (o de enfermedad) y de la exposición a los factores de riesgo o de protección de la salud; estos últimos incluyen los activos de salud de la comunidad misma. Las fuentes de información más utilizadas para caracterizar epidemiológicamente una población se pueden obtener mediante estudios *ad hoc* como las encuestas y exámenes de salud, a partir de los registros de utilización de los servicios —sanitarios, sociales, etc.— y desde luego recurriendo a las estadísticas vitales. En relación con los datos sociodemográficos, el recurso a censos y padrones es frecuente. No obstante, en el mejor de los casos estos datos se refieren a circunscripciones territoriales como la sección censal: un distrito municipal (a veces los barrios), los ayuntamientos, comarcas, provincias y naciones o estados. Conjuntos que raramente coinciden con una comunidad determinada dadas las características de las comunidades actuales de los países desarrollados, por lo que una primera etapa de cualesquiera de las acciones de salud comunitaria, en sus distintas modalidades, es la de aproximarse al conocimiento de la comunidad objeto de interés.

La salud de la comunidad depende de la influencia de múltiples determinantes entre los cuales destacan los factores colectivos de carácter social, las condiciones de vida de las personas y los valores morales y culturales predominantes.

Sin embargo, en la medida en la que se dispone de aproximaciones más o menos desagregadas, los datos que proporcionan ayudan mucho a situar a la comunidad de la que se trate en una clasificación de grados o niveles de salud comunitaria. Y si el territorio se corresponde con el de responsabilidad de una determinada administración pública (p. ej., la local), tal clasificación puede suponer un notorio estímulo para la promoción de la salud.

En este sentido, vale la pena mencionar la iniciativa del Instituto de Salud de la Población de la Escuela de Medicina y Salud Pública de la Universidad de Wisconsin, Estados Unidos, conjuntamente con la Fundación Robert Wood Johnson que consiste en confeccionar un *ranking* anual de todos los condados del país según su posición en términos de salud comunitaria. Un proyecto que se inició en 2003 mediante la clasificación de los condados del estado de Wisconsin y que en la actualidad clasifica todos los condados del país destacando los tres mejores y peores de cada uno de los estados de Norteamérica. El modelo considera que los resultados (supervivencia y calidad de vida) dependen de cuatro tipos de factores determinantes de la salud que se cuantifican (conductas saludables —tabaquismo,

alcohol y drogas, dieta, actividad física y sexual— cuyo valor se pondera con un 30%; sistema sanitario que pesa un 20% e incluye tanto el acceso como la calidad de los servicios; factores socioeconómicos —educación, empleo, seguridad ciudadana, renta, apoyo familiar y social— cuyo impacto es del 40%; entorno ambiental —calidad del agua y del aire, vivienda y tránsito— con un 10%) como consecuencia de las políticas y programas establecidos (<http://www.countyhealthrankings.org/our-approach>).

Este proyecto ha sido adoptado por la comunidad autónoma de Asturias (España) que clasifica la totalidad de los municipios asturianos siguiendo unos criterios muy similares a los de Estados Unidos. En este caso, los factores determinantes incluyen la calidad asistencial medida mediante la demora quirúrgica, los cuidados inadecuados a los pacientes diabéticos, la ausencia de control mamográfico y las hospitalizaciones evitables. La categoría de estilos de vida incluye la prevalencia de fumadores y de obesidad infantil, el sedentarismo, la dieta inadecuada, el consumo excesivo de alcohol y los embarazos en adolescentes; mientras que los factores socioeconómicos abarcan el desempleo, el nivel de estudios, la proporción de personas de clase social desfavorecida, la de familias monoparentales, la existencia y alcance del salario social básico y la exclusión social. La antigüedad del parque móvil y la proporción de vehículos sin inspección técnica de vehículos (ITV) completan los datos (<http://www.obsaludasturias.com/obsa/determinantes/?anio=2016>).

Más allá de ser un ejemplo de elaboración de información sanitaria relevante a partir de la utilización de datos existentes, estas iniciativas adquieren más sentido como elementos de una estrategia de promoción de la salud colectiva puesto que, al difundirse entre la población, estimulan el interés de la ciudadanía por la salud comunitaria y, en algunas culturas, suponen un incentivo para su implicación y participación. Como es obvio, no obstante, la prevalencia de conductas saludables entre la población de los territorios clasificados podría interpretarse inadecuadamente en el sentido de culpabilizar a las víctimas porque las condiciones de vida de las personas —muchas de las cuales no han sido elegidas libremente— facilitan u obstaculizan la adopción de comportamientos saludables.

PROGRAMAS E INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA

A menudo se denomina «salud comunitaria» al conjunto de estrategias, métodos y actividades orientadas a mejorar el estado de salud de una población definida (De Peray, 2000). La clave de la salud comunitaria consiste en promover las capacidades de una comunidad y sus individuos para poder resolver sus problemas, lo que normalmente requiere algo más que una mera actividad. Afrontar problemas importantes, como la violencia doméstica, la obesidad infantil o el abuso de drogas, demanda intervenciones complejas que constituyen verdaderos procesos, con varios actores, y una serie de pasos. Estos procesos no se limitan a los aspectos tradicionalmente sanitarios (asistenciales y de salud pública), sino que incluyen factores sociales o del entorno que afectan indirectamente, pero de forma significativa, a la salud de la población.

La mejora de la salud implica muchas más acciones que la intervención sobre los problemas de salud, actuar sobre los factores determinantes de la salud y la enfermedad e identificar las necesidades en salud de la población objeto de atención y los factores que las determinan. Siendo conocido que la gran mayoría de los problemas de salud (desde las clásicas enfermedades cardiovasculares pasando por los problemas de salud mental y muchísimos más, por no decir la mayoría) tienen un origen multicausal, una de las características imprescindibles de la atención comunitaria es la necesaria intervención multisectorial y no solo desde los servicios sanitarios.

El Glosario de Promoción de la OMS también define la «acción comunitaria para la salud» como «el conjunto de esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla». Se puede entender pues como un proceso que constituye «un proyecto colaborativo, intersectorial y multidisciplinar que usa abordajes de salud pública, de desarrollo comunitario e intervenciones basadas en la evidencia para implicar y trabajar con las comunidades de manera adecuada a sus valores culturales para optimizar la salud y la calidad de vida de las personas» (Goodman et al., 2014).

Las acciones de promoción de la salud comunitaria se pueden llevar a cabo de maneras muy diversas, aunque según la perspectiva desde la que se aborden, sea sanitaria o comunitaria propiamente, tienen un desarrollo particular.

Un aspecto esencial de la promoción de la salud comunitaria es lo que se ha venido en llamar, desde la primera conferencia internacional de promoción de la salud de 1986 en Ottawa, el empoderamiento de las personas y de las poblaciones respecto del control de los determinantes de su propia salud. Un empoderamiento que supone el ejercicio de la autonomía o de la libertad, personal y colectiva, y por ello la asunción de la responsabilidad individual y social de ejercerla. Una especie de emancipación de la autoridad profesional que, con mayor o menor paternalismo, ostentan los médicos y, por extensión, los sanitarios. Una reivindicación que en su versión más drástica y radical formuló Ivan Illich en su célebre ensayo de 1976 *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Sin embargo, conseguir igualar la relación médico paciente no es nada fácil, entre otras razones porque se trata de una relación tradicionalmente asimétrica, tal vez un poco más que las relaciones entre el mecánico de automóviles y el propietario de un vehículo averiado, o del vecino y el fontanero (plomero) que repara una avería doméstica, y también debido a que son bastantes las personas que prefieren no tener todos los detalles de su enfermedad y delegan en el médico su confianza personal que, desde luego, no tiene por qué ser ciega. En cualquier caso, cierto grado de empoderamiento es exigible, lo que implica la participación activa de los agentes (de ahí el nombre) comunitarios.

La acción comunitaria es el conjunto de esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla.

Participación ciudadana y desarrollo comunitario

Participación también es un término polisémico. Baste recordar que las tasas de cobertura de los programas de prevención secundaria, por ejemplo de cáncer de mama, a menudo se denominan así, aunque más bien reflejen la adherencia de la población invitada al diagnóstico precoz. En este sentido sigue siendo ilustrativa la escalera de la participación (Amstein, 1969) (fig. 8.4). Lamentablemente, los órganos de participación establecidos por las organizaciones sanitarias tienden a un funcionamiento excesivamente burocrático y a menudo parecen más bien coartadas que dispositivos efectivos de control y de responsabilidad (Segura, 2010). Sin embargo, la implicación activa de la ciudadanía es un elemento esencial de la salud comunitaria. A propósito de ello, vale la pena destacar que los profesionales y trabajadores sanitarios actualmente implicados en procesos de promoción de la salud comunitaria casi siempre lo son en su condición de técnicos y muy raramente como miembros de la propia comunidad, incluso en el ámbito rural, lo que supone cierta distancia, con sus correspondientes consecuencias. No obstante, desempeñar a la vez el papel de sanitario y de ciudadano tiene también sus dificultades.

El desarrollo de la salud comunitaria desde la perspectiva de la propia comunidad acostumbra a producirse desde un planteamiento más holístico que incluye la salud en el conjunto de dimensiones sociales: vivienda, trabajo, ocio, urbanismo, educación, etc. Sin embargo, las reivindicaciones sanitarias, que solo afectan a una parte de la salud, habitualmente destacan entre las acciones de desarrollo comunitario, por lo que conviene advertir que la identificación de sanidad y salud puede llevar a potenciar desproporcionadamente las actividades profesionales en detrimento de las iniciativas más comunitarias.

Entre los ejemplos de desarrollo comunitario que tienen transcendencia en el ámbito de la salud y de la sanidad son de destacar los promovidos siguiendo las orientaciones de Marco Marchioni, que reclama la necesidad de configurar un marco teórico que valora como más resistente, más

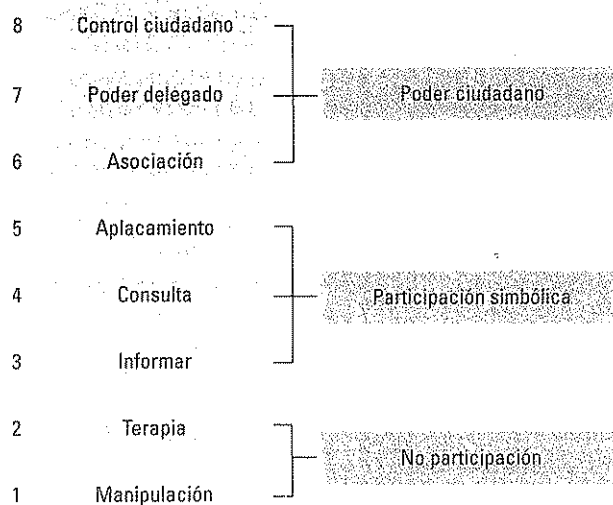


FIGURA 8.4 La escalera de la participación.

CUADRO 3.1

Fases de los procesos de desarrollo comunitario

- Nacimiento del equipo (asociaciones vecinales, entidades ciudadanas, administraciones locales, etc.)
- Organización del equipo comunitario
- Primer acercamiento de datos de la comunidad
- Empezar a formar los diferentes grupos
- Recoger datos para el diagnóstico comunitario
- Consensuar el diagnóstico con los diferentes actores
- Organizar el encuentro comunitario
- Formar comisiones (Salud, Educación, Cultura, Trabajo/Desarrollo económico, etc.)
- Priorizar las necesidades
- Planificar las intervenciones
- Implementar las intervenciones
- Evaluación durante todo el proceso (orientada a la acción)

Adaptado de Marchioni, 1999.

solidaria y más saludable aquella comunidad capaz de protagonizar un proceso de intervención y de coordinar los diferentes recursos técnicos para resolver sus problemas (incluidos los sanitarios), con un abordaje metodológico flexible pero que permita la movilización comunitaria y fuerce la implicación de las instituciones, lo que acostumbra a requerir la existencia de una asociación comunitaria y de un comité técnico asesor. Así se puede abordar de forma participativa lo que se conoce como diagnóstico comunitario participativo, que Marchioni denomina audición, etapa previa al diseño del plan de acción y a su implementación. Los pasos de estos procesos serían esquemáticamente los relacionados en el cuadro 8.1.

Los criterios para valorar el éxito de estos procesos comunitarios tienen que ver con altos niveles de participación y protagonismo de miembros de la comunidad, con la sostenibilidad y continuidad del proceso, con la implicación persistente de otros sectores, con la satisfacción de los participantes, con la creación y aumento de redes y, finalmente, con la mejora efectiva de los problemas objeto de las intervenciones. Aunque siguen una secuencia similar a la que veremos en el modelo APOC, este planteamiento fomenta los procedimientos deliberativos que promueven la participación activa de la comunidad. De todos modos, y a pesar de que salud y sanidad no son sinónimos, es decir, que el sistema sanitario no monopoliza en absoluto los determinantes colectivos de la salud, ni siquiera desde el ámbito del conocimiento, la influencia sanitaria a la hora de analizar preferencias, problemas y necesidades de salud es muy elevada, lo cual puede suponer un riesgo de medicalización excesiva, con la consiguiente iatrogenia. No obstante, el sistema sanitario es insustituible a la hora de afrontar las enfermedades y sus consecuencias, de forma que no es realista defender una posición que excluya la sanidad.

El papel del sistema sanitario

También desde el sistema sanitario es posible desarrollar sistemáticamente actividades de promoción de la salud comunitaria, incluso desde la denominada atención especializada, como se intenta desde el movimiento de hospitales promotores de la salud. Una iniciativa que, como

centro colaborador de la OMS, se ha desarrollado como una red global que agrupa más de veinticinco redes nacionales, cada una de las cuales consta como mínimo de tres hospitales y otros servicios sanitarios. En el momento de redactar este capítulo existe en cuarenta países y agrupa unos setecientos hospitales y centros sanitarios (<http://www.hphnet.org/>). De utilidad para los interesados en la promoción de la salud comunitaria resulta otra red, denominada actualmente Network Towards Unity for Health, que desde hace más de treinta años promueve la colaboración entre universidades y centros académicos con las instituciones y asociaciones de los servicios sanitarios y de la sociedad civil en todo el mundo. Sus actividades, publicaciones, documentos y debates son accesibles en la red (<http://thenetworktuffh.org/>) El acrónimo Towards Unity for Health en su versión española es «Actuando Unidos para la Salud» que denomina la red de centros de atención primaria públicos en Cataluña AUPA, que actualmente agrupa un 30% del conjunto de estos dispositivos. En España, el Programa de Actividades Comunitarias de la Atención Primaria (PACAP), una iniciativa de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, promueve proyectos de intervención y de investigación en este ámbito y edita la publicación periódica *Comunidad* (<http://www.pacap.net/pacap/revista-comunidad/>).

Pero, desde una perspectiva histórica, ha sido la medicina general o familiar, inicialmente bajo el paraguas de la medicina social, desde la que se han promovido las iniciativas sanitarias más importantes en este ámbito, que es el nivel del sistema sanitario más cercano a la población. Está claro que los dispositivos de la salud pública del sistema sanitario tienen también como objetivo la colectividad. Sin embargo, no ha sido hasta recientemente cuando han empezado a desarrollar actividades de promoción de la salud comunitaria, más allá de la prevención de enfermedades y de la protección de la salud. Hay que recordar que la salud pública moderna nace a mediados del siglo XIX para materializar el compromiso político de los gobiernos, sobre todo en el ámbito local, de proteger la salud de la ciudadanía, lo que comporta responsabilidades de inspección y de sanción gubernamentales. El desarrollo de las iniciativas de salud pública ajenas al sistema sanitario, entre las cuales destacan las relacionadas con el urbanismo, la seguridad vial, la seguridad laboral, el control del medio ambiente, etc., ha modificado las funciones de la salud pública sanitaria tradicional de manera que su futuro probablemente depende de la capacidad de colaborar con el nivel asistencial más comunitario, la atención primaria de salud.

La aproximación sanitaria a la salud de la comunidad requiere, desde luego, establecer una relación de los dispositivos sanitarios con la comunidad, relación que puede ser más o menos intensa y más o menos interdependiente. La historia de la medicina nos ilustra acerca de la importancia de considerar el entorno y la cultura de las sociedades humanas donde viven los pacientes ya desde las obras hipocráticas, que se actualiza con la elaboración de las topografías médicas a partir del siglo XVIII. El desarrollo de la medicina social es otro ejemplo, y la frase lapidaria de Virchow «*Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist nichts weiter als Medizin im Großen*» («la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a

mayor escala») a propósito de la epidemia de tífus exantemático en Silesia, un lema de la salud pública. Así pues, la medicina, sobre todo la medicina general, la de los médicos de cabecera y en la actualidad la especialidad de medicina familiar y comunitaria, siempre tiene en cuenta, siquiera en teoría, esta dimensión social de la salud y de la especie humana, el llamado modelo biopsicosocial (Engel, 1977).

Atención a la familia y a la comunidad

El ejercicio habitual de la medicina general o de familia, conjuntamente con las prácticas profesionales de enfermería, trabajo social y de atención a los pacientes, que se acostumbra a englobar en el conjunto de la llamada atención primaria puede también desarrollar directamente actividades de promoción y de protección de la salud comunitaria (además de tratar de restaurar la de las personas) siempre que se tenga en cuenta la dimensión social de las personas atendidas y la influencia de los determinantes colectivos de su salud. Algunos instrumentos del modelo biopsicosocial aplicados sin más en la consulta (Turabián et al., 2008) son el formato de entrevista y de historia clínica contextualizadas, la utilización junto al genograma del ciclo vital familiar con una lista de acontecimientos familiares relevantes, las escalas de apoyo social o un inventario de recursos del propio paciente, entre otras herramientas que se pueden emplear en los consultorios de la atención primaria y, desde luego, en el domicilio de los pacientes. Se trata de una modalidad de asistencia que cada vez más se ciñe al control de enfermos crónicos de limitada movilidad, a pesar de que puede procurar una información valiosísima sobre el contexto familiar y social de los pacientes. Vale la pena también una referencia a la iniciativa de atención primaria «doce meses doce causas», particularmente al ejemplo del mes de septiembre «El centro de salud no es el centro de la salud» (<https://apxii.wordpress.com/2011/09/12/septiembre-el-centro-de-salud-no-es-el-unico-centro-de-la-salud/>); este presenta el caso de una madre de familia con sobrepeso, diabetes, hipertensión arterial y ansiedad, cuya atención ilustra la importancia de aprovechar las posibilidades de la compañía de otras personas de la comunidad mediante paseos y otras actividades, reduciendo la influencia negativa de la soledad o del sedentarismo pero sin olvidar atender médicamente las alteraciones patológicas que sufren los pacientes.

Interdisciplinariedad y organización

Algunos sistemas sanitarios, sobre todo aquellos en los que la atención primaria tiene un papel destacado, han promovido políticas sanitarias con acento explícitamente comunitario. Cabe destacar en este sentido la experiencia canadiense, particularmente en la región de Quebec. Desde que, en 1970, se crearon los centros de atención sanitaria comunitarios (CHCC), estos debían integrar cierta perspectiva intersectorial. La colaboración interdisciplinaria es decisiva en estos planteamientos, pero resulta bastante difícil llevarla a la práctica, como pone de manifiesto una indagación mediante cuestionario postal a los 157 centros quebequeses (Sicotte et al., 2002) en la que se destacaba la tensión antagónica entre una perspectiva interdisciplinaria formalmente adoptada y la lógica profesional de las

disciplinas sanitarias. De ello se deducía la importancia de una formación académica y profesional que facilite efectivamente el trabajo intersectorial y, además, un diseño organizativo proclive a ello.

Como es lógico, el papel que desempeñen los distintos profesionales sanitarios en estas iniciativas resulta crucial, por un lado debido a la aportación específica que cada profesión puede proporcionar y, por otro, en relación con los aspectos organizativos de los servicios de atención primaria y comunitaria.

Las aportaciones potenciales no se deben limitar a las que en la práctica acostumbran a proporcionar los profesionales de enfermería y de trabajo social cuando se dispone de este recurso humano. En efecto, buena parte de las iniciativas que se están llevando a cabo en países en los que la atención primaria constituye un nivel asistencial institucionalizado como en España están protagonizadas directamente por enfermeras. Probablemente esto se debe a que la formación universitaria de estos profesionales se ha ocupado explícitamente de ello, y también porque el papel de la enfermería no hospitalaria se ha ido construyendo ocupando espacios descuidados. En cualquier caso, la dimensión comunitaria de la atención sanitaria no debe ser responsabilidad de una sola profesión, sino una perspectiva adoptada por el conjunto del equipo asistencial, incluidos los médicos y el personal de atención al usuario o al paciente. Tampoco debe ser una práctica voluntarista, que ni consta formalmente en el catálogo de prestaciones ni se evalúa de forma adecuada —a veces incluso desincentivadora— ni, lo que es más importante, se incluye en los horarios de dedicación laboral. Una manera de trabajar que en ocasiones incluso comporta interferencias funcionales con los procedimientos regulares. No significa esto que todos los componentes del equipo asistencial hagan de todo. Cada profesional debe tener clara su función y su responsabilidad, y definidas las tareas que le corresponden, incluyendo las que se comparten coordinadamente.

En este sentido conviene destacar que las competencias exigibles a los diversos profesionales y trabajadores sanitarios deben ser apropiadas. No parece muy lógico que asuman tareas más propias de los agentes de salud de la propia comunidad, como gestionar un huerto urbano, dirigir un grupo de tai-chi o acompañar a pacientes en caminatas saludables, aunque puede ser adecuado que las promuevan e incluso que las inicien. Otra cosa, desde luego, es la conducta que adopten como miembros de una o de varias comunidades, puesto que los comportamientos saludables que se aconseja que lleven a cabo los ciudadanos también les son aplicables.

Obviamente los conocimientos y habilidades clínicas deben ser el núcleo y la base del trabajo de médicos y enfermeras, mientras que para otros especialistas lo serán las que les competan.

En cuanto a los aspectos más organizativos, van a depender de las características de los sistemas sanitarios en los que trabajen. En aquellos países en los que la sanidad incluye, aunque sea de forma marginal, servicios colectivos de salud pública, conviene que la relación entre estos dispositivos y los de atención primaria sea estrecha e intensa. Cuando el sistema sanitario se organiza territorialmente en ZBS o demarcaciones similares, resulta muy adecuada una coordinación efectiva entre todos los centros ambulatorios,

ya sean centros de salud mental, de atención a pacientes adictos a drogas o de cualquier otro tipo. Naturalmente siempre es de agradecer una buena coordinación entre la denominada atención especializada, sea o no de internamiento, y la primaria. Pero llama poderosamente la atención que a menudo no existe —o es manifiestamente mejorable— la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios, hasta el punto de que algunas organizaciones sanitarias habilitan plazas propias de trabajo social en los dispositivos asistenciales, cuando probablemente sería más eficiente la integración funcional.

La incorporación de la salud pública

Desde los dispositivos de salud pública de los sistemas sanitarios (no hay que olvidar que buena parte de las actividades de salud pública no dependen de la sanidad, como ocurre por ejemplo con la seguridad vial, el urbanismo o la protección del medio ambiente) también se pueden llevar a cabo proyectos de promoción y protección de la salud comunitaria, entre los cuales merecen destacarse los que en España ha promovido el servicio de salud comunitaria del Principado de Asturias ya citado o el de Salud en los Barrios que las agencias de salud pública de Barcelona y de Cataluña desarrollaron mediante una iniciativa legal autonómica (Ley 2/2004, de 4 de junio, de mejora de barrios, áreas urbanas y villas que requieren una atención especial) aprovechando la contribución financiera de la Unión Europea a la restauración urbanística de barrios particularmente necesitados. En la ciudad de Barcelona el programa se mantiene desde su inicio en 2008 (<https://www.aspb.cat/documents/barcelona-salut-als-barris-memoria-2016/>)

En ambos casos se trata de planteamientos desde la salud pública más que desde el sistema asistencial, que promueve la implicación intersectorial y la participación política y ciudadana. Dicha perspectiva, gracias al movimiento «Salud en todas las políticas» —o, como prefiere calificarlo una de sus promotoras (Kickbush, 2013), de promoción de políticas públicas saludables— impulsa la participación intersectorial, de manera que cada sector pueda capitalizar sus contribuciones a la salud colectiva y, por ello, disponga de un incentivo que incremente su sensibilidad salubrista. Precisamente con este planteamiento, en Cataluña se ha diseñado recientemente un Plan Intersectorial de Salud Pública (PINSAP) que es la base del proyecto Comunidad y Salud (COMSalut), cuyo propósito principal es desarrollar la intersectorialidad y la participación ciudadana en la promoción de la salud colectiva desde la base (Cabeza et al., 2016).

Como la implicación profesional resulta decisiva para estos menesteres, conviene destacar el ejemplo del PACAP que la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) creó en 1995 para impulsar y coordinar proyectos de intervención e investigación en este ámbito. El PACAP ha sistematizado una concepción de la salud comunitaria que, entre otras virtudes, ayuda a aclarar las confusiones y malentendidos que acostumbran a rodear el concepto (<http://www.pacap.net/pacap/>) y se encarga de la edición de la revista cuatrimestral *Comunidad* (<http://comunidadsemfyc.es/>). También ha representado un impulso para la materialización de experiencias basadas en el modelo APOC.

¿QUÉ ES LA ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD? SU PAPEL EN EL DESARROLLO DE LA SALUD COMUNITARIA

La APOC es un modelo de atención primaria basado en los principios de la salud comunitaria y de la Declaración de Alma-Ata (Gofin y Gofin, 2010). La formulación inicial del concepto la debemos a Sidney Kark y Emily Kark, que la elaboraron mientras atendían a la población zulú a su cargo en Pholela (Sudáfrica). Ellos desarrollaron los planteamientos tradicionales de la medicina social integrando elementos de la salud pública, particularmente de la epidemiología, como ilustra su trabajo seminal sobre la sífilis (Kark, 1949). Posteriormente se procedió a sistematizar sus planteamientos (Abramson, 1999) bajo una perspectiva más explícitamente metodológica.

Conceptualmente se basa en la integración de la perspectiva asistencial, dirigida a las personas individualmente, con la poblacional, que tiene en cuenta la influencia de los determinantes colectivos sobre la salud de las personas y de la misma comunidad, ya que sin este componente muchos esfuerzos asistenciales resultan baldíos. La mejor respuesta a las necesidades de salud de la población implica la coordinación intersectorial y la participación comunitaria, ya que gran parte de las necesidades detectadas requieren que otros sectores y la población misma sean sujetos activos para promover los cambios necesarios para la mejora del nivel de salud de la comunidad. En el año 2017, el National Institute for Health and Care Excellence ha elaborado recomendaciones para la participación comunitaria en proyectos de mejora de la salud, bienestar y de reducción de desigualdades (NICE, 2016).

Además, la APOC aporta una metodología que no solo tiene una dimensión instrumental sino que se constituye en una forma de trabajo con la que reforzar las acciones que modifican positivamente el nivel de salud o sus determinantes. Como ya se ha comentado, gran parte de los determinantes de la salud no se pueden modificar ni siquiera desde el nivel local de la comunidad puesto que requieren intervenciones más generales y estructurales, y todavía menos si las acciones son exclusivamente sanitarias, porque es imprescindible la implicación de otros sectores y de la misma comunidad. Esto no es sencillo, principalmente porque se debe compartir un proceso en el que cada uno puede tener conocimientos, marcos teóricos, metodologías, visiones, etc., diferentes y, por tanto, es preciso llegar a acuerdos a fin de que las decisiones sean compartidas al máximo, lo que requiere conciliar un lenguaje y un marco de acción comunes; es en este punto donde la metodología APOC, acordada en las primeras fases del trabajo en red, puede ser un buen instrumento para facilitar esta tarea común.

Es pues aconsejable superar una perspectiva de «APOC desde un EAP» mediante el planteamiento de «APOC en la comunidad». Ahora bien, si no es posible la integración inicialmente, desde los dispositivos sanitarios se puede iniciar el proceso. De hecho, algunas veces se han puesto en marcha procesos APOC solo por una parte de los miembros del EAP (y por tanto sin contar con la implicación de todos sus componentes), pero conforme el equipo se

vaya implicando en la comunidad deberá ir avanzando en el trabajo en red con el resto de miembros de dicha comunidad, tanto profesionales (trabajo intersectorial) como civiles (participación comunitaria), que tienen voluntad de mejorar el nivel de salud.

Las comunidades son muy diversas en sus problemas, necesidades, recursos e implicación de sus miembros (tanto profesionales como civiles), y por tanto lo primero que habrá de plantearse y tener en cuenta será en qué comunidad vamos a trabajar, aproximarnos al máximo a ella, conocerla y crear las alianzas necesarias para poder llevar a cabo las estrategias de salud comunitaria. Esta será una buena manera de empezar, evitando crear falsas expectativas, más allá de las que se vayan a asumir, sobre todo teniendo en cuenta que la salud comunitaria es un proceso a largo plazo, y no cumplir los acuerdos y los compromisos puede tener un perverso efecto negativo debido al desgaste que provocan estas experiencias, sobre todo en las fases más iniciales.

Desarrollo de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad

Como cualquier proceso de mejora de la salud comunitaria, conviene iniciarlo planteándose una serie de preguntas básicas. En el modelo APOC son relevantes estas cinco (Gofin y Gofin, 2010):

1. ¿Cuál es el estado de salud de la comunidad?
2. ¿Cuáles son los factores responsables de ese estado de salud?
3. ¿Qué se ha hecho por parte de la comunidad y de los servicios de salud?
4. ¿Qué se puede hacer y cuál sería el impacto esperado de esas acciones?
5. ¿Qué medidas se requieren para dar continuidad a la vigilancia sanitaria de la comunidad y para evaluar los cambios en su estado de salud?

Las respuestas a estas preguntas nos han de permitir valorar las necesidades que hay que afrontar, analizar cómo se expresan y están determinadas, identificar qué se ha hecho o qué se está haciendo (se podrá así aprender del pasado y también decidir si lo que falta es reforzar acciones ya existentes, ya que no siempre hay que poner en marcha nuevas actuaciones), plantear qué se puede hacer identificando nuevas líneas de intervención para modificar alguno de los determinantes del problema —según la evidencia y los recursos disponibles— y diseñar la evaluación que requiere un seguimiento de las intervenciones, vigilando el cumplimiento de las actividades planificadas y su calidad, así como de los problemas de salud que estamos pretendiendo mejorar. No hay que olvidar que el objetivo es incidir en la mejora de la salud de la comunidad.

El desarrollo de la salud comunitaria debe ser intersectorial y por ello hay que plantearlo como un trabajo colaborativo en red, de modo que compartir y complementar la visión sectorial de las necesidades y sus determinantes redunde en optimizar las decisiones oportunas para ver qué hacer y cómo. El trabajo en red es una buena base para la mejor acción comunitaria si cuenta con la participación de todos aquellos actores que, por su trabajo o por su implicación (como la misma sociedad civil), se proponen la

mejora de los determinantes de los principales problemas de salud de la comunidad. Cada punto de la red es distinto, y por tanto, en cierta manera, único, irrepetible y muy valioso por sí mismo. Puntos de la red pueden ser: el EAP, el equipo de servicios sociales, los maestros, las entidades vecinales, etc. Los profesionales de salud pública pueden ser un punto de la red o bien reforzar al EAP, dependiendo de los recursos de salud pública en cada territorio y de su organización.

Dicho muy esquemáticamente, la APOC consiste en conocer la comunidad y detectar sus necesidades, priorizar el/los ámbito/s a abordar y las intervenciones, conocer con suficiente detalle los aspectos epidemiológicos del problema sobre el que se pretende actuar y diseñar el programa de intervención para abordarlo, monitorizar y evaluar las acciones y sus resultados, y reevaluar las necesidades.

La figura 8.5 muestra el ciclo de acción de la APOC, puesto que, en el caso de que el problema específico se haya resuelto, volveremos a empezar abordando otros problemas. Y como no es previsible un mundo sin problemas, tampoco lo es la interrupción del ciclo, que no es un esquema lineal, al tratar de orientar las respuestas a las necesidades de salud de la comunidad. En consecuencia, al no ser estas necesidades finitas y al referirnos al concepto de «orientación» (es decir, una manera de posicionarse), el ciclo no tiene un principio y un fin, sino que se trata de un proceso continuo.

Dicho así, queda descrito como un proceso muy secuencial, paso a paso, y en gran parte lo es, si bien en la práctica dependerá de los recursos (personales, económicos y de todo tipo) y de las necesidades de la comunidad (aparición de nuevos problemas o disminución de los ya existentes por diferentes motivos, o cambios poblacionales, etc.) que este proceso pueda tener varias fases en marcha. Así, por ejemplo, desarrollar una intervención para la reducción del embarazo en adolescentes puede requerir reevaluar las necesidades de la comunidad para conocer cambios poblacionales debidos a procesos migratorios.

A continuación detallaremos cada una de las fases de la APOC, ampliamente descritas en la literatura (Foz et al., 2008; Gofin y Gofin, 2010).

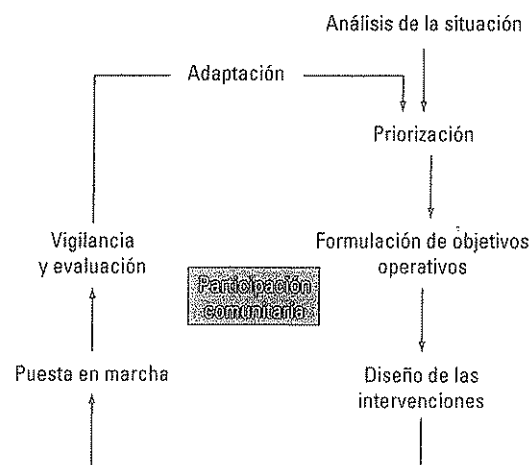


FIGURA 8.5 Ciclo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). De Gofin y Gofin, 2010.

La APOC es, además de una metodología, un modelo de atención primaria. Su base es dar respuesta a las necesidades en salud de la población y requiere coordinación intersectorial y la participación comunitaria.

Caracterización de la comunidad

En primer lugar será necesario definir lo más operativamente posible la comunidad, una fase muy necesaria ya que serán sus propias necesidades las que deberemos valorar de cara al momento de intervenir. Esta es una etapa que no acostumbra a ser fácil y que puede requerir alguna negociación. Hay que evitar dirigirse únicamente a los usuarios efectivos de los recursos puesto que, por ejemplo, si una parte de la población asignada no acude al centro de salud, puede ser debido a problemas de acceso (cultural, de horarios, de trato, etc.) y no a que no tenga problemas de salud; en ese sentido, es muy importante señalar que, en algunas ocasiones, justamente son los grupos que no acceden a los servicios los más vulnerables y los que concentran mayores necesidades y riesgos para la salud, como nos explicaba Julian Tudor Hart con su ley de cuidados inversos.

Si el equipo comunitario, además del EAP, incluye otros servicios (p. ej., sociales, educativos, técnicos del ámbito local —distritos, ayuntamientos—, etc.), como es deseable y como se espera que ocurra mediante el establecimiento de alianzas locales, hay que esforzarse para compartir una definición de comunidad mutuamente satisfactoria. Dicha definición debe incluir también a las entidades ciudadanas o agentes cívicos. Es obvio que, en algunas ocasiones, esta fase previa de definir una comunidad será ardua, pero al mismo tiempo la dificultad del inicio, debida a la participación en el equipo comunitario de diferentes agentes, puede acabar resultando útil y facilitar la futura intervención comunitaria, ya que se contará con más agentes convencidos para plantearla y llevarla a cabo.

Una vez definida la comunidad, hay que caracterizarla, describir cómo es y qué necesidades tiene en relación con la salud y sus determinantes. Esto incluye su descripción geográfica, sociodemográfica, epidemiológica y de los principales recursos sociales, sanitarios y culturales de los que dispone. Cabe señalar que esta fase de caracterización de la comunidad se basa en la recopilación de información ya existente y no en generar nuevos datos cuantitativos. Se trata de buscar la información ya disponible en diferentes registros que, eso sí, suelen pertenecer a diferentes agentes o sectores.

Más adelante se describen brevemente los indicadores y las fuentes de información que suelen ser útiles, pero antes cabe recordar que la información de los registros no cubre todo el espectro necesario. Es por ello que en esta fase resulta útil incluir información cualitativa, extrayendo la percepción sobre cómo es y qué necesidades y activos en cuanto a salud tiene la comunidad, según los agentes implicados. La opinión de las personas trabajadoras (de sanidad, servicios sociales educación, etc.) de primer nivel puede ser muy valiosa, ya que su experiencia laboral les posiciona como observadores privilegiados de la comunidad y conocedores de sus necesidades relacionadas con la salud. También la opinión de la comunidad puede ser de gran utilidad. Es aconsejable y deseable que quien

aporte información sobre la comunidad, porque trabaja o vive en ella, no haga prevalecer sus intereses particulares. Diferentes técnicas cualitativas son útiles para esta fase: los grupos nominales, las entrevistas en profundidad, los grupos de discusión, etc. Lo importante es seleccionar la técnica en función del colectivo en el que se quiere aplicar.

En esta fase de conocimiento de la comunidad se deben también identificar los activos que dicha comunidad dispone, es decir, todos aquellos factores y/o recursos de la comunidad que potencian las capacidades de las personas para mantener la salud y el bienestar (Morgan y Ziglio, 2007).

Respecto a la información cuantitativa que ayuda a caracterizar la comunidad, en la tabla 8.1 se identifican las principales fuentes de información y una selección de los indicadores, pero cabe advertir que la información que finalmente se utilice dependerá de varios factores, principalmente la información disponible y la misma comunidad que se quiera describir. El grupo APOC de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) desarrolló una guía para la recogida de información (Grupo de trabajo en Atención Primaria Orientada a la Comunidad de la CAMFiC, 2003).

La descripción física o geográfica incluye las características ambientales y de comunicación, y dentro de las características ambientales el tipo de entorno físico (desde la gran ciudad hasta el ámbito rural más aislado), el sector o los sectores económicos predominantes (con efectos posibles sobre la contaminación del entorno, además de la dedicación laboral de la población) y la disponibilidad de factores como espacios públicos de ocio, etc.

La descripción sociodemográfica aportará indicadores sobre importantes determinantes de la salud como son la distribución por edad y sexo de la comunidad e indicadores relacionados con los grupos de edad que pueden estar en situación de mayor vulnerabilidad en cuanto a salud (infancia y personas mayores), la distribución según el nivel de estudios, indicadores relacionados con el trabajo (desempleo, ocupaciones predominantes, etc.); si existiese algún indicador o índice de riqueza también será de utilidad, así como las tipologías de familia, etc. También es conveniente utilizar información cultural como las creencias religiosas u otras.

Respecto a la descripción de los problemas de salud de la comunidad, es bueno disponer de las principales causas de morbilidad y de mortalidad, si bien puede haber problemas de acceso a esta información debido a la protección legal de los datos de salud, especialmente cuando la comunidad es pequeña.

También el tamaño de la comunidad deberá tenerse en cuenta para interpretar algunos indicadores, ya que en el caso de comunidades pequeñas y de eventos poco frecuentes, la mortalidad y en muchos casos la morbilidad pueden tener fluctuaciones debidas al azar que distorsionan y disminuyen el valor de los indicadores cuantitativos.

Si en el grupo comunitario que describe la comunidad no hubiera profesionales con conocimientos suficientes sobre los métodos cuantitativos y cualitativos necesarios, se debería recurrir a la asesoría de profesionales expertos.

En algunas ocasiones se puede contar con encuestas de salud, pero sus resultados no son siempre atribuibles directamente, ya que por lo general se refieren a poblaciones de

TABLA 8.1 Registros e indicadores útiles para la caracterización de la comunidad

Tipo de información	Fuentes de información	Ejemplo de indicadores útiles
Descripción socioeconómica	Padrón o censo	Pirámide de edad y sexo
		Índice de dependencia (<15 + > 64/15-64) × 100
		Índice de envejecimiento
		Índice de sobre-envejecimiento
		Personas mayores (65-74 y >74) que viven solas, según sexo
		Tipología familias (monoparentales, etc.)
		Distribución según nivel de estudios y sexo
		Distribución según situación laboral y sexo
		Distribución de la población trabajadora según sector de ocupación y sexo
		Distribución de la comunidad según lugar de nacimiento y/o nacionalidad, por sexo
Descripción de salud	Registro de natalidad	Nacimientos por grupos de edad de la madre Embarazos por grupos de edad de la mujer
	Registro de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)	IVE por grupo de edad de la mujer
	Registro de mortalidad*	Principales causas de muerte por grupos de edad y sexo Principales causas de muerte evitable por edad y sexo Esperanza de vida al nacer por sexo
	Registros de servicios sanitarios	Principales enfermedades diagnosticadas por grupos de edad y sexo Principales motivos de consulta en atención primaria por grupos de edad y sexo Prevalencia de factores de riesgo tales como hipertensión arterial, sedentarismo, tabaquismo, etc.**
	Encuestas de salud	Salud percibida, conductas relacionadas con la salud, determinantes de la salud (posición socioeconómica, ámbito familiar, trabajo productivo y reproductivo, etc.), uso de servicios sanitarios, etc.

*Puede existir a nivel municipal, de comunidad autónoma o de país.

**El problema actual es que en muchas ocasiones no hay registros homogéneos y, por tanto, no representan a la comunidad.

mayor tamaño. Con todo, pueden aportar datos orientativos. Recordemos que la fortaleza de las encuestas de salud radica en que: *a)* suelen ser de muestras representativas de toda la población, tanto usuaria como no usuaria de los servicios sanitarios; *b)* recogen información sobre potentes determinantes de la salud (formas de vida, clase social, etc.), y *c)* proporcionan indicadores de salud percibida y conductas relacionadas con la salud que complementan los que aportan los registros de morbilidad y mortalidad.

El hecho de que algunas de las fuentes de información no dispongan de los datos desagregados comunitarios nos obliga a utilizar e interpretar estos datos con la cautela necesaria, valorando sus limitaciones.

Para ayudar a la interpretación de la información que se recoge sobre la comunidad es útil disponer también de referentes con los que comparar nuestros datos. Así, por ejemplo, si nuestra comunidad es un barrio será útil disponer de los mismos indicadores pero referidos al distrito o al municipio al que pertenece. La comparación es uno de los criterios, aunque no el único, para valorar el nivel del indicador observado.

La caracterización de la comunidad requiere también conocer los recursos de que dispone, especialmente aquellos que sean de utilidad para intervenir sobre la salud y sus determinantes. Por tanto, además de los servicios de salud disponibles deberán conocerse los recursos de educación, atención social, lugares de encuentro y de ocio, etc., con que cuenta la comunidad. En este momento de caracterización general no es necesaria una búsqueda exhaustiva. Más adelante, cuando se vaya a decidir qué tipo de intervención

llevar a cabo, sí que deberán conocerse con más detalle los recursos que se están dedicando para abordar el problema específico.

En este análisis amplio de caracterización de la comunidad, sin duda surgirán necesidades de todo tipo en relación con la salud y sus determinantes; para algunas comunidades se requerirá un abordaje que supere el ámbito comunitario y que precise medidas del nivel meso o macro (p. ej., medidas legales, de políticas nacionales, etc.). También suelen surgir problemas relacionados con el funcionamiento de los servicios (p. ej., listas de espera, servicios no disponibles, etc.), cuya resolución tampoco corresponde al nivel comunitario. Todo ello debe tenerse en cuenta al caracterizar la comunidad, lo que se concreta en un documento descriptivo, y en sus conclusiones conviene distinguir aquellas necesidades susceptibles de ser abordadas desde el nivel comunitario, ya que serán estas las que deberán priorizarse (como ejemplo, se pueden consultar los documentos del programa Barcelona Salud en los Barrios, <http://www.aspb.cat/arees/la-salut-en-xifres/la-salut-als-barris/>). Para el resto es conveniente valorar si desde el grupo comunitario se puede hacer alguna acción, como, por ejemplo, informar a los niveles correspondientes de las necesidades detectadas.

La caracterización de la comunidad debe aprovechar las fuentes de información disponibles, tanto cuantitativas como cualitativas. Es una fase imprescindible pero no es un fin en sí mismo, por lo que debe ser un primer paso que ha de generar información que sirva para las acciones posteriores.

Priorización: ¿qué abordamos?

El conocimiento de la comunidad llevará a detectar diferentes problemas susceptibles de abordar; por consiguiente, de entre estos será necesario decidir por cuál se empieza. En primer lugar deberán estudiarse bien las necesidades detectadas, porque es posible que algunas de ellas compartan, siquiera parcialmente, algunos factores determinantes y, por tanto, valdrá la pena agruparlas cuando el abordaje para su mejora sea común. Si, por ejemplo, al analizar las necesidades de una comunidad surgieran como problemas el consumo excesivo de alcohol y la mortalidad por accidentes de tráfico, y aunque no todos los accidentes de tráfico se asocian al consumo excesivo de alcohol, en muchos casos este puede ser un factor relevante. En conclusión, cuando diferentes problemas de salud detectados forman parte de la misma historia natural, es aconsejable agruparlos en el mismo epígrafe que debe priorizarse.

Otro elemento a tener en cuenta es la diferenciación de los dos procesos de priorización esenciales en la APOC: el problema de salud (o área de salud que hay que mejorar) y las intervenciones para abordarlo.

Algunos métodos de priorización, como puede ser el de Hanlon (en función de la frecuencia y la gravedad del problema, y la efectividad y factibilidad de la intervención) o el propuesto en el libro *Essentials of Global Community Health* (Gofin y Gofin, 2010), utilizan criterios para abordar conjuntamente las dos priorizaciones, relacionados con la carga de enfermedad, la disponibilidad de intervenciones eficaces, los costes y también los intereses de los responsables. Pero si la intervención está basada en un trabajo en red comunitario, con la participación de diferentes actores, tanto de perfiles profesionales diversos como de la propia sociedad civil, este abordaje puede resultar difícil de utilizar, ya que requiere unos conocimientos específicos que no suelen tener todos los participantes.

Un método de priorización que minimice la subjetividad de los participantes, y que sea sistemático y transparente, da fortaleza a este proceso y ayuda a que sus resultados sean asumidos por toda la comunidad.

En los casos en que haya importantes diferencias en conocimientos, especialmente en cuanto a efectividad de intervenciones e implicación en los recursos a dedicar a ellas, se pueden diferenciar dos fases: una primera que sirva para ordenar según la prioridad las áreas de intervención

y una segunda en la que se prioricen las intervenciones que haya que poner en marcha para abordar las áreas priorizadas.

En la primera fase, de priorización de las áreas de intervención, es más fácil utilizar una metodología en la que todos los participantes se sientan cómodos y por tanto, a posteriori, asuman los resultados. Hay diferentes metodologías de priorización que no requieren conocimientos técnicos específicos. Un ejemplo es la «priorización por pares», que se basa en contrastar todos los problemas contra todos, de dos en dos, y que, por ejemplo, a mano alzada se responde a la pregunta: ¿entre los problemas A y B, cuál considera que es más importante en esta comunidad? Se trata de anotar en una parrilla (p. ej., la tabla 8.2) los resultados que surjan y finalmente obtener un listado ordenado de problemas según el número de veces que ha ganado en importancia cada uno de ellos. Se pueden emplear también métodos más ágiles, como alguno basado en tarjetas que se reparten a los participantes; cada tarjeta tiene un valor de puntuación y cada participante lo asigna a aquellos problemas que considera más prioritarios para empezar a intervenir. El escoger un método u otro dependerá especialmente del perfil y número de participantes.

La priorización de las intervenciones debe estar basada en criterios de efectividad así como en los recursos disponibles. Por tanto, es fundamental una revisión de la bibliografía y de fuentes documentales, y también es aconsejable que intervengan en el proceso aquellos agentes que puedan implicarse en la intervención.

No es menos apreciable el recurso a otras aportaciones metodológicas generales, como el inventario de los criterios relevantes para la priorización. Este consiste en una especie de mapeo o cartografía de criterios posibles que ayuda a no descuidar la consideración de alguno de ellos. A partir de las propuestas de la OMS de 2011 sobre el funcionalismo de los sistemas sanitarios, se dispone de un inventario con treinta y un criterios distribuidos en cinco categorías que agrupan las metas sanitarias (mejorar la salud, equidad, responsabilidad, protección de riesgos sociales y económicos y eficiencia) y otra referida a la gobernanza y el liderazgo que tiene en cuenta las características del sistema sanitario (prestación de servicios, recursos humanos, tecnología, productos sanitarios, información y financiación) (Tromp y Baltussen, 2012).

TABLA 8.2 Ejemplo de tabla resultado de una priorización por pares de los problemas de salud identificados en una comunidad

	Prob1	Prob2	Prob3	Prob4	Prob5	Prob6	Prob7	Prob8	Prob9
Prob1									
Prob2	1								
Prob3	1	2							
Prob4	4	4	3						
Prob5	5	2	5	5					
Prob6	1	6	3	4	5				
Prob7	1	7	3	4	7	7			
Prob8	8	2	8	4	5	8	7		
Prob9	9	2	9	9	9	8	9	9	

Resultado de la priorización por pares (se muestra el orden de los problemas priorizados y la puntuación [número de veces que «gana»] obtenida entre paréntesis): 9 (6), 4 y 5 (5), 1, 2 y 7 y 8 (4), 3 (3).

Valoración detallada del problema de salud

El objetivo en esta fase es que, una vez se ha priorizado una problemática de salud sobre la que intervenir, se conozca cuál es realmente su impacto en la comunidad, así como el de los factores que la determinan (aumentando o protegiendo del riesgo de enfermedad). En la terminología de la APOC esta fase se conoce como «diagnóstico comunitario».

Cuando se han recogido los datos para conocer la comunidad, lo más probable es que, al haber utilizado información secundaria, no sepamos con suficiente precisión cómo se distribuye el problema de salud que finalmente ha emergido como prioritario de la intervención. En este caso se debe complementar con una recogida activa de información específica que servirá para: *a)* mejorar el conocimiento sobre el problema y sus determinantes en la comunidad y, con ello, definir mejor la intervención (población diana y principales factores sobre los que intervenir), y *b)* conocer la situación de partida (línea de base) antes de intervenir, es decir, la extensión del problema, información extremadamente útil para evaluar los efectos de la acción y poder medir así los eventuales cambios entre la situación previa y la posterior a la implantación de la intervención.

En esta fase de valoración detallada del problema de salud en la comunidad se pretende conocer dos aspectos fundamentales:

1. Los individuos que componen la población de la comunidad que está afectada o con mayor riesgo de padecer el problema priorizado y cuáles son sus características. Este conocimiento será muy útil para diseñar la intervención a realizar.
- 2.Cuál es la situación en cuanto a magnitud, importancia y gravedad del problema que se quiere abordar, aspectos que deberán mejorar tras la intervención si resulta efectiva. Esta evaluación es necesaria porque, sobre todo para aquellas intervenciones sobre las que no se dispone de evidencia, conviene valorar no solo si tienen algún efecto positivo (es decir, tienen alguna efectividad) en las personas sobre las que se interviene sino que además no provocan efectos adversos.

La forma en que se obtiene la información necesaria para conocer en detalle el problema priorizado para intervenir puede ser diversa dependiendo de la disponibilidad de datos en la propia comunidad. Puede ser factible acordar que, a todas las personas a las que se vaya ofreciendo la intervención, previamente a iniciar esta, se les pueda pasar un cuestionario sobre los aspectos relevantes para la evaluación. De este modo, simultáneamente se lleva a cabo la valoración detallada del problema y la intervención sobre este; es decir, al mismo tiempo que se conoce el problema en detalle se identifica a las personas que lo padecen. No tendría sentido retardar el inicio de la intervención sólo para seguir las etapas de la APOC secuencialmente. Cuando se espera que hayan empezado a producirse cambios (p. ej., a los seis o doce meses), se repite el mismo cuestionario para observar (evaluar) si se producen modificaciones o no, y si estas se producen en el sentido deseado.

En otras ocasiones, cuando no se dispone de información válida en los registros, se puede plantear un estudio específico para conocer la frecuencia y distribución del

problema priorizado. Puede ser de utilidad llevar a cabo un estudio epidemiológico transversal de una muestra representativa de la población, aunque este modo de obtención de la información requiere recursos adicionales, lo que debe contemplarse en el diseño del estudio.

El método de priorización deberá escogerse teniendo en cuenta las personas que van a participar en el proceso de marcar prioridades. Antes de actuar sobre el problema priorizado deberá conocerse el impacto que este tiene en la comunidad, así como los factores que lo facilitan.

Planificación e implementación de la intervención

En esta fase se va a decidir mediante qué intervención se aborda el problema priorizado. Primero deberá conocerse lo que ya se está haciendo en la comunidad al respecto, ya que, si ya existen actuaciones, puede ser preferible reforzarlas en vez de iniciar otras nuevas. También es conveniente saber si hubo experiencias previas en la comunidad y, en caso de que se hayan interrumpido, por qué.

Si se decide iniciar alguna intervención nueva hay que tener en cuenta algunas cuestiones:

- Se trata de decidir un conjunto de actividades, cada una de ellas pensada y escogida para el abordaje de alguno/s de los determinantes del problema que hay que intervenir. Por tanto, antes de decidir qué se hace deberán conocerse lo mejor posible los determinantes de ese problema en la comunidad y escoger las actividades para abordar los que puedan modificarse desde la acción comunitaria.
- El conjunto de actividades se agrupa en lo que se conoce como «programa de salud», con objetivos definidos de mejora del nivel de salud de la comunidad y/o de sus determinantes. Estos objetivos se deben formular en términos de salud (p. ej., reducir la incidencia de infecciones de transmisión sexual en adolescentes un 50% en dos años) que se traducirán en objetivos de proceso (p. ej., incrementar en un 30% el uso del preservativo de forma no esporádica en los menores de 19 años que tienen relaciones sexuales), concretando las actividades que se planea poner en marcha (p. ej., se dispondrán máquinas de preservativos a precio reducido en todos los locales de ocio en los que acuden jóvenes, o se informará a los jóvenes de los lugares en la comunidad que pueden tener acceso a preservativos gratuitos, o bien se realizará una serie de cinco talleres en el cuarto curso de educación secundaria de todos los centros del barrio en los que se trabajarán los determinantes de la conducta, según el modelo de Actitudes-Influencias Sociales-Autoeficacia, en diferentes sesiones a lo largo del curso escolar). Siempre que sea posible se escogerán intervenciones sustentadas por la evidencia de su efectividad, teniendo en cuenta su adaptación a la comunidad concreta en la que se van a aplicar.
- El conjunto de los objetivos de la intervención debe asegurar teóricamente *a priori* la posibilidad de

modificar positivamente el problema de salud; es decir, que en su conjunto tiene un grado aceptable de efectividad. Si no es así, y esto sucede en el caso de que no haya evidencia sobre intervenciones con las que abordar el problema de salud, los esfuerzos de evaluación deberán ser incluso mayores (v. apartado «Evaluación de la intervención»).

- Deberá estar bien definida la población a la que va dirigida la intervención («población diana»), de forma que esté claro quién es tributario de la intervención y quién no, sobre todo para asegurar que no queda excluida de la intervención ninguna persona que debiera ser objeto de ella.
- Para cada una de las actividades que formen el programa deberá decidirse: cómo se va hacer, quién la va a llevar a cabo y qué recursos se necesitan.
- La necesidad de saber si la intervención funciona tal y como estaba previsto, y en caso de no ser así conocer las razones para poder valorar la necesidad de introducir mejoras, obligará a definir cómo se obtendrá la información necesaria, y si hay que diseñar nuevos sistemas de registro o no (v. siguiente apartado).

Supervisión de la intervención

Una vez se ha puesto en marcha la intervención conviene llevar a cabo un seguimiento o monitorización, especialmente de los siguientes aspectos:

1. Cambios en la población a la que se dirige la intervención. Según cuál sea esta población, se dispondrá el registro que mejor detecte sus variaciones (el censo o el padrón suelen utilizarse cuando la población está definida por edad, pero otros registros también pueden ser de utilidad, como los de nacimientos, mortalidad, escolarizados, etc.).
2. El desarrollo de las actividades del programa. Se trata de conocer el proceso de la intervención, si se consigue realizar lo planificado, la cobertura y el funcionamiento de las diferentes actividades, etc. Ello permitirá detectar posibles áreas de mejora e introducir los cambios que se considere en la propia intervención. La cobertura de las actividades del programa, así como el perfil de sus participantes, es clave para saber si se está llegando realmente a la población diana. Hay que tener en cuenta que los grupos con mayor vulnerabilidad pueden ser los que, por un motivo u otro, accedan menos a las actividades, y si esto es así la intervención podría repercutir en un incremento de las desigualdades en salud.
3. El problema de salud que se está tratando de mejorar. En este caso, dependiendo de cuál sea, también se deberá/n valorar el/los registro/s más apropiado/s. Ya hemos comentado antes que deberá tenerse en cuenta que la salud de una comunidad no se modifica en poco tiempo y que por ello habrá que hacer una previsión sobre aquellos aspectos en los que pueden observarse cambios y con qué periodicidad.

Para los tres ámbitos objeto de supervisión puede ser de mucha utilidad la información cualitativa. Por ejemplo, un grupo de discusión con no participantes en un programa ayuda a detectar los motivos que les llevan a no participar.

Evaluación de la intervención

Es imprescindible que sea lo más transparente posible, lo que se considera un elemento de calidad de la intervención. En primer lugar deberán identificarse las preguntas que se deben responder. Diferentes agentes pueden requerir resultados de evaluación distintos. Se trata pues de identificar estos agentes y sus requerimientos en el momento del diseño de la evaluación. A título de ejemplo:

- El financiador puede preguntarse si los recursos invertidos han llegado a muchas personas (se responderá con indicadores de cobertura de las actividades), o si las personas que han participado lo valoran positivamente (en este caso se deberá incluir en la evaluación alguna medida de la valoración que hacen los participantes), o si la inversión ha sido eficiente (en muchas ocasiones se trata de una pregunta más difícil de responder pero no imposible; en algunos programas se pueden hacer estimaciones en cuanto a los casos evitados de enfermedad y al ahorro correspondiente, lo que suele ser complicado en el ámbito comunitario).
- A las entidades de la comunidad que han participado en el proceso les podría interesar si sus afiliados (vecinos, etc.) están satisfechos con el programa, o bien las razones por las que no participan más personas o algunos grupos concretos (en este caso se deberá hacer una recogida de información de las personas que no han participado).
- El equipo comunitario que ha estado implicado desde el inicio en el programa, y que se ha planteado sus objetivos más importantes en la mejora de la salud de la comunidad, tendrá también preguntas: ¿se están realizando las actividades previstas?, ¿se está llegando a la población diana del programa?, ¿cuáles son las razones por las que no se ha podido llevar a cabo tal o cual actividad?, entre otras muchas.

Para cada una de estas preguntas deberá determinarse la mejor manera de responderlas, y según sea la pregunta planteada escoger entre métodos cualitativos o cuantitativos. La evaluación del programa puede plantearse siguiendo el esquema clásico que responde a:

- *Evaluación de la estructura:* se refiere a los recursos que se habían previsto a la hora de diseñar y planificar el programa (personales, de equipamientos, económicos, etc.), pero también incluye si han sido pertinentes y adecuados; para ello son útiles las valoraciones de los profesionales que han intervenido y las de los integrantes del grupo comunitario que ha liderado el proceso. Son muy importantes los indicadores que informen sobre si los recursos que ofrece el programa son accesibles o no.
- *Evaluación del proceso:* es la evaluación de cómo funciona y cómo han discurrido las actividades que conforman el programa. Es muy importante conocer su cobertura y si los objetivos de realización que se habían determinado se han cumplido o no, y en caso negativo por qué no.
- *Evaluación del resultado:* se trata de la evaluación de la efectividad de la intervención o programa en términos de consecución de los objetivos planteados de mejora de la salud y/o sus determinantes. Es más compleja

que las dos anteriores, sobre todo por dos razones: la salud de una comunidad no se modifica en poco tiempo y, además, para los programas comunitarios, actuando sobre poblaciones relativamente pequeñas, es difícil obtener medidas fiables sobre muchos de los indicadores de salud. Aun así, no hay que descartarla y se debe pensar muy bien qué indicador de salud es más apropiado para la evaluación que, como se ha indicado previamente, es especialmente importante si el programa diseñado contiene una parte relevante de actividades para las que no hay información sobre la evidencia de su efectividad. Hay que decir que la disponibilidad de los indicadores que haya aportado el estudio de valoración detallada del problema de salud en la comunidad facilita poder comparar los resultados que se obtengan una vez la intervención se haya implementado, ya que permitirán la comparación antes-después, indispensable para aproximarse a la respuesta de efectividad. Cabe también plantearse la factibilidad e idoneidad de disponer de un «grupo control», comparable a la comunidad o grupo en el que se realiza la intervención. Contrastar los cambios obtenidos en el grupo de intervención antes y después de llevar a cabo la intervención, con los momentos «antes» y «después» de un grupo de comparación en el que no se haya llevado a cabo la intervención, ayuda todavía más a poder atribuir los cambios observados a la intervención realizada. Pero también es cierto que la disponibilidad de este grupo de comparación, el «grupo control», es en muchas ocasiones muy difícil, sino imposible, a veces por razones éticas.

Respecto a la evaluación, el último aspecto que se resalta es la decisión de cuándo conviene realizarla. La evaluación del proceso y la estructura requiere una periodicidad mayor que la evaluación de los resultados (porque esta necesita más tiempo para detectar alguna variación). La periodicidad anual suele ser adecuada para muchos programas comunitarios, pero en cada caso deberá valorarse el período que mejor se adapte.

Es importante que lo que finalmente se lleve a cabo («la intervención») sea monitorizado y evaluado. Esto asegura que se reflexione sobre los elementos de mejora que vaya siendo necesario introducir.

Revaloración de las necesidades en salud de la comunidad

Conviene repetir el análisis de caracterización de la comunidad (v. apartado «Caracterización de la comunidad») periódicamente, ya que las comunidades son dinámicas y sus necesidades cambiantes. Es por ello que deberá decidirse, en función sobre todo de los cambios poblacionales, qué datos y cuándo es conveniente actualizarlos para reconocer nuevamente la comunidad y determinar sus nuevas necesidades en salud. La periodicidad, excepto para situaciones de cambios drásticos, no suele ser necesaria antes de los cinco años.

Profesionales implicados en Atención Primaria Orientada a la Comunidad

Tal y como se ha ido argumentado a lo largo del capítulo, es conveniente que en el proceso de acción comunitaria

para la mejora de la salud se impliquen diversos ámbitos profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios.

Profesionales de la atención primaria de salud: medicina, enfermería, trabajo social y otros

La APOC se inició y principalmente se ha desarrollado en entornos donde los principales problemas de salud de la comunidad tenían una importante área de mejora desde la acción de los propios servicios sanitarios, y la atención primaria como el primer nivel de atención ha resultado clave para su desarrollo. Se trataba de que los diferentes profesionales de la atención primaria dirigieran también su ámbito de acción para resolver o mejorar la situación de los problemas de salud que no tenía por qué expresarse en la demanda a la consulta y requería de una reorientación de la mirada y de la acción de todos sus profesionales (medicina, enfermería, trabajo social, atención al usuario, etc.).

Hay que reconocer que la dedicación laboral de los profesionales de la atención primaria en un entorno como el español responde a la demanda de los individuos de la comunidad. Y así debe ser, la atención primaria de salud debe ser accesible, es el lugar preferente y recomendado para acudir ante las dudas sobre la salud. Pero los profesionales de atención primaria, ya desde la propia consulta, pueden tener una «mirada comunitaria o de APOC». No se trata exclusivamente de salir de la consulta a realizar actividades «comunitarias», como ha sido mal entendido en múltiples ocasiones. Esta orientación comunitaria de la atención individual a los pacientes implica tener en cuenta su contexto en la comunidad y valorar posibles determinantes del problema de salud que se atiende, así como la consideración de los recursos comunitarios para la atención de estos. Pero, además, es necesario que, conociendo la población que tienen de referencia y las personas que acuden a demandar consulta, se pregunten si se están quedando sin atención personas o grupos, lo cual indicaría un posible problema de acceso (no siempre estructural) y ante esta sospecha se debería analizar y dar respuesta al problema. También se trabaja con «perspectiva comunitaria» cuando, conociendo la población, se está preparado como profesional y/o como equipo para dar respuesta a sus necesidades. Es la mirada comunitaria la que hace que ante la detección de problemas en la consulta se reconozcan sus determinantes y se actúe. Esta perspectiva de acción no es fácil ante un problema de salud aislado, ya que en este caso se suele demandar al propio profesional que responda con una medida sanitaria (aplicación de una terapia farmacológica, realización de pruebas, derivación a otros niveles más especializados del sistema, etc.), y esto puede ser conveniente y necesario en muchas ocasiones, pero también es cierto que en otras se eluden otras posibles vías de intervención no sanitaria. Un ejemplo: algunos de los problemas de conducta que se dan en la infancia pueden requerir una intervención más larga y menos fácil de instaurar que una terapia farmacológica, como puede ser facilitar a los padres el aprendizaje de habilidades para actuar ante conductas de los hijos que requieren una intervención correctiva o marcar límites. Hay evidencia de que este tipo de intervención consigue resultados positivos, pero probablemente no sea en la consulta de pediatría donde se pueda llevar a cabo la intervención completa, que precisa varias sesiones, y puede

ser conveniente realizarla en grupo e incluso puede haber otros profesionales no sanitarios más preparados para su conducción. En la comunidad es posible que ya exista, o bien se puedan organizar, unas sesiones educativas para padres, madres e hijos en las que se trabaje para la mejora de las habilidades parentales.

Otros profesionales clave son los directivos de los EAP, así como los que ocupan otros niveles jerárquicos superiores en las organizaciones, al favorecer o no la orientación comunitaria del trabajo de los profesionales, según su apoyo en forma de recursos y reconocimiento, y también en la inclusión de esta mirada comunitaria en la fijación de las líneas estratégicas de la organización. Estos profesionales influirán también en el desarrollo de las relaciones entre niveles y recursos asistenciales, que tendrán su repercusión en el trabajo de los profesionales del equipo.

Profesionales de la salud pública: medicina, enfermería, psicología, sociología y otros

La salud pública ha estado tradicionalmente lejos de la acción comunitaria (salvo excepciones de los últimos años, como puede ser la Agencia de Salud Pública de Barcelona), debido quizás en parte a que sus recursos han sido y son comparativamente mucho menores que los dedicados al resto del sistema de atención a la salud. Otro motivo es que los pocos recursos disponibles se han utilizado esencialmente para abordar problemas de poblaciones más grandes que las que suelen ser objeto de la acción comunitaria. Otro motivo posible de este alejamiento puede radicar en que, a pesar de estar en un contexto de sistema nacional de salud, los diferentes proveedores son frecuentemente de distintas administraciones y/o empresas, lo cual ha dificultado el trabajo coordinado y aún más la acción compartida. Pero dentro de la salud pública hay diversos perfiles profesionales que pueden aportar muchos elementos para la intervención comunitaria. La APOC, concretamente, se propuso como un punto de encuentro de la epidemiología y la atención clínica, un encuentro de la mirada poblacional con la individual, también entre la salud pública y la atención primaria: no para hacer lo mismo sino para sumar, para combinar habilidades y conocimientos. En salud pública podemos encontrar una variedad encomiable de perfiles profesionales, desde medicina, enfermería, psicología, sociología, economistas, etc., en gran parte debido a que la propia base de la salud pública hace que todas estas perspectivas sean convenientes y necesarias (Pasarín et al. 2010).

¿Qué es conveniente que aporten para el desarrollo de la salud comunitaria? ¿Qué pueden aportar en la APOC? En primer lugar, como se decía anteriormente, la mirada poblacional, lo cual implica metodología y habilidades para el entendimiento de la salud de grupos. También es un ámbito de trabajo que requiere de profesionales expertos en el diseño y la evaluación de intervenciones poblacionales. Por otro lado, muchos profesionales de salud pública trabajan muy cercanos a otros ámbitos no sanitarios, lo cual les puede permitir ejercer una función de enlace imprescindible en el ejercicio de la salud comunitaria y como facilitadores del desarrollo de intervenciones de otros sectores distintos al de salud. Además, esta función

de enlace se puede complementar con la de coordinar y dinamizar la red del proyecto.

Otros implicados

En el desarrollo de la salud comunitaria, basado en el trabajo en red, con actores diversos de la comunidad, suele ser necesario contar con otros profesionales capaces de actuar de forma decisiva sobre los determinantes de salud. Un ejemplo son los maestros de las escuelas de primaria y secundaria: el éxito escolar en estas etapas es un determinante de la salud futura. La organización de la escuela, el trabajo que realice para mejorar las posibilidades de éxito escolar, podría llegar a responder en parte a un trabajo comunitario en el que se hubieran detectado problemáticas en la adolescencia en relación con la violencia y el consumo de drogas. También los trabajadores de los servicios sociales de primer nivel pueden y deben participar en realizar intervenciones de mejora de la salud o disminución de riesgos.

El trabajo interdisciplinar e intersectorial es necesario para el desarrollo de la salud comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

- Astray Coloma L, Aguiló Pastrana E, Bellver Cebriá A, López Martín M, Lozano Sabroso M, Montaner Gomis I, et al. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones [Internet]. semFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria). 2.ª ed. Disponible en: <http://www.pacap.net/es/recomendaciones/recomendaciones.pdf>.
- Constituyen las recomendaciones del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la semFYC. Aborda dos cuestiones clave en salud comunitaria: cómo empezar y cómo trabajar la participación comunitaria. Aporta reflexiones sobre la implicación del equipo de atención primaria; también aborda los diferentes tipos de participación comunitaria y proporciona algunas herramientas que pueden ser muy útiles en las fases iniciales.*
- Gofin J, Gofin R. Essentials of Global Community Health. Sudbury (MA): Jones and Bartlett Publishers; 2010.
- En esta obra los autores profundizan en los condicionantes individuales, familiares, sociales y globales que determinan la salud de una comunidad. Los autores ilustran los principios de la APOC y la Salud Pública Orientada a la Comunidad (sigla en inglés COPH) presentando dieciséis casos de estudio de todo el mundo, desde Camboya hasta Chad, Moldavia, Israel, España y otros países en los que se aplican estas metodologías. El texto también muestra una guía de las intervenciones para promocionar la salud y prevenir la enfermedad en el nivel comunitario, y ofrece a médicos actuales y futuros, a los profesionales de la salud pública y a los gestores un recurso integral en la prestación de la atención a la salud orientada a la comunidad.*
- Goodman R, Bunnell R, Posner S. What Is «community health»? Examining the meaning of an evolving field in public health. *Prev Med* 2014;67(Suppl 1):S58-61.
- En este artículo se revisan los marcos de definición de la salud de la comunidad y se destacan los factores que tienen una importancia fundamental. Concluyen sugiriendo un marco potencial para conceptualizar y avanzar este campo de la práctica de salud pública mediante una mejor comprensión del significado, el alcance y la ciencia de la salud comunitaria.*
- Grupo de trabajo en Atención Primaria Orientada a la Comunidad de la CAMFIC. Aproximació al coneixement de la comunitat en Atenció Primària. 2.ª ed. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (SCMFIC, ahora CAMFIC). Barcelona: Edide; 2003.
- Guía práctica para la realización de la recogida de información para caracterizar a la comunidad (primera fase del modelo APOC).*
- Informe SESPAS 2012: Atención Primaria: Evidencias, experiencias y tendencias en clínica, gestión y política sanitaria. Editores: Hernansanz F, Clavería A, Gervas J. *Gaceta Sanitaria*. 2012;26(Supl. 1):1-164.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD: CONCEPTOS Y ORGANIZACIÓN

Francisco Buitrago Ramírez • Cristina Gato Núñez • Inmaculada Rodríguez Gómez

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

LA PREVENCIÓN EN EL CONTEXTO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

CONCEPTO DE FACTOR DE RIESGO

Causalidad

Criterios epidemiológicos de causalidad

Modalidades de prevención

CRIBADOS

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

INTERSECTORIALIDAD Y PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD

ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS

DIFICULTADES PARA LA INCORPORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS

EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA O TERAPÉUTICA

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

ASPECTOS ÉTICOS EN LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

EFFECTOS ADVERSOS DE LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

ERRORES EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

A MODO DE CONCLUSIÓN

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- La integración de las actividades preventivas y de promoción de la salud en la práctica asistencial de los centros de salud requiere la acción coordinada de todos los profesionales, fundamentalmente médicos y enfermeros.
- En las intervenciones preventivas y de promoción de la salud, los profesionales de atención primaria deben actuar como agentes educadores teniendo presente el concepto de empoderamiento (*empowerment*) del individuo.
- La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad han de estar integradas en el conjunto de actividades que diariamente realizan los profesionales de atención primaria.
- Las intervenciones en prevención y promoción de la salud en atención primaria han de tener un enfoque transversal que implique a otros servicios y sectores, dando respuesta a las necesidades de la población.
- La educación para la salud es la mejor herramienta para la promoción de la salud y debiera realizarse en personas sanas y enfermas, en atención primaria y especializada, en la consulta y en el domicilio del paciente, en la escuela, en el ámbito laboral y en la comunidad.
- La prevención cuaternaria, entendida como la aplicación práctica del principio ético *primum non nocere* en las actividades preventivas, es un elemento básico que debiera impregnar todo el proceso clínico.

- Los principales instrumentos que maneja la prevención son los cribados, los consejos, las vacunas y la quimioprofilaxis.
- La reducción absoluta del riesgo (RAR), que informa del número de acontecimientos (eventos) evitados por cada 100 pacientes que han recibido una intervención preventiva o terapéutica, y el número necesario de pacientes a tratar para evitar un evento (NNT), que indica sobre el número de pacientes que es necesario que reciban la intervención preventiva para evitar el evento, son los dos parámetros más útiles para valorar la efectividad de una actividad preventiva.
- El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) en atención primaria ha contribuido decisivamente a la incorporación rutinaria de muchas actividades preventivas en las consultas de los centros de salud.

INTRODUCCIÓN

Las medidas de salud pública iniciadas a finales del siglo XIX (provisión de agua potable, eliminación de basuras y aguas residuales, mayor disponibilidad de alimentos) y la mejora de las condiciones laborales y del nivel socio-económico lograron avances espectaculares en la salud de las poblaciones. Posteriormente, medidas dirigidas a los individuos como las vacunaciones también han contribuido a disminuir la morbimortalidad por enfermedades infecciosas. Pero los avances y cambios sociosanitarios acaecidos en la segunda mitad del siglo XX han modificado la prevalencia de las principales enfermedades en los países desarrollados, estando vinculadas la mayoría de estas enfermedades crónicas a estilos de vida y a factores de riesgo (FR) de los individuos. También en nuestro país, como en otros, las principales causas de muerte (enfermedades cardiovasculares y cáncer) se relacionan con FR modificables o susceptibles de cribado para su detección precoz.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, 1978), promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) destacó la importancia de la atención primaria como elemento nuclear del Sistema Nacional de Salud que presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios. En posteriores foros y conferencias, la OMS sigue reafirmando decididamente los valores y principios de la atención primaria, incluidos la equidad, la solidaridad, la justicia social, el acceso universal a los servicios, la acción multisectorial, la descentralización y la participación de la comunidad, como componentes básicos para fortalecer los sistemas sanitarios y disminuir las desigualdades en salud. Posteriores foros y conferencias (Ottawa, 1986; Yakarta, 1997) han recogido y mantenido estas recomendaciones sobre la atención primaria de salud, considerando que sigue siendo más necesaria que nunca (OMS, 2008).

En España, la reforma de la atención primaria se inicia con la publicación del Real Decreto 137/1984 de Estructuras Básicas de Salud, en el que se contemplan como

funciones de los equipos de atención primaria, entre otras, el prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, y realizar las actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social de la población asignada. Posteriormente la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad incluye en su articulado los aspectos organizativos de los centros de salud, integrando las actividades de prevención y promoción con las actividades asistenciales en el marco de la práctica clínica. Esta integración ha facilitado el cambio de un sistema sanitario centrado en un modelo curativo y orientado a la incorporación de nuevos avances tecnológicos, a otro en el que se establece un mayor equilibrio entre la prevención y la promoción de la salud y las intervenciones curativas.

La integración de las actividades de prevención y promoción con las asistenciales ha facilitado el cambio de un sistema sanitario centrado en un modelo curativo y orientado a la enfermedad a otro más equilibrado.

JUSTIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

La promoción o fomento de la salud puede definirse como el conjunto de actividades encaminadas a modificar el entorno o cambiar las conductas de los individuos en sentido positivo, con el objetivo de aumentar su nivel de salud. Generalmente se acepta su utilidad y generan pocas dudas o dilemas sobre su inocuidad, al dirigirse a cambios del entorno o de conductas o estilos de vida considerados no saludables, aunque también deben estar apoyadas en una evidencia científica de calidad y no promover actuaciones que pueden crear un sufrimiento innecesario (por no lograrse el cambio de conducta que se propone, haciéndose sentir culpable al paciente, o por la pérdida del componente placentero de esa conducta). Piénsese que las sugerencias suelen ser restricciones, prohibiciones (p. ej., el abandono estricto del consumo de alcohol o la ingesta de huevos diarios) o recomendaciones de acciones que bajo el eufemismo de hábitos de vida saludable y de que «daño no harán» en muchas ocasiones aconsejamos a nuestros pacientes sin que haya pruebas de su efectividad o incluso cuando está demostrada su inefectividad.

Por prevención se entiende cualquier intervención que reduce la probabilidad de presentación de una enfermedad o trastorno, o dirigida a diagnosticarla tempranamente para detener o enlentecer su progresión. Incluye un conjunto de procedimientos tan variados como el consejo sanitario, las inmunizaciones, la quimioprofilaxis o los cribados.

En el cuadro 9.1 se incluyen los términos y procedimientos más habituales en la medicina preventiva, que en un sentido amplio puede definirse como la interacción entre el paciente y el clínico (médico y profesional de enfermería) que promueve la salud y previene la enfermedad.

Al hablar de promoción o fomento de la salud y prevención de la enfermedad conviene siempre recordar que, desde una perspectiva global, la salud es una variable compleja dependiente de múltiples factores agrupados en

CUADRO 9-1

Términos empleados en actividades de prevención y promoción de la salud

- Consejo (counseling):** proporcionar información y recomendaciones a los individuos relativas a conductas que pueden reducir el riesgo de enfermedad o lesión
- Cribado (screening):** proceso de identificación de los individuos con una o más enfermedades asintomáticas o de los factores de riesgo en un grupo de población definida
- Detección de casos (case finding):** detección oportunista de una enfermedad o trastorno en personas que consultan por síntomas no relacionados
- Eficacia:** beneficio que produce una intervención o procedimiento preventivo en condiciones ideales
- Efectividad:** beneficio que produce una intervención o procedimiento preventivo en las condiciones reales o habituales de la práctica clínica
- Eficiencia:** atributo de una intervención preventiva que relaciona el beneficio producido con el coste o perjuicio ocasionado por la misma
- Examen periódico de salud:** grupo de actividades o procedimientos diseñados bien para determinar el riesgo de enfermedades futuras o identificarlas en su estadio asintomático
- Factor de riesgo:** cualquier atributo modificable (exógeno o endógeno) asociado con la aparición de una enfermedad y con sospecha de relación causal
- Inmunizaciones:** actuaciones encaminadas a aumentar la inmunidad del individuo frente a determinadas enfermedades. Incluyen tanto las vacunas (inmunización activa) como las inmunoglobulinas (inmunización pasiva)
- Marcador de riesgo:** cualquier atributo no modificable asociado con la aparición de una enfermedad y con sospecha de relación causal
- Prevención:** cualquier intervención dirigida a los individuos con la finalidad de evitar o reducir la probabilidad de aparición de una enfermedad o interrumpir o entretener su progreso
- Prevención primordial:** cualquier intervención dirigida a los individuos sanos, no portadores de determinados factores de riesgo, para evitar que los adquieran. Por ejemplo, campañas escolares para evitar que los niños comiencen a fumar
- Prevención primaria:** cualquier intervención dirigida a los individuos sanos con la finalidad de evitar la aparición de un determinado trastorno o enfermedad
- Prevención secundaria:** cualquier actividad dirigida a identificar y tratar a personas asintomáticas que ya han desarrollado una enfermedad preclínica pero que todavía no se ha hecho clínicamente aparente
- Prevención terciaria:** cualquier intervención que constituye parte del tratamiento de las personas con enfermedad clínica
- Prevención cuaternaria:** cualquier intervención dirigida a prevenir el riesgo de iatrogenia inherente a las actuaciones sanitarias
- Promoción:** conjunto de actividades dirigidas al individuo con el objetivo de cambiar conductas, y al entorno para modificarlo en sentido positivo, orientadas a aumentar el nivel de salud
- Quimiopprofilaxis:** uso de fármacos administrados con el objetivo de reducir el riesgo de desarrollar una determinada enfermedad (p. ej., la toma de aspirina para reducir la incidencia de infarto agudo de miocardio)

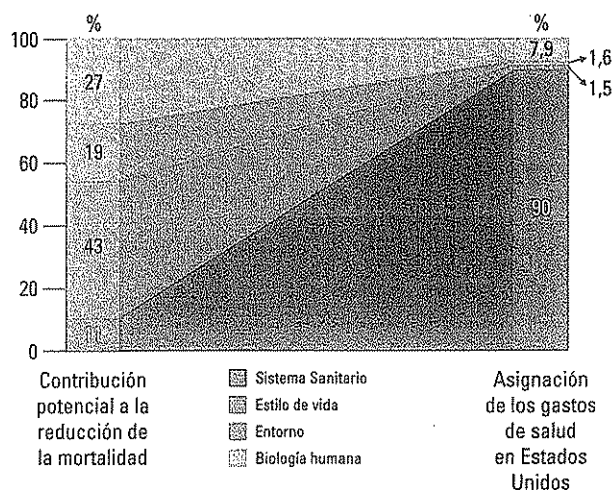


FIGURA 9.1 ■ Contribución potencial a la reducción de la mortalidad de los diversos determinantes de la salud en relación a la asignación de recursos en Estados Unidos. Modificada de Dever, 1976.

factores biológicos, ambientales o del entorno, estilos de vida o conductas y sistemas sanitarios. En este modelo, denominado ecológico, la actuación del sistema sanitario es un componente importante pero no exclusivo para explicar el grado de salud de las poblaciones. Como se observa en la figura 9.1 (Dever, 1976), la mayor contribución potencial a la reducción de la mortalidad en Estados Unidos condicionada por estos cuatro grandes determinantes de la salud se conseguiría con la actuación sobre los estilos de vida (43%), el entorno (19%), la biología (27%) y los servicios sanitarios (11%), aunque la distribución del consumo del presupuesto sanitario en estos grupos es del 90% (sistema sanitario), del 7,9% (biología), del 1,5% (estilos de vida) y del 1,6% (el entorno). Estas cifras, posiblemente aplicables en la actualidad a la mayor parte de los países desarrollados, constituyen un motivo de reflexión sobre la eficiencia de los sistemas sanitarios y el modo en que las sociedades occidentales se plantean sus prioridades. Todavía las diferencias en la esperanza de vida entre países pobres y ricos superan los 40 años, confirmando la importancia de los marcadores socioeconómicos en la salud, que condicionan la exposición y vulnerabilidad a FR materiales, psicosociales y de comportamiento.

La salud es una variable compleja dependiente de múltiples determinantes agrupados en factores biológicos, ambientales o del entorno, estilos de vida o conductas y sistemas sanitarios.

No resulta difícil justificar la conveniencia de realizar actividades de prevención y promoción de la salud. Desde hace años existe abundante evidencia científica, aportada por estudios aleatorios o por otros procedimientos, de que numerosas intervenciones de prevención, realizadas desde el ámbito clínico, son capaces de reducir la morbimortalidad. El creciente aumento de las patologías crónicas y su impacto sobre la morbimortalidad apoyan la necesidad de programas de actividades preventivas dirigidos a aquellas

de sus causas o FR que podrían evitarse o retrasarse. Pero hay otras variadas razones que teóricamente justifican las actividades de prevención y promoción (cuadro 9.2).

También son diversas las razones que explican el papel central que la atención primaria y el médico de familia tienen en la implementación de estas actividades de promoción y prevención (cuadro 9.3), pasando de una posición pasiva, en la que exclusivamente se atiende el motivo por el que el paciente acude a la consulta, a una posición más activa en la que el profesional, sin olvidar el imperativo ético de atender primeramente el problema que ha llevado al paciente a consultar, introduce recomendaciones preventivas adaptadas a las necesidades de cada paciente concreto que le visita. En la tabla 9.1 se muestran las diferencias entre estos dos posicionamientos en la consulta.

CUADRO 9.2 Justificación de las actividades de prevención y promoción

- Progresivo aumento de las patologías crónicas
- Muchas enfermedades no tienen un tratamiento efectivo en sus estadios sintomáticos
- Disponibilidad de pruebas de detección y diagnóstico precoz gracias a los avances habidos en biotecnología
- Atractivo potencial de la prevención
 - Disminución de morbimortalidad
 - Aumento de la esperanza y/o calidad de vida
 - Disminución de costes sanitarios
 - Redistribución de recursos
- Posibilidad de modificar estilos de vida

CUADRO 9.3 Razones para la integración de las actividades de promoción y prevención en la consulta del médico de familia

- Son parte del enfoque biopsicosocial que aplica el médico general/de familia
- El centro de salud es el dispositivo social más utilizado por los ciudadanos (el 95% de ellos suelen acudir por diferentes motivos en el transcurso de 5 años)
- Elevado porcentaje de pacientes que consultan anualmente (hasta el 90%)
- Confianza de los pacientes en su médico de familia como fuente creíble de información y asesoría
- Especial conocimiento del paciente, lo que le permite adoptar lo mejor y en la medida precisa teniendo en cuenta las circunstancias y el contexto

LA PREVENCIÓN EN EL CONTEXTO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Los profesionales sanitarios han intuido desde siempre los potenciales beneficios de la prevención, pero los procedimientos preventivos fundamentados en la evidencia científica no han sido una práctica habitual de la medicina clínica hasta hace unos 50 años. De hecho, durante décadas se ha venido proponiendo la realización de numerosas actividades preventivas en el contexto clínico, incluso cuando se carecía de la evidencia científica de su beneficio. Se trata de un hábito que continúa todavía vigente en el ámbito de la medicina general, y sobre todo en la medicina laboral, con la recomendación indiscriminada de una serie de exámenes, procedimientos y pruebas de laboratorio con periodicidad anual (chequeo anual), como una estrategia eficaz de prevención. Sin embargo, la propuesta de periodicidad anual de estos exámenes pone implícitamente de manifiesto el desconocimiento de la historia natural de las enfermedades a prevenir.

En 1976 el gobierno canadiense, consciente del vacío existente en el ámbito de la prevención y de la necesidad de revisar la evidencia científica sobre la eficacia real de las intervenciones preventivas en numerosas enfermedades, encargó a un grupo de expertos la revisión de la calidad de la evidencia que podría justificar la inclusión o exclusión en un examen periódico de salud de una serie de actividades preventivas en función de los diferentes grupos de edad y sexo, tanto para la población infantil como para los adultos. En 1979, este grupo de trabajo, el Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (CTFPHE), publicó sus conclusiones, que desde entonces se vienen actualizando en relación a la evidencia científica disponible.

En 1984 se constituyó en Estados Unidos el US Preventive Services Task Force (USPSTF) con una metodología similar a la de sus vecinos canadienses. Este grupo, que publicó su primer informe en 1989, elabora recomendaciones preventivas para todos los grupos de edad, dando especial importancia a aquellas medidas dirigidas a conseguir modificaciones en los estilos de vida de las personas. El USPSTF realiza revisiones de la evidencia científica de una amplia gama de servicios clínicos preventivos y proporciona recomendaciones a los médicos de atención primaria y a los sistemas de salud.

Ambos grupos (el CTFPHE y el USPSTF) son en la actualidad las instituciones más rigurosas y prestigiosas de la prevención clínica a nivel internacional.

TABLA 9.1 Diferencias entre la asistencia clínica habitual y la atención preventiva

Asistencia clínica habitual	Atención preventiva integrada
<p>Iniciativa del paciente La naturaleza de la asistencia es imprevisible La demanda de asistencia es inmediata La atención es al paciente individual</p>	<p>Iniciativa generalmente del médico La naturaleza de la intervención es previsible La intervención no es urgente El foco de atención es un grupo de pacientes con factores de riesgo o riesgo de una enfermedad</p>
<p>Competencia del médico Los registros y la documentación clínica son necesarios La evaluación es compleja</p>	<p>Competencia de todos los profesionales del equipo de atención primaria Los registros y la documentación clínica son imprescindibles La evaluación es más simple</p>

Adaptada de Monreal Hajar et al., 2011.

En 1988 se creó en España el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), impulsado por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Este programa tiene como primer objetivo aumentar la calidad asistencial de los centros de atención primaria, integrando las actividades preventivas y de promoción de la salud en el seno de las tareas desarrolladas habitualmente en las consultas de atención primaria. El PAPPS genera recomendaciones periódicas de prioridades y métodos preventivos en base a las evidencias científicas, la morbilidad de nuestro país, los recursos disponibles y los resultados de la evaluación de las actividades preventivas de los equipos de atención primaria. Este programa se ha convertido en un marco de referencia para los profesionales de nuestro país. Sus recomendaciones se actualizan cada dos años y pueden consultarse en <http://www.papps.es>.

En 1995 se funda el grupo EUROPREV, liderado por el PAPPS-semFYC, cuyo objetivo es promover las actividades preventivas en las consultas de atención primaria europeas. EUROPREV está reconocido como grupo de trabajo estable de la WONCA-Europa.

En los últimos años también se ha creado en Estados Unidos el US Task Force on Community Preventive Services (USTFCPS), que aborda los análisis y recomendaciones de promoción y prevención desde una perspectiva comunitaria.

El PAPPS genera recomendaciones periódicas de prioridades y métodos preventivos en función de las evidencias científicas, la morbilidad de nuestro país y los recursos disponibles.

medidas de incidencia son las más adecuadas para hacer estimaciones cuantitativas y de identificación de los FR.

Por *factor de riesgo* se entiende cualquier característica o atributo, exógeno o endógeno, que puede ser controlado o eliminado (por acciones sanitarias o de otro tipo), que precede al comienzo de la enfermedad y que está asociado con una mayor probabilidad de ocurrencia de dicha enfermedad. Es decir, cualquier factor o característica modificable asociado con la aparición de una enfermedad y que se sospecha tiene una relación causal con ella, aunque no sea causa necesaria ni suficiente. Por ejemplo, el tabaco, el alcohol y la velocidad en la conducción son FR de cáncer de pulmón, cirrosis hepática y accidentes de tráfico, respectivamente.

Un marcador de riesgo sería cualquier factor o atributo, endógeno o exógeno, que no puede ser controlado o eliminado y que se asocia con mayor probabilidad de aparición de una enfermedad. Por ejemplo, son marcadores de riesgo la edad, el sexo, la etnia y los antecedentes hereditarios de una enfermedad, ya que no se podrá cambiar ninguno de ellos. De todas formas no siempre es fácil distinguir entre factor y marcador de riesgo, ya que la diferencia es relativa. Así la ocupación laboral, el estado civil y el grupo socioeconómico podrían entrar en ambas categorías. La importancia de separar factor y marcador de riesgo estriba en que frente a los FR se pueden plantear medidas de prevención primaria, mientras que frente a los marcadores de riesgo la acción preventiva será menos relevante.

El concepto de riesgo es una de las características centrales de la prevención y puede definirse como la *probabilidad futura de desarrollar una enfermedad que no está presente en ese momento en un individuo*.

CONCEPTO DE FACTOR DE RIESGO

Las enfermedades no se distribuyen aleatoriamente ni entre los individuos ni entre las poblaciones, sino que existen individuos y colectivos especialmente vulnerables. Esta especial vulnerabilidad o riesgo puede deberse a componentes de tipo genético, ambientales o psicosociales.

El concepto de *riesgo* es una de las características centrales de la prevención y puede definirse como *la probabilidad futura de desarrollar una enfermedad que no está presente en ese momento en un individuo*. Esta forma de considerar el riesgo obliga a justificar cualquier toma de decisiones, como la oferta de inmunizaciones o los esfuerzos para actuar sobre los FR y los estilos de vida, realizada con el propósito de reducir la probabilidad de desarrollar una determinada enfermedad. Las principales medidas de frecuencia de la enfermedad se muestran en la tabla 9.2. Entre ellas, las

Para cuantificar el grado, la fuerza o la magnitud de asociación entre un FR y un efecto o enfermedad existen diferentes parámetros dependiendo del tipo de estudio en el que se establezca la asociación entre el FR y la enfermedad.

En los **estudios de cohortes o de seguimiento** los individuos son identificados en función de la presencia o ausencia de exposición a un determinado factor. En este momento inicial, todos los individuos están libres de la enfermedad de interés y son seguidos durante un período de tiempo para observar la frecuencia de aparición del fenómeno o enfermedad que nos interesa. En el caso más sencillo se estudia un solo efecto dicotómico (presencia o ausencia de la enfermedad). El sentido del estudio es hacia delante (se parte del FR y se busca la enfermedad) y

TABLA 9.2 Medidas de frecuencia de la enfermedad

	Cálculo	Significado
Prevalencia	Casos existentes/población total	Proporción de individuos enfermos en una población en un momento concreto
Incidencia	Casos nuevos observados/población susceptible al comienzo del período	Riesgo individual de enfermar
Densidad de incidencia	Casos nuevos observados/suma de períodos de riesgo	Velocidad con que una determinada enfermedad aparece en una población

los grupos de comparación se constituyen en función del nivel de exposición, sirviendo uno de ellos (el de los sujetos no expuestos al FR) como grupo de control o referencia. A diferencia de los estudios experimentales, la asignación de los sujetos a los grupos de estudio no se hace al azar, y tampoco se manipula el factor de exposición. Si al finalizar el período de observación la incidencia de la enfermedad es mayor en el grupo de expuestos podremos concluir que existe una asociación estadística entre la exposición a ese factor y la incidencia de la enfermedad. La cuantificación de esta asociación se calcula construyendo una razón entre la incidencia del fenómeno o enfermedad en los expuestos al FR (I_e) y la incidencia del fenómeno en los no expuestos (I_o). Esta razón se define como *riesgo relativo* (RR).

El RR es, por tanto, la principal medida de asociación entre una causa o un FR y el efecto o enfermedad asociada a ese FR. Mide la fuerza de la asociación entre la exposición y la enfermedad. Se define como la frecuencia con que aparece el efecto o enfermedad en el grupo de expuestos al FR en relación con el grupo de no expuestos, es decir cuántas veces es más frecuente que aparezca la enfermedad en el grupo de expuestos frente al grupo de no expuestos al FR. Se calcula dividiendo la incidencia de enfermedad en los expuestos (I_e) entre la incidencia de enfermedad en los no expuestos (I_o). Si el RR es de 1, no existe asociación entre el FR y el efecto o enfermedad. Si el RR es mayor de 1, el FR incrementa el riesgo de aparición del efecto. Si el RR es menor de 1, la exposición al FR protegería frente a la aparición del efecto o enfermedad (fig. 9.2).

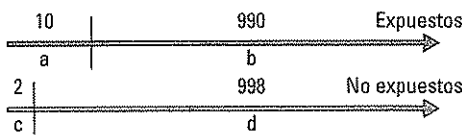
El RR es la principal medida de asociación entre una causa o un FR y el efecto o enfermedad asociada a ese FR.

El riesgo atribuible (RA) es la fracción o cantidad de RA al FR en el grupo de individuos expuestos al FR. Indica la incidencia de enfermedad en el grupo de personas expuestas al FR que se debe exclusivamente a esa exposición. Se calcula como la diferencia entre la incidencia de enfermedad en la cohorte expuesta al FR y la no expuesta ($RA = I_e - I_o$). El RA al FR estima, pues, el riesgo que se puede atribuir realmente al FR y, por tanto, la disminución en el número de casos nuevos de una enfermedad (disminución de la incidencia) que se produciría entre los expuestos a un FR si este se eliminase (fig. 9.3).

La fracción etiológica del riesgo en los expuestos (FEE) al FR o proporción de RA en los expuestos al FR es el porcentaje del suceso que se podría evitar si se eliminara la exposición al factor, o lo que es igual, la proporción de casos que se han producido entre los expuestos al FR como consecuencia de esa exposición. Es decir, representa la proporción o el porcentaje de casos nuevos de enfermedad entre los expuestos a un FR que se debe precisamente a ese FR y que, por tanto, serían prevenibles si la exposición al FR fuese eliminada. Se calcula dividiendo el RA entre la I_e y multiplicando por 100. Es decir, la FEE = $RA \times 100 / I_e$. Se interpreta como el grado de causalidad (porcentaje): de ahí su nombre, atribuible al FR en la producción de la enfermedad dentro del grupo de expuestos (v. fig. 9.3).

En los estudios de casos y controles se identifica a personas con una enfermedad u otra condición de interés que estudiemos (casos) y se les compara con un grupo de control apropiado que no tenga la enfermedad o condición (controles). La relación entre un FR y la enfermedad se examina comparando la frecuencia de exposición a ese factor entre los casos y los controles. Este tipo de estudio epidemiológico es retrospectivo, ya que partiendo del efecto (enfermedad) se estudian sus antecedentes (FR) en dos grupos de sujetos, llamados casos y controles según tengan o no la enfermedad. En este tipo de estudios no puede utilizarse el RR y el RA, ya que para su cálculo se necesita conocer incidencias, y estos estudios no nos las proporcionan, puesto que se parte de una población seleccionada, que o bien ha desarrollado la enfermedad (casos) o bien no la ha desarrollado en el momento de la selección (controles). Tampoco se puede calcular la prevalencia, pues el volumen de enfermos solo depende del número que voluntariamente hemos escogido como miembros del grupo de casos y no se relaciona con su representación específica en la población general. En los estudios de casos y controles, la frecuencia de exposición al FR entre los casos se compara con la frecuencia de exposición al FR entre los controles. Si la frecuencia de exposición al FR es mayor en el grupo de casos de la enfermedad que en los controles, podemos decir que hay una asociación entre el FR y la enfermedad. La medida de asociación que permite cuantificar esta relación se llama *odds ratio* (razón de productos cruzados, razón de disparidad o razón de riesgo) y tiene una interpretación similar al RR cuando la enfermedad es poco frecuente. Una *odds* es una razón en la que el numerador representa la probabilidad de que ocurra

ESTUDIOS DE COHORTES

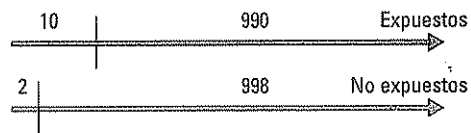


	Enfermos	Sanos
Expuestos	a	b
No expuestos	c	d

RIESGO RELATIVO = $\frac{a / a + b}{c / c + d} = 5,0$

FIGURA 9.2 ■ Riesgo relativo en los estudios de cohortes.

ESTUDIOS DE COHORTES



RR: $I_e / I_o = 10 / 2 = 5$
RA: $I_e - I_o = 10 - 2 = 8$
FER: $(I_e - I_o) / I_e = RA / I_e = 8 / 10 \times 100 = 80\%$

FIGURA 9.3 ■ Riesgo relativo (RR), riesgo atribuible (RA) y fracción etiológica del riesgo (FER). I_e , incidencia de la enfermedad (efecto) en los expuestos al factor de riesgo; I_o , incidencia de la enfermedad (efecto) en los no expuestos al factor de riesgo.

CASOS Y CONTROLES

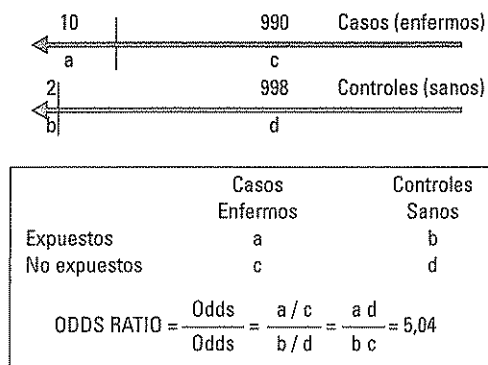


FIGURA 9.4 ■ Cálculo de la odds ratio en un estudio de casos y controles.

un suceso, y el denominador la probabilidad de que no ocurra. Por ejemplo, la probabilidad de que el tabaco esté presente en pacientes con cáncer de pulmón (numerador) y no esté presente (denominador). La escala de medida va desde el infinito, caso de que el suceso siempre ocurra (100/0) hasta cero, cuando no ocurre nunca (0/100). En la figura 9.4 se esquematiza el cálculo de la odds ratio en un ejemplo de estudio de casos y controles, apreciándose que tiene un valor (5,04) similar al RR (5,0) del ejemplo del estudio de cohortes.

La odds ratio (razón de productos cruzados, razón de disparidad o razón de riesgo) es una medida de asociación utilizada fundamentalmente en los estudios de casos y controles y tiene una interpretación similar al RR cuando la enfermedad es poco frecuente.

Causalidad

La principal utilidad de todas estas medidas definidas con anterioridad es la evaluación de la causalidad. Se define como causa de una enfermedad todo acontecimiento, condición o característica que desempeña un papel esencial en producir su ocurrencia.

Entre los modelos de causalidad encontramos el determinista o unicausal, que postula que siempre que se presente la causa (causa suficiente) y solo cuando se presente esa causa (causa necesaria) ocurre el efecto. Hay, por tanto, especificidad de causa (el efecto tiene solo una causa única) y también especificidad de efecto (cada causa produce solamente un único efecto). Este modelo corresponde a los postulados de Koch: a) el agente debe estar presente en todos los casos de enfermedad (causa necesaria), b) el agente no debe encontrarse en otra enfermedad (especificidad de efecto) y c) el agente siempre debe producir la enfermedad (causa suficiente) y solamente un agente debe ser aislado en un cultivo puro (especificidad de causa).

Estos postulados fueron muy útiles para el conocimiento científico de las causas de muchas enfermedades infecciosas, pero no sirven para explicar la causalidad de las enfermedades crónicas y degenerativas que tienen una etiología multifactorial. En los sistemas autoorganizados como los seres vivos la causalidad no es lineal, de manera

que en ciencias humanas y biomédicas es posible encontrar relaciones entre los eventos, pero a menudo es difícil establecer una causa única, y en muchas ocasiones se encuentran múltiples FR para una enfermedad. Además causa y efecto no son usualmente cercanos en tiempo y espacio, y los procesos orgánicos se mantienen o cambian por múltiples influencias. Surge así el modelo multicausal, que postula una pluralidad de causas y multiplicidad de efectos, formando redes causales en las que diferentes causas producen el mismo efecto, y una única causa ocasiona varios efectos. Este modelo se relaciona con la teoría probabilística de causalidad e introduce el concepto de asociación entre dos episodios, es decir, se dice que hay asociación estadística entre dos episodios cuando la proporción de individuos que presentan ambos episodios es significativamente más alta o más baja que la proporción que se predice según las frecuencias separadas de ambas categorías. Sin embargo, la asociación estadística no es sinónimo de causalidad, puesto que una asociación estadística no implica una relación de causa-efecto.

Posteriormente ha surgido el modelo determinista modificado (Rothman, 2012), que incorpora ideas de los dos modelos anteriores y facilita la explicación de ciertos fenómenos estudiados en epidemiología, como son la fuerza de asociación causal, la interacción entre causas, la proporción de enfermedad atribuible a una causa específica y el período de inducción. En este modelo, una causa suficiente sería el conjunto de sucesos o condiciones mínimas que inevitablemente producen una determinada enfermedad. Cada causa suficiente está constituida por causas contribuyentes, y una causa contribuyente será considerada causa necesaria de esa enfermedad cuando esté presente siempre en todas las causas suficientes de la enfermedad.

En ciencias humanas y biomédicas es posible encontrar relaciones entre los eventos, pero a menudo es difícil establecer una causa única, y en muchas ocasiones se encuentran múltiples FR para una enfermedad.

Criterios epidemiológicos de causalidad

Son criterios o estándares que pretenden evaluar los indicios disponibles sobre la relación de causalidad entre dos factores (la exposición a un agente y una enfermedad), dado que la mera existencia de una asociación estadística no es sinónimo de causalidad. Los más aceptados son los 9 criterios de causalidad enumerados por Bradford Hill en 1965, aunque ninguno de ellos es incuestionable para aceptar o rechazar la causación. En la tabla 9.3 se enumeran y definen estos criterios en el orden propuesto por Hill.

Modalidades de prevención

Generalmente las actividades de prevención se han clasificado en relación con la historia natural de las enfermedades, en la que suele distinguirse tres períodos: prepatogénico, patogénico y de resultados.

1. El período prepatogénico o de susceptibilidad se iniciaría con la exposición a los FR.

2. En el *período patogénico*, la enfermedad ya estaría presente, y podrían diferenciarse dos fases: la *fase presintomática* (en la que no hay síntomas ni signos) y la *fase sintomática* (con signos y/o síntomas).
3. El *período de resultados* es la etapa final de la historia natural de las enfermedades, consecuencia del avan-

ce, la detención o el retroceso de las alteraciones orgánicas inducidas por los agentes causales (muerte, incapacidad, situación de enfermedad crónica o recuperación de la salud).

Dependiendo del momento en que se desarrolle una iniciativa preventiva, en relación con la historia natural de una enfermedad, se habla de prevención primaria, secundaria o terciaria (fig. 9.5). Las definiciones pueden consultarse en el cuadro 9.1. Algunos autores establecen una diferenciación entre prevención primaria y prevención primordial. Mientras que en prevención primaria se intenta, en general, modificar los hábitos de vida nocivos o los FR ya existentes, pero que aún no han producido enfermedad identificable (a excepción de las vacunas, donde estos no tienen por qué estar presentes), en la prevención primordial el objetivo fundamental sería evitar la aparición de hábitos o FR (p. ej., evitar el inicio del consumo de tabaco, recomendar una dieta sana antes de que exista obesidad o hipercolesterolemia, etc.). Su objetivo, por tanto, sería prevenir la aparición de las condiciones que predisponen a la enfermedad. Como puede observarse en la figura 9.5, los procedimientos o la estrategia para lograr los objetivos en prevención primaria están vinculados al consejo, a la educación sanitaria o a las inmunizaciones; en la prevención secundaria, a los procedimientos de autoexamen del paciente, el examen de salud o la pruebas de cribado (*screening*), y en la prevención terciaria a una adecuada atención clínica de los individuos enfermos diagnosticados, intentando evitar las discapacidades. En prevención secundaria, la búsqueda de casos (*case finding*) o detección oportunista de enfermedades en los pacientes que acuden a la consulta médica, por otra enfermedad u otros motivos, es muy recomendable en aquellas personas en las que esté indicada. Finalmente, la prevención terciaria incluye las medidas dirigidas a retrasar

TABLA 9.3 Criterios epidemiológicos de causalidad de Bradford Hill (1965)

Criterio	Descripción
Fuerza de la asociación	Riesgo relativo grande. También denominada magnitud o intensidad de la asociación o tamaño del efecto
Consistencia	Asociación observada repetidamente por varias personas en lugares, circunstancias y épocas diferentes
Especificidad	Una causa lleva a un solo efecto
Temporalidad	La causa precede al efecto
Gradiente biológico	La magnitud de la enfermedad aumenta con la magnitud de la exposición a la causa
Plausibilidad	La asociación tiene sentido según el conocimiento científico del momento
Coherencia	Ausencia de conflicto con la historia natural y biológica de la enfermedad
Demostración experimental	Mediante estudios de intervención si es posible o estudios observacionales de cohortes y de casos y controles. Este criterio también se denomina cesación de la exposición. Si un factor tiene un efecto, este efecto debería cesar cuando se elimina el factor
Analogía	Relación causa-efecto ya establecida para un agente-enfermedad similar

1. HISTORIA NATURAL

A. Estadios de la enfermedad

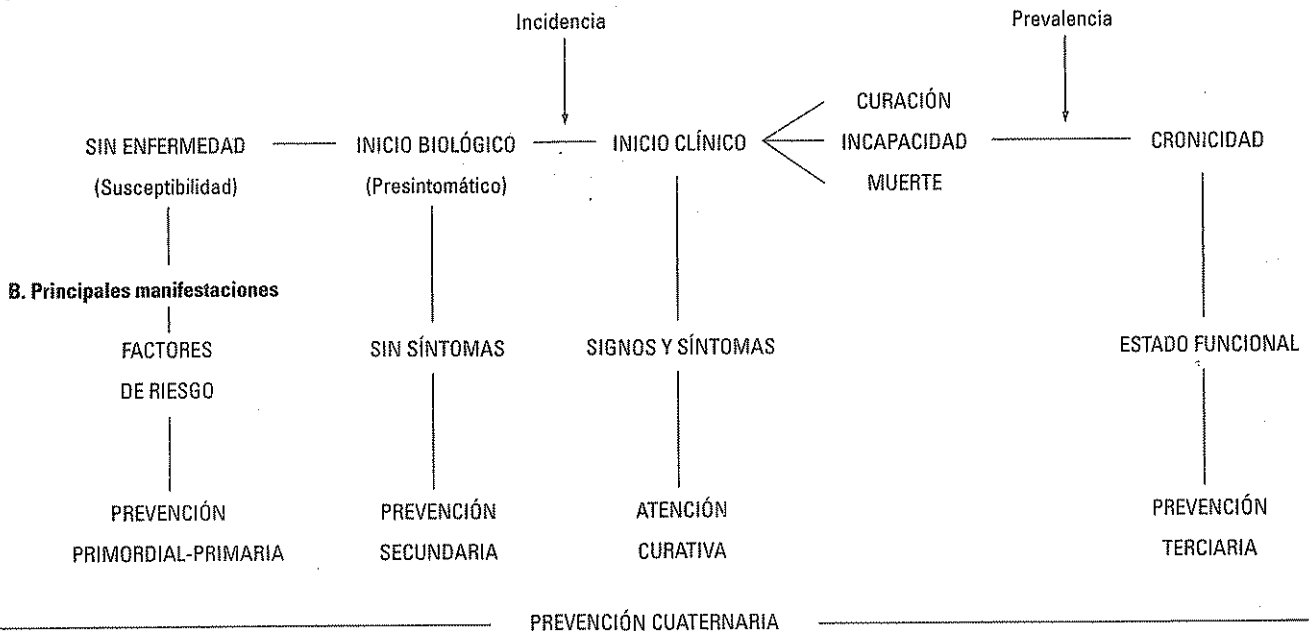


FIGURA 9.5 Tipos de prevención en función de la historia natural de la enfermedad.

la progresión de la enfermedad, evitar las complicaciones y facilitar la rehabilitación de los pacientes.

En los últimos años se ha incorporado a este esquema de prevención el concepto de prevención cuaternaria, entendida como la plasmación práctica del principio ético *primum non nocere* en las actividades preventivas. Englobaría, por tanto, todas aquellas actividades que tratan de evitar el posible daño derivado de las actividades preventivas. La prevención cuaternaria sería un elemento básico que debiera impregnar todo el proceso clínico, evitando el daño derivado no solo de las actividades asistenciales innecesarias e inapropiadas sino también de las actividades preventivas carentes de eficacia y/o efectividad.

La búsqueda de casos (*case finding*) o detección oportuna de enfermedades en los pacientes que acuden a la consulta médica, por otra enfermedad u otros motivos, es una estrategia muy recomendable en prevención secundaria.

CRIBADOS

Un cribado consiste en la aplicación de determinados procedimientos de selección (cuestionario, examen físico, determinaciones analíticas, mamografía, citología, etc.) a poblaciones de personas aparentemente sanas con objeto de identificar, en fase de latencia, a aquellos que pueden estar enfermos o tienen un riesgo incrementado de padecer una determinada enfermedad porque presentan un determinado FR.

Los cribados plantean problemas particulares que requieren una atención especial y detallada como se comenta a continuación. Las actividades de cribado son estrategias de prevención secundaria dirigidas a detectar enfermedades ya presentes pero clínicamente asintomáticas. Un programa de cribado se compone de una prueba de detección que, en caso de positividad, habrá de seguirse de otras pruebas diagnósticas y de un tratamiento precoz si la enfermedad finalmente se confirma.

La prueba que se aplica en un cribado pretende la detección de enfermedades o condiciones como FR en una etapa temprana de su historia natural, cuando se considera que el tratamiento o su control son más efectivos. Pero la historia natural de muchas enfermedades se desconoce. En los tumores y otras enfermedades se considera que, tras su comienzo, hay un momento en que se han producido ya los suficientes cambios histológicos o de otro tipo para permitir su detección precoz. Posteriormente se sitúa el momento en que la enfermedad se expresa clínicamente, con signos y/o síntomas, y finalmente se produciría el resultado final (curación, secuelas o muerte). También se cree que en esa historia natural hay un *punto crítico* que determina la evolución independiente o inexorable de la enfermedad, por lo que interesa que las medidas terapéuticas, para ser más eficaces, se apliquen antes de ese momento.

En este modelo, la efectividad de un cribado depende de la ubicación del *punto crítico* respecto al momento en que podría hacerse el diagnóstico precoz, con la prueba utilizada en el cribado, y el diagnóstico clínico. Si el punto crítico se sitúa antes de la prueba de cribado o después del diagnóstico

clínico, el cribado no sería efectivo, porque el diagnóstico precoz llegaría tarde en el primer supuesto, o no tendría sentido en el segundo (el diagnóstico clínico sería posible antes del punto crítico). Solamente cuando el punto crítico se ubique en el intervalo de la historia natural de la enfermedad comprendido entre el momento del diagnóstico precoz (con la prueba de cribado) y el diagnóstico clínico, el cribado podría ser efectivo. Pero además debiera haber evidencia de que la aplicación del tratamiento en ese momento mejora la supervivencia global del grupo poblacional que se somete al programa de cribado. Sin embargo, la expansión acrítica de la medicina preventiva en las últimas décadas promueve en ocasiones cribados en los que el balance de beneficios y riesgos es, como mínimo, dudoso.

Las enfermedades o condiciones candidatas a programas de cribado han de reunir una serie de requisitos, más allá de los relativos a su incidencia, prevalencia y gravedad (cuadro 9.4). No se pueden introducir cribados solo porque estén disponibles las pruebas de detección o los tratamientos, antes de que su seguridad y su ratio beneficio-coste hayan sido evaluados.

Uno de estos criterios se refiere a la validez de la prueba o test diagnóstico empleado en el programa de cribado. La validez de una prueba (Ruiz de Adana, 2009) depende de su capacidad para detectar correctamente la presencia o ausencia de la enfermedad que se estudia, lo que matemáticamente se expresa en una serie de índices, entre ellos la sensibilidad (S), la especificidad (E), el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN).

Estos índices se obtienen a partir del análisis en una serie de pacientes en los que se comparan los resultados de la prueba diagnóstica a validar (prueba de estudio) con los resultados obtenidos con una prueba de superior rendimiento diagnóstico (prueba de referencia, prueba estándar o patrón oro [*gold standard*]). Los resultados obtenidos se expresan en una tabla clásica de contingencia de 2×2 , en la cual las columnas muestran la presencia o ausencia de enfermedad, y las filas el resultado de la prueba diagnóstica evaluada (positiva o negativa) (tabla 9.4).

La S se define como la probabilidad de que un individuo enfermo tenga un test con resultado positivo, es decir, indica la proporción o porcentaje de enfermos que dan positivo en el test. Su cálculo es: $a/(a + c)$, donde a es el número de

CUADRO 9.4

Requisitos que debieran reunir los programas de cribado

- La enfermedad o condición a prevenir debe ser un problema de salud importante
- Existir un tratamiento efectivo para los casos identificados
- Estar disponibles los recursos necesarios para asegurar el tratamiento del problema detectado
- Existir una fase asintomática o latente de la enfermedad o condición a prevenir
- Existir un test o método diagnóstico adecuado y de una exactitud aceptable
- La historia natural de la enfermedad o condición debiera ser bien conocida
- Existir consenso sobre quién debe ser tratado
- El coste del *screening* debe ser aceptable
- La detección de casos debe ser un proceso continuo

TABLA 9.4 Parámetros de validez de una prueba diagnóstica

	Enfermedad (enfermos)	No enfermedad (sanos)	
Prueba positiva	a (VP)	b (FP)	$VPP = VP/(VP + FP)$
Prueba negativa	c (FN)	d (VN)	$VPN = VN/(VN + FN)$
	$S = VP/(VP + FN)$	$E = VN/(FP + VN)$	

E, especificidad; FN, falsos negativos; FP, falsos positivos; S, sensibilidad; VN, verdaderos negativos; VP, verdaderos positivos; VPN, valor predictivo negativo; VPP, valor predictivo positivo.

verdaderos positivos (VP) (personas que padecen la enfermedad o condición en los que la prueba da un resultado positivo) y *c* el número de falsos negativos (FN) (personas que padecen la enfermedad o condición en los que la prueba da un resultado negativo). La *S* valora por tanto la utilidad del test o prueba para identificar a los enfermos.

La *E* se define como la probabilidad de que una persona sana tenga un test con resultado negativo, es decir, indica la proporción o porcentaje de individuos sanos que dan negativo en el test. Su cálculo es: $d/(b + d)$, donde *d* es el número de verdaderos negativos (VN) (personas libres de la enfermedad o condición en los que la prueba da un resultado negativo) y *b* el número de falsos positivos (FP) (personas sanas en las que la prueba da un resultado positivo). La *E* valora por tanto la utilidad del test o prueba para identificar a los individuos sanos.

Para que un indicador sea útil debe presentar una *E* y *S* altas. Estas son características propias del test y no se modifican con cambios en la prevalencia.

El *VPP* es la probabilidad de que un individuo con un test positivo tenga realmente la enfermedad. Su cálculo sería: $a/(a + b)$, es decir $VP/(VP + FP)$. Este concepto se denomina también probabilidad *a posteriori*, probabilidad posprueba o probabilidad «postest».

El *VPN* se define como la probabilidad de que un individuo con un resultado negativo esté realmente sano y no tenga la enfermedad, es decir, la proporción de personas con un test negativo que están realmente sanos, libres de la enfermedad. Su cálculo sería: $d/(c + d)$, es decir, $VN/(VN + FN)$.

Los valores predictivos de un test son variables, dependen de la prevalencia de la enfermedad en la población. Si la prevalencia de una enfermedad aumenta, se incrementa el VPP y disminuye el VPN. Si la prevalencia de la enfermedad disminuye, se reduce el VPP y aumenta el VPN. En cambio, la *S* y la *E*, como se ha comentado, son características propias del test y no se modifican con cambios en la prevalencia.

En cuanto a la efectividad de un programa de cribado conviene tener en cuenta que la mortalidad total debería ser el objetivo estándar para juzgar su resultado. Utilizar la mortalidad específica por la enfermedad diagnosticada, como subrogada de la mortalidad total, priva a la población de la información que constituye su principal preocupación y que es reducir su riesgo de morir. Bien es cierto que muchas personas podrían tener razones personales para querer eludir un diagnóstico específico. Pero los proveedores sanitarios tienen la responsabilidad de informar claramente de la mortalidad por la enfermedad específica y también de la mortalidad total tras la puesta en marcha de cualquier programa de cribado.

Los valores predictivos de un test son variables, dependen de la prevalencia de la enfermedad en la población, pero la sensibilidad y especificidad son características propias del test y no se modifican con cambios en la prevalencia.

No obstante, el análisis de la efectividad de un programa de cribado suele ser difícil, entre otras razones por la posible existencia de sesgos que no son fáciles de soslayar. Entre estos sesgos estarían el sesgo de adelantamiento diagnóstico (*lead-time bias*), el sesgo del tiempo de crecimiento o de duración de la enfermedad (*length-time bias*) y el sesgo de sobredetección (*overdetection bias*). El sesgo de adelantamiento diagnóstico puede aparentar una mayor supervivencia en las personas sometidas a un programa de cribado cuando realmente solo se está adelantando el diagnóstico, como se esquematiza en la figura 9.6. La forma de anular este sesgo sería identificar el grupo de personas que han sido diagnosticadas de la enfermedad con la prueba de cribado y, en esta población, diseñar un ensayo clínico con dos grupos seleccionados aleatoriamente: a uno de ellos prescribirle desde este momento el tratamiento recomendado para esa enfermedad, y al otro grupo de pacientes no prescribirles ningún tratamiento hasta que la enfermedad se haya hecho clínicamente sintomática y diagnosticable, y comparar los resultados. Obviamente este ensayo no sería éticamente realizable. Los otros sesgos, de duración

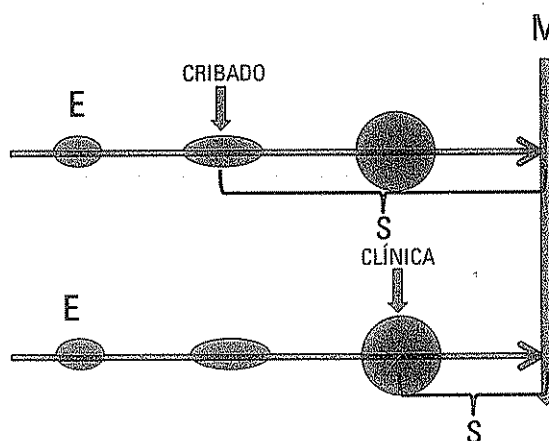


FIGURA 9.6 Esquema gráfico del sesgo de adelantamiento diagnóstico (*lead-time bias*) en los cribados. E, enfermedad o condición cribada; M, muerte o resultado final; S y s, supervivencia desde el momento del diagnóstico mediante cribado en la barra superior (S) y clínicamente en la barra inferior (s).

de la enfermedad y de sobredetección, hacen referencia a que es posible que, en programas de cribado (p. ej., de determinados tumores), el aparente beneficio de supervivencia en los estudios observacionales se deba a que la prueba de detección diagnostique variedades del tumor o enfermedad con evolución más lenta (por tanto con más probabilidad de ser captados en el test, en el primer caso) o que se detecten (en el segundo caso) enfermedades o tumores silentes o menos agresivos, mientras que los tumores o enfermedades más agresivos o con peor pronóstico escaparían del cribado, porque se habrían manifestado clínicamente con anterioridad. Además, las personas que se someten a programas de detección precoz son un grupo poblacional con mayores tasas de supervivencia que la población general.

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

La OMS, mediante el lema «Salud para todos en el año 2000», contribuyó a la puesta en marcha de nuevas estrategias globalizadoras de la promoción de la salud, como instrumentos que deben permitir la reorientación de los servicios sanitarios hacia la atención primaria y hacia una participación más activa e informada de la población en el cuidado de su salud. En este ámbito, la Carta de Ottawa es el resultado de la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Define la promoción como el proceso que permite a las personas ejercer un control sobre los determinantes de la salud y mejorar su bienestar, y considera cinco niveles estratégicos de actuación: establecimiento de políticas saludables, creación de entornos favorables, reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales y reorientación de los servicios sanitarios. También en la Declaración de Yakarta de 1997 se reafirman estas estrategias y se establecen nuevas prioridades para el desarrollo de la promoción de la salud en el siglo XXI, destacando la necesidad de aumentar las inversiones en políticas de salud, consolidar la colaboración intersectorial e incrementar el empoderamiento (*empowerment*) de la población.

Las estrategias de actuación en prevención y promoción varían según los grupos poblacionales a los que se dirigen (población general o población de alto riesgo). Existen por tanto dos estrategias fundamentales: la estrategia poblacional y la estrategia individual. La estrategia poblacional tiene como objetivo reducir el riesgo de la población en su conjunto, mientras que la estrategia individual pretende identificar aquellas personas con riesgo elevado y reducirlo, interviniendo específicamente sobre ellas. Este último es el enfoque médico tradicional aplicado a la prevención, generalmente mediante la detección de casos (*case finding*), en el contexto de los exámenes periódicos de salud. Por ejemplo, mediante una prueba (toma de presión arterial) se detecta a los individuos hipertensos y se les proporcionan las intervenciones más adecuadas para reducir los niveles de presión. Con esta estrategia individual, los beneficios para los individuos pueden ser notables porque el riesgo es elevado. Sin embargo, como la proporción de personas en alto riesgo es mucho menor que la proporción de las personas que corren un riesgo moderado, los beneficios globales para la comunidad son escasos. Esta estrategia

individual requiere identificar a los individuos de alto riesgo, por lo que su alcance poblacional dependerá del grado de cobertura de los servicios médicos. En esta estrategia, la motivación del médico y del paciente es elevada y permite un balance favorable entre beneficios y riesgos. Pero tiene sus desventajas, entre ellas que los individuos reciben una etiqueta o diagnóstico médico, con lo que de personas normales pasan a ser pacientes, y también que no incide en las causas de la enfermedad o condición, por lo que simplemente procura proteger a las personas susceptibles.

La estrategia poblacional pretende reducir el nivel medio de los FR de una enfermedad en la población y desplazar en una dirección favorable toda la distribución de la exposición. De este modo, al disminuir los valores medios de riesgo, también se reduce la población con un nivel de riesgo, elevado. Este procedimiento es útil en el abordaje preventivo de las enfermedades o los problemas de salud de alta incidencia, para los que existe un gran número de personas con un nivel de riesgo moderado de padecerlos (p. ej., enfermedades cardiovasculares, accidentes de tráfico, obesidad, etc.), siendo mucho menor el porcentaje de personas con un riesgo elevado. La estrategia poblacional ofrece, en estos casos, una enorme posibilidad para disminuir el riesgo de la población en su conjunto, de manera que «las enfermedades de masas requieren abordajes poblacionales para su control» (Rose, 1992). Sin embargo, dado que el riesgo individual de la mayoría de las personas es bajo, se puede constatar que «una medida preventiva que proporciona mucho beneficio a la población ofrece poco a cada individuo participante». Esta aseveración, conocida como paradoja de Rose, da idea de que los beneficios en la estrategia poblacional, si bien importantes a nivel general, pueden ser poco evidentes a nivel individual y que, en consecuencia, el precio que hay que pagar para lograr efectos positivos para la salud de una población en las enfermedades frecuentes es el tratamiento «innecesario» de un gran número de individuos. Entre los inconvenientes añadidos de este procedimiento administrativo destaca la baja motivación del sujeto, puesto que no aprecia un beneficio propio inmediato. También la motivación del médico suele ser baja, puesto que no ha sido requerido para realizar un acto diagnóstico o terapéutico, y en general observa esta estrategia de prevención como anónima y ajena a su quehacer diario.

Ambas estrategias preventivas, poblacional e individual, son complementarias, sinérgicas y no excluyentes. En la tabla 9.5 se muestran las principales ventajas e inconvenientes de cada una de ellas.

La estrategia poblacional pretende reducir el riesgo de la población en su conjunto, mientras que la estrategia individual pretende identificar aquellas personas con riesgo elevado y reducirlo, al intervenir específicamente sobre ellas.

En cuanto a la promoción, se ha propuesto el modelo de activos para salud como una manera de revitalizar las intervenciones de promoción de la salud y de salud comunitaria en términos de intersectorialidad, salud positiva, participación, equidad y orientación a los determinantes de la salud (Cofiño, 2016). Este modelo aporta una perspectiva de sa-

TABLA 9.5 Ventajas e inconvenientes de la estrategia poblacional e individual

Estrategias	Ventajas	Inconvenientes
Poblacional	Las enfermedades de masas requieren abordajes poblacionales para su control Ofrece evidentes beneficios para la población en su conjunto	Es difícil conseguir motivar a los individuos porque los beneficios individuales son escasos y a largo plazo Es difícil motivar a los profesionales porque la mejoría para los individuos es marginal
Individual	Es capaz de producir motivación en los individuos porque los beneficios individuales son evidentes a corto plazo Es capaz de producir motivación en los profesionales porque la mejoría de los individuos es evidente	Puede existir poca discriminación entre los individuos de alto riesgo y los demás Puede producir problemas de etiquetado Tranquiliza inadecuadamente a aquellos no identificados como de alto riesgo La intervención puede producir efectos secundarios. Se somete a más individuos a un tratamiento farmacológico que los que obtienen beneficios

lud que fomenta que las comunidades reorienten su mirada al contexto y se centren en aquello que mejora la salud y el bienestar, potencien la equidad en salud y fortalezcan sus decisiones sobre el origen de las causas de los determinantes de la salud y las desigualdades sociosanitarias. Su puesta en marcha precisa la realización de un mapa de activos (un inventario dinámico de las fortalezas y capacidades de las personas y grupos que forman una comunidad) y la facilitación del empoderamiento comunitario. Esta estrategia es complementaria al modelo todavía predominante en el sector de la salud y las políticas sanitarias, que continúa siendo un modelo centrado de manera desproporcionada en los enfoques dirigidos a solucionar problemas y más focalizado en lo patógeno y el déficit.

INTERSECTORIALIDAD Y PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

La atención primaria en nuestro país incluye «actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social» (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Capítulo I. Artículo 12).

El desarrollo de las distintas funciones y actividades de la atención primaria ha ido evolucionando, desde el inicio de la constitución de los primeros centros de salud, desde una perspectiva fundamentalmente curativa a la etapa actual en que las tareas preventivas y de promoción de la salud ocupan una parte importante de la jornada laboral de los profesionales sanitarios.

La puesta en marcha del PAPPS en el año 1988 supuso una herramienta de gran valor para la incorporación de estas actividades en las consultas de los distintos profesionales, proporcionando recomendaciones sobre las actividades prioritarias de prevención y promoción de la salud. La inclusión de estas actividades en la cartera de servicios de los centros de salud también ha contribuido a su integración en la clínica diaria, con una evaluación de los objetivos y coberturas alcanzados.

Sin embargo, la incorporación de las actividades de prevención y promoción no se ha producido de una forma equilibrada y homogénea en el país, ni en lo relativo al ámbito de actuación (ligado a las características particulares

de cada centro de salud) ni en lo relativo a la población diana, generalmente el usuario como receptor pasivo de estas prestaciones. Solo en algunos casos y experiencias se ha avanzado al proyectarlas fuera del centro de salud y dirigirlas a los grupos y a la comunidad.

Los cambios socioculturales habidos en las últimas décadas, las consecuencias de la globalización, el desarrollo de las nuevas tecnologías y los mensajes de los medios de comunicación influyen en la forma de vida de los individuos y, por tanto, en su salud. De hecho, los determinantes sociales de la salud incluyen, además del sistema sanitario, las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y explican gran parte de las desigualdades en salud. Estas desigualdades no pueden abordarse de forma eficiente sin la implicación de todos los sectores que influyen en ellas. Por estas razones, las actuaciones de los equipos de atención primaria han de ampliarse a otros ámbitos sociales y permitir la colaboración de otros colectivos y sectores. El objeto de las intervenciones preventivas y de promoción de la salud no debe limitarse al individuo; es necesario dirigirlas también hacia grupos de población y hacia la comunidad en su conjunto. Para ello es primordial el trabajo coordinado con redes sociales, agentes de la comunidad, servicios de salud pública, instituciones y otros profesionales y sectores implicados en la mejora de la salud individual y colectiva.

La incorporación de las actividades de prevención y promoción no se ha producido de una forma equilibrada y homogénea en nuestro país.

El enfoque transversal de las intervenciones comunitarias en prevención y promoción de la salud facilita el abordaje de los problemas de salud de una manera más efectiva y eficiente. En este mismo sentido apunta la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del Ministerio de Sanidad, que aboga por la integración y la coordinación entre todos los niveles, sectores y actores implicados. Señala la atención primaria y su coordinación con la salud pública como uno de los pilares fundamentales, y realiza propuestas concretas, como integrar la promoción de los estilos de vida saludable dentro de las actividades sistemáticas de las consultas de este nivel asistencial (incorporándolas a la historia clínica,

cartera de servicios, contrato programa). Ejemplos de este enfoque son las intervenciones dirigidas a la prevención de los accidentes de tráfico, a la detección de la violencia de género o las dirigidas a la salud en el ámbito escolar.

REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD

La responsabilidad de realizar intervenciones de promoción de la salud dentro del sistema sanitario asistencial está asignada a la atención primaria, aunque en la práctica sigue dependiendo del voluntarismo de los profesionales. Sin embargo, es evidente que para hacer ese trabajo hay que contar con una coordinación efectiva con salud pública, tal como recoge la Ley de Salud Pública 33/2011. Los profesionales de enfermería son el principal colectivo implicado, aunque en algunas comunidades autónomas los trabajadores sociales son un agente principal.

En cuanto a las intervenciones preventivas, la forma habitual de aplicarlas en la práctica clínica es el examen periódico de salud, que consiste en una serie de procedimientos y pruebas diagnósticas adaptadas a la edad, el sexo y el perfil de riesgo de los pacientes. Dos estrategias son posibles. Una sería poner en marcha servicios especializados en prevención. Esta estrategia permite rentabilizar los recursos humanos (formación del personal) y materiales (concentración de recursos) y suele emplearse cuando las actividades requieren una tecnología relativamente cara y/o de personal con un grado de especialización elevado, como sucede en los programas de cribado de cáncer de mama.

La segunda opción sería integrar las actividades preventivas con las actividades asistenciales en el marco de la consulta habitual. Esta alternativa logra un amplio consenso, puesto que las consultas de atención primaria de salud reúnen las condiciones idóneas para asumir estas actividades y llevarlas a cabo de la forma más eficiente posible. En España, la asistencia sanitaria es universal y gratuita y se calcula que el 95% de la población acude al menos una vez cada 5 años al centro de salud. Además, los profesionales sanitarios de este nivel asistencial conocen las características sociodemográficas de la población asignada, lo que facilita el proceso de priorización de las actividades preventivas y potencia su capacidad de influencia, pudiendo adaptar las recomendaciones a las necesidades y situación particular de cada paciente.

ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS

El equipo de atención primaria lo componen un grupo multidisciplinario de profesionales, sanitarios y no sanitarios que comparten responsabilidades y tareas, entre ellas las actividades preventivas y de promoción de la salud. La implementación de estas actividades requiere del compromiso de la administración sanitaria (horarios, disponibilidad de recursos materiales y personal suficiente), pero también en gran medida depende de los profesionales y de la forma en que estos se organizan.

Los profesionales han de participar, en función de su capacitación y aportación, al logro de la mayor eficiencia en las diferentes intervenciones a realizar, partiendo de que el trabajo en equipo es misión y responsabilidad compartida de todos. Las actividades serán realizadas por el profesional de referencia, médico de familia, pediatra o enfermera, o de forma conjunta con otros profesionales del equipo, de otros servicios o con miembros de la comunidad.

El profesional de enfermería, como promotor de cuidados, debe asumir una parte importante de las actividades de prevención y promoción, fundamentalmente en las intervenciones de educación sanitaria dirigidas al autocuidado de la población, ya sea de población sana o con algún tipo de enfermedad. En las consultas pueden desarrollar un gran papel en la recepción de usuarios nuevos, en los que la apertura de la historia clínica con la valoración de necesidades permite la identificación de estilos de vida y FR, y facilita las actividades de promoción pertinentes a cada caso y la captación oportunista de otros pacientes, o la derivación a otros profesionales si las intervenciones así lo requieren. En lo referente a inmunizaciones, los profesionales de enfermería tienen un papel relevante no solo en la realización de las actividades, sino también en la gestión de todo el proceso de vacunaciones, así como en las intervenciones de educación sanitaria dirigidas al individuo, la familia o la comunidad.

La priorización de las intervenciones ha de tener en cuenta las necesidades y características de la población atendida y la evidencia científica disponible, sin olvidar la realidad propia de cada consulta. La captación oportunista de los pacientes, que acuden por diferentes motivos a la consulta del médico y de enfermería, garantiza el logro de amplias coberturas.

En el abordaje de actividades de promoción de la salud de forma grupal pueden involucrarse distintos profesionales de equipo: médicos, enfermeras, trabajador social, matronas, auxiliares. Este tipo de abordaje permite la actuación sobre grupos diferenciados con una problemática común (educación a grupos de asmáticos, obesos, diabéticos), por edad (adolescentes, mujeres en el climaterio, ancianos), o por el momento o circunstancia vital en que se encuentran (cuidadores, inmigrantes). El trabajo en grupo es una de las estrategias útiles para conseguir cambios significativos y duraderos en las actitudes y comportamientos.

En todas las actividades de prevención, y especialmente en las de promoción de la salud, los profesionales de atención primaria deben desarrollar un rol educativo y habilidades de detección y comprensión de las necesidades de salud de la población, siendo capaces de negociar objetivos y de diseñar intervenciones que favorezcan la participación de los diferentes colectivos, con especial énfasis en evitar la ley de cuidados inversos (que no sean los individuos con mayores necesidades quienes menos se benefician de los servicios).

El profesional de enfermería asume una parte importante de las actividades de prevención y promoción, fundamentalmente en las intervenciones de educación sanitaria dirigidas al autocuidado de la población, ya sea de población sana o con algún tipo de enfermedad.

DIFICULTADES PARA LA INCORPORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Las barreras para implementar la prevención y la promoción de la salud pueden estar relacionadas con los profesionales, con el sistema sanitario y con los pacientes (tabla 9.6).

Todas estas dificultades deben superarse con medidas que incidan directamente en los tres componentes: los profesionales, el sistema sanitario y la población. Para que las estrategias de promoción de salud tengan éxito deberían enmarcarse en una perspectiva socioecológica, considerando de manera conjunta los múltiples niveles de influencia sobre las conductas saludables: individuo, familia, comunidad y sociedad.

En cuanto a los profesionales, es necesario que perciban que las recomendaciones preventivas y de promoción de la salud son fruto de amplios consensos generados en la comunidad científica y profesional, y que están basadas en la mejor evidencia científica. Pero además, las intervenciones eficaces deben ser reelaboradas para adaptarse a las necesidades concretas de cada centro, de modo que su implantación sea factible y sostenible. Las actividades de formación intraequipo son fundamentales para facilitar la capacitación y motivación de los profesionales.

En cuanto al sistema sanitario, es imprescindible la dotación de los centros con los recursos humanos y materiales

TABLA 9.6 Barreras para la incorporación de las actividades preventivas

Referidas a los profesionales sanitarios	Formación insuficiente Recomendaciones diversas y dispares por falta de protocolos consensuados y aceptados, creando confusión en los pacientes Dificultades para el trabajo en equipo y organización de las actividades Trabajo aislado del profesional Falta de motivación Ausencia de incentivos Percepción deficiente de la efectividad de las actividades de prevención Carga asistencial Falta de tiempo
Referidas al sistema sanitario	Fragmentación de la atención sanitaria Dispersión geográfica Falta de recursos materiales No favorecer la estabilidad de los trabajadores No identificar a los grupos con necesidades especiales Deficiencia en el sistema de registro y citaciones Ausencia de colaboración o coordinación con otros sectores
Referidas a los pacientes	Relación médico-paciente inadecuada y sin continuidad temporal Falta de confianza en las medidas de prevención Dificultades para el acceso a los centros sanitarios Escasa aceptabilidad de determinadas actividades de prevención Barreras culturales entre los profesionales sanitarios y los pacientes Dificultad para cambiar estilos de vida

necesarios, y también una organización de las agendas de trabajo que posibilite la incorporación de las intervenciones preventivas dentro de la práctica clínica diaria; también el establecimiento de una cartera de servicios de actividades preventivas y de promoción de la salud común a todos los centros del territorio nacional que garantice la equidad, aunque preservando un grado de flexibilidad suficiente que permita una respuesta a las necesidades más concretas de cada población.

La incorporación de la historia clínica informatizada puede favorecer la implementación de las actividades preventivas, al facilitar por una parte el recordatorio de las actividades pendientes en cada paciente y, por otro, la sistematización del registro de los datos y la evaluación de las intervenciones realizadas.

Finalmente, los medios de comunicación de masas debieran transmitir mensajes e información dirigidos a potenciar la autonomía y el incremento de la capacidad de toma de decisiones de los ciudadanos, y no mensajes generadores de una mayor dependencia del sistema sanitario y de sus profesionales, como habitualmente ocurre.

EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA O TERAPÉUTICA

La disponibilidad de evidencia científica sobre la pertinencia de determinadas intervenciones preventivas surge en la década de 1950 del pasado siglo, pero la investigación al respecto adquirió un especial impulso en la década de 1970, cuando se aceptó la necesidad de someter todos los procedimientos de prevención a una cuidadosa evaluación.

La CTFPHC, en 1979, y posteriormente la USPSTF han desarrollado y actualizado, con pequeños matices diferenciales, una metodología estandarizada que utiliza criterios analíticos explícitos para evaluar la efectividad de las actividades preventivas. Esto incluía, por una parte, una revisión de la literatura internacional para identificar las enfermedades prevenibles y, por otra, la evaluación de la potencia de la evidencia científica, clasificando los diseños de los estudios según unas reglas de evidencia (*rules of evidence*) y proporcionando una escala de clasificación de la fuerza de las recomendaciones, en función de calidad de la evidencia existente para sostener o excluir una determinada recomendación (cuadros 9.5 y 9.6).

Posteriormente se han desarrollado nuevos modelos de clasificación de la evidencia, entre los que destaca el sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group*). Este sistema analiza la calidad de la evidencia para cada variable importante y realiza recomendaciones en función del equilibrio entre beneficios y riesgos, la calidad de la evidencia, la aplicabilidad de la intervención y el riesgo basal de la población diana (tabla 9.7). Los posibles resultados finales son los siguientes:

1. «*Se recomienda hacer*»: recomendación fuerte que indica que los beneficios claramente superan los riesgos; alta confianza con poca incertidumbre.
2. «*Se sugiere hacer*»: recomendación más débil que indica que probablemente los beneficios superan

CUADRO 9.5 Niveles de calidad de la evidencia

- I. Evidencia obtenida de, al menos, un ensayo aleatorio controlado, bien diseñado
- II.1. Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria
- II.2. Evidencia obtenida en estudios analíticos de cohortes o de casos-contróles bien diseñados, preferentemente hechos por más de un centro o equipo
- II.3. Evidencia obtenida por múltiples series temporales, con o sin intervención. También los resultados sorprendentes en experiencias no controladas
- III. Evidencia obtenida a partir de opiniones de reconocidos expertos basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos

CUADRO 9.6 Clasificación del grado o fuerza de las recomendaciones

- A. Existe **buena evidencia** para recomendar la **inclusión** de la actividad preventiva en la práctica clínica
- B. Existe **suficiente evidencia** para recomendar la **inclusión** de la actividad preventiva en la práctica clínica
- C. La **evidencia** existente es **conflictiva** y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la inclusión de la actividad preventiva. Sin embargo, otros factores pueden influenciar la toma de decisiones
- D. Existe **suficiente evidencia** que sostiene que la actividad preventiva **sea excluida** de la práctica clínica
- E. Existe **buena evidencia** que sostiene que la actividad preventiva **sea excluida** de la práctica clínica
- I. La **evidencia** existente es **insuficiente** (en cantidad o calidad) para hacer una recomendación. Sin embargo, otros factores pueden condicionar la toma de decisiones

los riesgos. Puede existir cierta incertidumbre y es esperable variación en la práctica médica. En este caso la decisión puede tomarse basándose en otros factores individuales.

- 3. «Se sugiere no hacer»/«se recomienda no hacer»: se aplican las mismas consideraciones que en los apartados anteriores, con un balance probable o cierto a favor del daño respecto al beneficio.

El sistema GRADE analiza la calidad de la evidencia para cada variable importante y realiza recomendaciones en función del equilibrio entre beneficios y riesgos, la calidad de la evidencia, la aplicabilidad de la intervención y el riesgo basal de la población.

Otro aspecto a valorar en los estudios que analizan actividades preventivas es el beneficio que una determinada intervención (p. ej., la administración de un fármaco o una vacuna) confiere a la población que la recibe. En este caso, la valoración de la significación clínica de los resultados de estos estudios (generalmente ensayos clínicos) se realiza con los siguientes parámetros, que nos informan de la magnitud del beneficio obtenido.

La reducción absoluta del riesgo (RAR) es el parámetro que nos informa del número de acontecimientos (eventos) evitados por cada 100 pacientes que han recibido la intervención preventiva o terapéutica ensayada en el tiempo y condiciones del estudio. Por tanto, es un parámetro muy útil, porque nos da idea de la bondad de la intervención, y sencillo de calcular. Se calcula como la diferencia entre el porcentaje de eventos ocurridos en el grupo control (que no ha recibido la intervención preventiva o que ha tomado un placebo, en el caso de comparación de fármacos) y el porcentaje de eventos en el grupo que ha recibido la intervención o el fármaco.

El número necesario de pacientes a tratar para evitar un evento (NNT) es el otro parámetro que más nos interesa conocer. Nos informa del número de pacientes que es necesario tratar (p. ej., que reciban la intervención preventiva o el fármaco), en las mismas condiciones y tiempo de duración del ensayo, para evitar un evento o acontecimiento de los estudiados. Es, por tanto, una medida epidemiológica muy útil, pues nos informa de la eficacia de la intervención y del esfuerzo que es necesario realizar para evitar un evento. Su cálculo es también fácil y es una regla de tres simple: si por cada 100 pacientes tratados evito un número de eventos (RAR), para evitar 1 evento necesito tratar un número de pacientes (NNT). De manera que el NNT se calcula como el inverso de la RAR multiplicado por 100 ($NNT = [1/RAR] \times 100$).

Finalmente, el tercer parámetro que interesa conocer sería la reducción relativa del riesgo (RRR), que es la reducción relativa (porcentual) de acontecimientos evitados entre los pacientes del grupo estudio que presentaron el evento respecto a los pacientes del grupo control o placebo que también presentaron el evento. Se calcula dividiendo la RAR entre el porcentaje de eventos habidos en el grupo control (que no recibió la intervención preventiva o que tomó placebo) y multiplicando luego este resultado por 100. La RRR representa, por tanto, el porcentaje de eventos que se hubiesen evitado en los pacientes del grupo control que sufrieron el evento si, en lugar de no recibir la intervención preventiva o tomar placebo, hubiesen estado recibiendo la intervención preventiva o tomando el fármaco activo.

La RRR es una medida insuficiente para valorar la aplicación práctica de la eficacia de una intervención preventiva

TABLA 9.7 Sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group)

Calidad de la evidencia	Balance beneficio-daño esperado de la intervención			
	Fuerte a favor	Débil a favor	Débil en contra	Fuerte en contra
Alta	Se recomienda hacer	Se sugiere hacer	Se recomienda no hacer	Se recomienda no hacer
Intermedia	Se sugiere hacer	Se sugiere hacer	Se sugiere no hacer	Se recomienda no hacer
Baja	Se sugiere hacer	Se sugiere no hacer	Se sugiere no hacer	Se recomienda no hacer

o un fármaco, porque solo tiene en cuenta la diferencia en los porcentajes (medidas relativas) de presentación de eventos en el grupo estudio y control, y sus valores son independientes de las frecuencias absolutas de estos acontecimientos, es decir, de su prevalencia, del riesgo basal, por lo que siempre es necesario complementar la información de este parámetro con otros como la propia RAR y el NNT. Además, las RRR siempre son mayores que las RAR, pero su interpretación es muy distinta. Una RRR comunicada sin hacer referencia a la RAR y el NNT, como frecuentemente se hace, aporta poca información y además es engañosa, porque induce el falso automatismo en el profesional de que todos los pacientes padecerán el evento estudiado y que todos ellos se beneficiarán de la intervención preventiva o del fármaco en el porcentaje que indica la RRR, cuando estos beneficios solo hubiesen recaído en aquellos individuos que realmente presentaron el evento y que suelen ser un porcentaje reducido de la población total. Al comunicar aisladamente la RRR, desaparecen los riesgos absolutos de presentación de eventos en el grupo estudio y control, y esos riesgos absolutos (prevalencia) son importantes para valorar la eficacia y la eficiencia de la intervención preventiva o fármaco ensayado. Una RRR será del 50% siempre que se presenten el doble de eventos en el grupo control que en el grupo estudio, independientemente del riesgo absoluto, de la prevalencia, de si esos eventos ocurrieron en 1 de cada 1.000 o en 1 de cada 100.000 de los participantes en cada grupo. Una RRR del 50% puede tener NNT tan dispares como 20 o 2.000 pacientes. En la figura 9.7 se ilustra esta cuestión en dos ejemplos referidos a un hipotético ensayo que comparase la eficacia de un fármaco frente a un placebo.

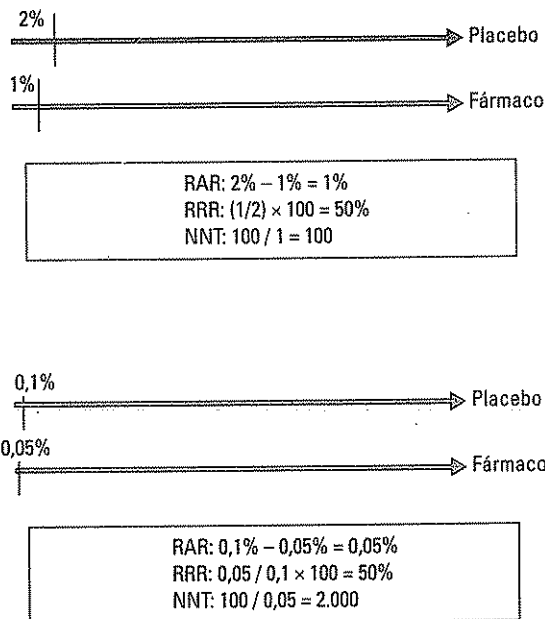


FIGURA 9.7 ■ Reducciones absolutas del riesgo (RAR), reducciones relativas del riesgo (RRR) y número necesario de pacientes a tratar (NNT).

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

El objetivo de cualquier Sistema Nacional de Salud es proporcionar la mejor asistencia sanitaria disponible de acuerdo a las necesidades del paciente, de manera que se alcancen los mejores resultados por unidad de coste invertida en el presupuesto sanitario. La evaluación de las actividades de prevención y promoción de la salud debe permitir conocer en qué medida estas actividades se realizan de acuerdo a los planes diseñados y en qué grado mejoran la salud de los ciudadanos.

En el ámbito del trabajo cotidiano de un centro de salud lo más habitual es realizar una evaluación a tres niveles: estructura, proceso y resultados, y fundamentalmente en las dos primeras dimensiones. La *estructura* puede evaluarse con un número reducido de indicadores que informen del estado de la enfermedad (incidencia, prevalencia, repercusiones) a la que se dirigen las intervenciones. La evaluación del *proceso* mide el grado en que se han cumplido las actividades y recomendaciones del programa o intervención preventiva, y generalmente se realiza mediante auditorías de la documentación clínica y de los sistemas de registro. La evaluación de los *resultados*, entendida como medida del impacto sobre los indicadores de salud en los receptores del programa, requiere grandes poblaciones y un tiempo prolongado para ver los posibles cambios, por lo que habitualmente la evaluación de los resultados de los programas preventivos se hace a

nivel de áreas de salud o comunidades autónomas, mientras que a nivel de los equipos de atención primaria la evaluación se centra habitualmente en el análisis de la cobertura poblacional obtenida mediante la aplicación del programa.

También en el ámbito de las actividades preventivas, los conceptos de eficacia, efectividad, eficiencia, calidad y accesibilidad adquieren auténtico protagonismo, dado que los recursos sanitarios siempre son finitos y limitados. La *eficacia* consiste en hacer las cosas bien en condiciones ideales, mientras que la *efectividad* se refiere a su realización en condiciones reales y la *eficiencia* al logro de los objetivos con el menor coste posible (v. cuadro 9.1). Estas cualidades deben medirse en términos de mejoría de la salud de la población, aunque esta tarea es difícil debido a que generalmente los indicadores que se utilizan son indicadores negativos de salud.

La evaluación económica se define como el análisis comparativo de las acciones alternativas, tanto en términos de costes como de beneficios. Así, los componentes básicos de cualquier evaluación económica son: identificar, cuantificar, valorar y comparar los costes y los beneficios de las alternativas que se están considerando, en nuestro caso la implementación de actividades preventivas y de promoción de la salud frente a la asistencia clínica habitual. El análisis económico tiene que ver tanto con los factores productivos (el *input*, los costes) como con los productos (el *output*, los resultados), y su objetivo final sería identificar y hacer explícitos un conjunto de criterios útiles a la hora de decidir entre los diversos usos a los que se pueden asignar unos recursos sanitarios limitados.

También en el ámbito de las actividades preventivas los conceptos de eficacia, efectividad, eficiencia, calidad y accesibilidad adquieren protagonismo, puesto que los recursos sanitarios son finitos y limitados.

El análisis coste-efectividad es el más empleado en la toma de decisiones sobre la puesta en marcha de actividades preventivas. Combina la información de los efectos beneficiosos de estas intervenciones con sus riesgos y costes. Cuando una intervención preventiva sea efectiva, poco costosa y no conlleve riesgos, su implantación estará totalmente justificada. El análisis coste-efectividad compara los beneficios netos en salud y los costes de la intervención preventiva con el tratamiento estándar.

En prevención y promoción de la salud, la información existente sobre la evidencia del análisis coste-efectividad es muy escasa, y muchas veces se basa en modelos teóricos. De ahí que instituciones como la USTS (*US Preventive Services Task Force*) y el CTF (*Canadian Task Force on the Periodic Health Examination*) raramente incorporan aspectos relacionados con el coste-efectividad en sus recomendaciones. Por tanto, la evidencia sobre efectividad debe complementarse, siempre y cuando sea posible, con información sobre los recursos disponibles y las prioridades, dependiendo de cada contexto sanitario.

ASPECTOS ÉTICOS EN LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Como en cualquier relación asistencial, las intervenciones preventivas tienen unas evidentes connotaciones éticas. Conviene no olvidar que las actividades de prevención y de promoción de la salud van dirigidas fundamentalmente a personas sanas o que se sienten libres de enfermedad, y muchas veces indicadas o sugeridas por los profesionales sanitarios. Por tanto, la primera preocupación del profesional debe ser ante todo preservar la salud existente, evitando la iatrogenia biológica, psicológica y social, con el objetivo último de mejorar el nivel de salud de los individuos mediante intervenciones de contrastada eficacia. De hecho, el contrato preventivo es muy distinto al contrato implícito que adoptamos en la actividad clínica curativa ante un paciente que sufre y solicita nuestra ayuda. En las intervenciones preventivas no suele haber sufrimiento en el momento en que el paciente se somete a ellas. Por eso, el objetivo es que la intervención no origine daño o este sea mínimo y que el beneficio futuro sea cierto y grande.

Antes de indicar intervenciones preventivas y de promoción de la salud es, pues, obligado plantearse las repercusiones éticas inherentes a la decisión. Estas consideraciones éticas tienen que ver fundamentalmente con la propia intervención, con la forma de realizarla y con el seguimiento de la enfermedad o condición detectada, en caso de actividades de prevención secundaria (tabla 9.8). En sentido más general debemos tener presentes los principios básicos de la ética biomédica (cuadro 9.7).

EFFECTOS ADVERSOS DE LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

Todas las intervenciones sanitarias tienen efectos adversos y las de prevención y promoción no son una excepción, aunque estén rodeadas de un halo de inocuidad. El riesgo

TABLA 9.8 Aspectos éticos relativos a las actividades de prevención y promoción de la salud

Relativos a la propia recomendación o exploración	<p>La eficacia de las recomendaciones o intervenciones debe estar claramente contrastada</p> <p>Los beneficios deben siempre superar los riesgos previsibles</p> <p>La exploración o procedimiento preventivo debe seguir estando disponible en el futuro para asegurar su práctica de forma periódica</p>
Relativos a la forma de realizar la recomendación	<p>Los beneficios esperados deben explicarse al paciente de forma comprensible (lenguaje sencillo, claro, directo y adaptado a cada individuo y su situación personal)</p> <p>El individuo debe conocer los riesgos inherentes a las exploraciones o intervenciones preventivas cuando estos pueden ser relevantes</p> <p>Cuando la eficacia de una determinada intervención es discutible o existen opiniones contradictorias el paciente debe conocer los datos a favor y en contra</p> <p>La decisión última de someterse a una determinada recomendación o exploración corresponde al paciente</p>
Relativos al seguimiento del trastorno detectado	<p>La detección de cualquier trastorno debe prever que será adecuadamente tratado o controlado, bien por el propio profesional de atención primaria o por otro nivel asistencial</p>

cero no existe. La actividad del sistema sanitario es uno de los FR más importantes desde el punto de vista de la salud pública. Hasta una tercera causa de la mortalidad total se atribuye en Estados Unidos a la iatrogenia del sistema sanitario. Y la prevención es un campo especialmente abonado para los excesos por cumplir los criterios de ser arrogante (es agresivamente asertiva, persigue a los individuos asintomáticos diciéndoles que deben permanecer sanos, y para ellos prescribe y proscribire incluso amparándose en la ley), ser presuntuosa (asume que sus intervenciones siempre ofrecen más beneficio que daño) y ser despótica (ataca a aquellos que cuestionan el valor de sus recomendaciones) (Sackett, 2002).

Sin embargo, se investiga poco sobre los efectos adversos de la prevención. No solo los derivados de la prescripción de un fármaco empleado, por ejemplo tras un cribado positivo, sino también los de carácter más intangible (medicalización de la vida, dependencia de los servicios sanitarios, etiquetado de enfermedad, etc.). Por ello resulta clave incluir, en la toma de decisiones, los datos sobre los principales efectos adversos de las actividades preventivas y terapéuticas (cuadro 9.8).

Las actividades de prevención y de promoción de la salud van dirigidas fundamentalmente a personas sanas o que se sienten libres de enfermedad, y muchas veces son indicadas o sugeridas por los propios profesionales sanitarios.

CUADRO 9.7

Principios básicos de la ética biomédica

Autonomía. El respeto a este principio exige que las personas dispongan de información veraz sobre los beneficios y riesgos de las intervenciones preventivas y la posibilidad de participar en la decisión sin sufrir presiones. Supone aceptar su libertad contemplando a los pacientes como personas capaces de elegir, reconociendo su derecho a estar suficientemente informados, a saber qué es lo que se hace y a tomar sus propias decisiones, sin sufrir coacción alguna

Beneficencia. El principio de beneficio o de beneficencia (en el sentido de hacer el bien, no en su acepción de «caridad») supone la búsqueda del máximo beneficio para el paciente, asegurando la correcta evaluación de la medida preventiva propuesta

No maleficencia (primum non nocere). El respeto a este principio obliga a evitar molestias inútiles y no perjudicar a los participantes en intervenciones preventivas. La necesidad de cumplir con este principio viene dada por cuanto se trata de intervenciones que la mayor parte de las veces se ofrecen (o incluso se inducen) desde el propio sistema sanitario y se hacen en personas sanas

Justicia o equidad. Este principio obliga a que los sujetos sean seleccionados sin discriminación alguna, sin tener en cuenta el grupo a que pertenecen, tratando a todos ellos por igual y teniendo la misma probabilidad de participar y beneficiarse de una actividad preventiva. Contempla para todas las personas los mismos derechos, dignidad y libertades

Confidencialidad. La confidencialidad obliga a mantener el anonimato de cualquier sujeto que participa en actividades preventivas, no revelando información relacionada con él o con su enfermedad o situación

Racionalidad. El principio de racionalidad implica que existe una justificación de lo que se va a hacer, que hay razones para presumir su eficacia y que sus beneficios son superiores a los riesgos

Universalización. Este principio obliga al médico, o al enfermero, a actuar de la forma que se espera actuarían otros en situaciones similares, y se cumple, por ejemplo, cuando el profesional sanitario refiere a sus pacientes que él como persona estaría también dispuesto a participar en esa intervención preventiva si reuniese las condiciones de inclusión o aconsejaría a familiares o amigos que lo hiciesen si reuniesen esos criterios

ERRORES EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

En las actividades preventivas y de promoción de la salud, como en las actividades meramente asistenciales, los médicos y enfermeros podemos cometer errores. Conviene, por tanto, tener presentes los principales errores que pueden cometerse para intentar evitarlos (cuadro 9.9). Sería importante que las autoridades sanitarias propiciaran los mecanismos necesarios para la evaluación de nuevas intervenciones preventivas antes de su inclusión en el catálogo de prestaciones.

CUADRO 9.8

Efectos adversos de la prevención y promoción

Introgencia de las pruebas. Desde las nimias de una extracción sanguínea a las más importantes de una colonoscopia o al efecto acumulativo de pruebas radiológicas

Etiquetaje («labeling») del paciente. Con el consiguiente sufrimiento o deterioro en la calidad de vida que puede suponer el saberse «enfermo». Además, el etiquetado de «enfermo» casi siempre va a producir una dependencia del sistema sanitario

Escasa precisión del resultado. Lo que obliga a cascadas diagnósticas (para confirmar o descartar los falsos positivos o negativos) y terapéuticas, multiplicándose así los riesgos de complicaciones. También en el caso de resultados negativos se ha descrito que pueden producir una sensación de seguridad y un retraso en la búsqueda de atención

Impacto en los servicios sanitarios (externalidad). Consumo de recursos, especialmente tiempo, en los controles de las enfermedades o de los factores de riesgo detectados. El consumo innecesario de tiempo y recursos se detrae de la asistencia que no se presta al conjunto de la población

CUADRO 9.9

Principales errores en actividades de prevención y promoción

No revertir la ley de cuidados inversos. Esto es, realizar las actividades preventivas en los grupos de población que menos lo necesitan (p. ej., no realizar prevención cardiovascular en pacientes psicóticos o beneficiarse de la citología de Papanicolaou las mujeres con menos riesgo de cáncer genital)

Errores en la periodicidad de las recomendaciones. Establecer rutinas de revisiones sin evaluar muchas de las intervenciones preventivas ya implantadas en la práctica diaria, de manera que se perpetúan sin un conocimiento claro del cociente beneficios-riesgos

No explicarle al paciente de forma comprensible los beneficios y los riesgos inherentes a las exploraciones

No facilitar al paciente los datos a favor y en contra de las intervenciones cuando su eficacia es discutible o existen opiniones contradictorias

No aceptar que la decisión última de someterse a una exploración ha de tenerla el paciente. Habría que propiciar la autonomía de las personas no solo en el cuidado de la propia salud sino también en las decisiones sobre intervenciones preventivas

Falta de actitud crítica con la información científica habitual, recomendando prevención sin fundamento científico

Comportamiento disonante entre la proclama del beneficio de la prevención y lo que realmente hacemos como médicos o enfermeros (no predicar con el ejemplo)

Mitificar la prevención y crear expectativas poco realistas en los pacientes hacia la búsqueda de una salud perfecta, definida por criterios biométricos y por organizaciones con claros intereses en la medicalización y farmacologización de casi todos los aspectos de la vida

Sobrevalorar el concepto de factor de riesgo, equiparando factor de riesgo a enfermedad. Los factores de riesgo son asociaciones estadísticas y ni son necesarios ni son suficientes para causar enfermedad

A MODO DE CONCLUSIÓN

Las actividades de prevención y promoción son parte esencial de las tareas diarias de los profesionales sanitarios, fundamentalmente de médicos y enfermeros. También otros profesionales y otros sectores sociales tienen un papel fundamental en ellas. Como profesionales deberíamos:

- Mejorar el uso de la prevención y promoción y limitarla a sus aplicaciones estrictamente beneficiosas.
- Adoptar el enfoque de la prevención cuaternaria. Es decir, adoptar aquellas pautas preventivas en que se pueda sostener el principio básico de no hacer daño, y menos a una persona sana.
- Propiciar la autonomía de las personas en la toma de decisiones sobre intervenciones preventivas. El concepto de empoderamiento (*empowerment*), entendido como el proceso mediante el cual las personas o comunidades adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud, debe estar presente a la hora de llevar a cabo las actividades de prevención y promoción de la salud.

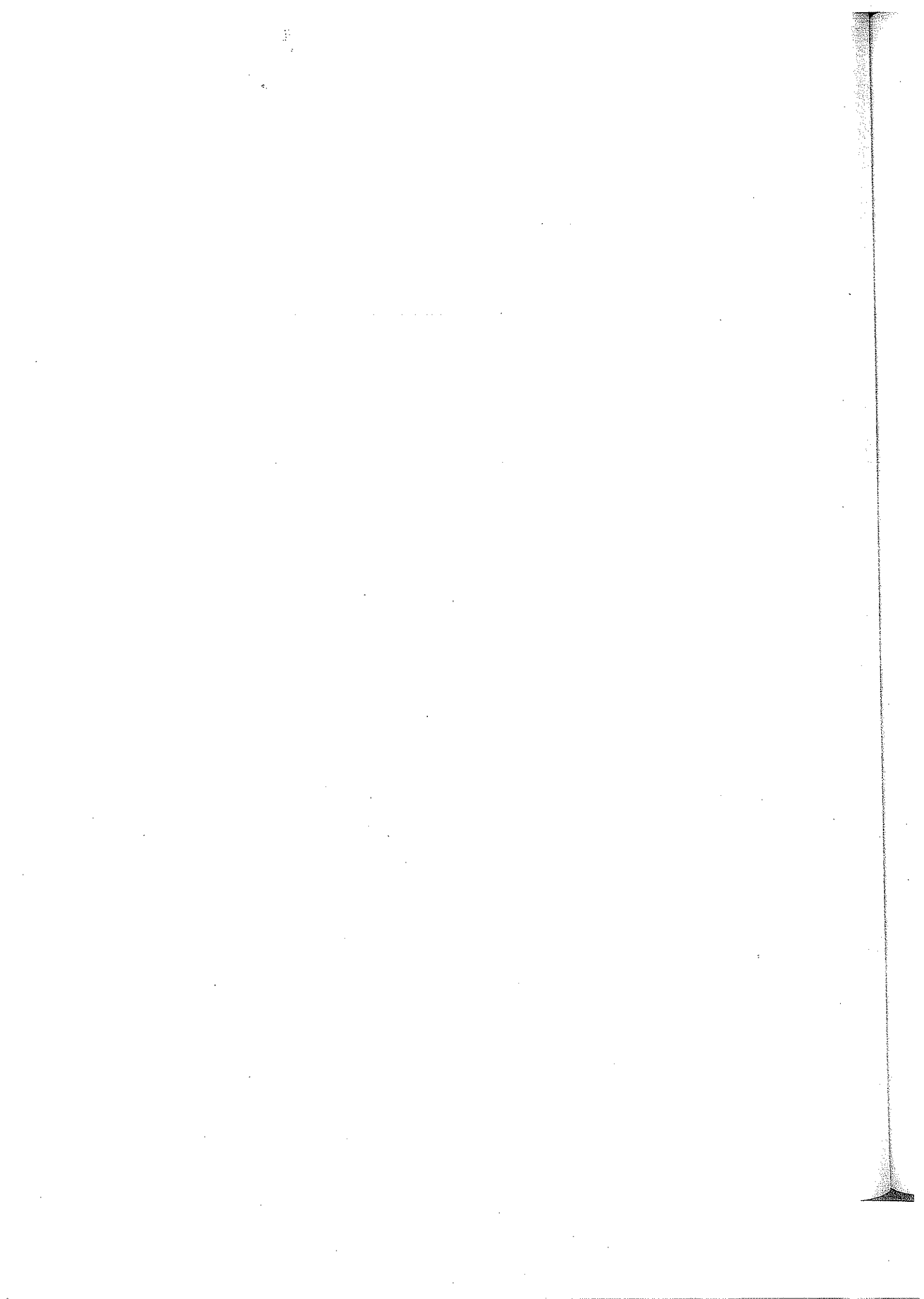
En definitiva, como escribían Cochrane y Holland en 1971: «existe una diferencia ética entre la práctica médica de cada día y el cribado. Si un paciente solicita ayuda a un médico, este hace lo mejor que puede. Él no es responsable de las deficiencias del conocimiento médico. Sin embargo, si el médico inicia procedimientos de cribado se encuentra en una situación difícil. En este caso, debería disponer de una evidencia concluyente de que el cribado puede alterar la historia natural de la enfermedad en una proporción significativa de los que son sometidos a este». O como más expresivamente señalaba Gervas en 2008: «en prevención el contrato exige mucha certeza en lo que se ofrece, pues normalmente el individuo está sano y disfrutando de la vida. Es como si no teniendo hambre te ofrecen de comer, pero no saben muy bien si la comida está envenenada. Si uno tiene hambre y pide un plato de comida la cosa es diferente». O como concluía Heath en 2014: «hoy en día el reino de los sanos está siendo absorbido rápidamente en el reino de los enfermos, dado que los médicos y los servicios de salud se afanan en hacer pasar a las personas a través de esta importante frontera en número cada vez mayor. Las principales armas que despliegan son: separar la noción de enfermedad de la experiencia de sufrimiento, ampliar las definiciones de las enfermedades, transformar los FR en enfermedades y, lo más potente de todo, el miedo». Y concluía: «el sobrediagnóstico de los sanos y el tratamiento insuficiente de los enfermos son las dos caras de la moneda de la medicina moderna».

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

- Informe SESPAS 2016. . Gac Sanit 2016;30(Supl. 1):1-110.
Informe bienal de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) que resulta fundamental para conocer la situación de la salud y de la sanidad en España. Contiene artículos que abordan la vigilancia, protección y promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en nuestro país.
- Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J, editors. Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. 7.ª ed Barcelona: Elsevier; 2014.
Texto de referencia para los profesionales del ámbito de la atención primaria en el que se abordan desde los principios de la atención primaria de salud a las actividades de promoción y prevención y los problemas de salud más frecuentes en las consultas.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Argimón Pallas JM, Jiménez Villa JM. Métodos de investigación clínica y epidemiología. Madrid: Elsevier; 2006.
- Borrell Carrié F, Gené Badia J. La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI. Gestión Clínica y Sanitaria 2008;10:3-7.
- Brotos Cuixart C, Agulló Roca F, Subías Lorén PJ. Metodología de la prevención. Curso a distancia de prevención en atención primaria. PAPPs. Semfyc. Barcelona: Renart Edicions; 1998.
- Cabeza E, March S, Cabezas C, Segura A. Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza.... Gac Sanit 2016;30(Supl. 1):81-6.
- Cabrera de León A. Manual de Medicina de Familia y Comunitaria. Santa Cruz de Tenerife: Servicio de Publicaciones de la Universidad de la Laguna; 2015.
- Casado Vicente V. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: Semfyc Ediciones; 2007.
- Casajuana J. La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. In: Ortún V, Casajuana J, Gervas J, editors. La refundación de la Atención Primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare; 2012. p. 7-26.
- Ciurana Misol R, Martín-Zurro A. Introducción a la medicina preventiva clínica. Curso a distancia de prevención en atención primaria. PAPPs. Semfyc. Barcelona: Renart Edicions; 1998.
- Cochrane AL, Holland WW. Validation of screening procedures. Br Med Bull 1971;27:3-8.
- Cofiño R, Aviño D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanit 2016;30(Supl. 1): 93-8.
- Dever GEA. An epidemiological model for health policy analysis. Soc Indic Res 1976;2:453-66.
- Espelt A, Contiente X, Domingo-Salvany A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. Gac San 2016;30(Supl. 1):38-44.
- Gervas J. ¿El trabajo diario? ¿Basado en la prevención cuaternaria? Disponible en: <http://equipocesca.org/el-trabajo-diario-basado-en-la-prevencion-cuaternaria/>.
- Gervas J, Gavilán E, Jiménez L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. AMF 2012;8. 312-137.
- Heath I. Role of fear in overdiagnosis and overtreatment: an essay. BMJ 2014;349. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g6123>.
- Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamoule M. Prevención cuaternaria, actividad del médico general. PrimaryCare 2010;10: 350-4.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2013. Disponible en: www.msssi.gob.es.
- Monreal Hajar A, García Ruiz MT, Forés Catalá MD. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Conceptos esenciales. In: Martín-Zurro A, Jodar Solá G, editors. Atención Familiar y Salud Comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Barcelona: Elsevier España SL; 2011. p. 53-69.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI; 1997. Disponible en: www.who.int.
- Ortún V. La refundación de la Atención Primaria. Madrid: Springer Healthcare Ibérica SL; 2011.
- Piédrola Gil G. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10.ª ed Barcelona: Masson SA; 2001.
- Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPs). Actualización 2016. Disponible en: www.papps.es.
- Ransohoff DF, Collins MM, Fowler FJ. Why is prostate cancer screening so common when the evidence is so uncertain? A system without negative feed-back. Am J Med 2002;113:663-7.
- Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press; 1992.
- Rothman KJ. Epidemiology. An introduction. 2.ª ed New York: Oxford University Press; 2012.
- Ruiz de Adana R. Eficacia de una prueba diagnóstica: parámetros utilizados en el estudio de un test. JANO 2009;1736. 30-21.
- Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. CMAJ 2002;167: 363-4.
- Starfield B. Is US health really the best in the world? JAMA 2000;284: 483-5.
- WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion; 1986. Disponible en: www.who.int.



ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Emilia Sánchez Ruiz • Enric Mateo Viladomat

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

INTRODUCCIÓN

CONCEPTO Y CONTEXTO DE LA PLANIFICACIÓN EN SALUD

El ciclo de la planificación en salud

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

METODOLOGÍA PARA IDENTIFICAR NECESIDADES DE SALUD

Indicadores de salud y de servicios

Encuestas de salud

Obtención de información a través de consenso

LISTADO DE PROBLEMAS Y NECESIDADES DE SALUD

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS E INTERVENCIONES DE SALUD

Concepto de priorización

METODOLOGÍA DE LA PRIORIZACIÓN

EL PLAN DE SALUD

DESARROLLO DEL PLAN DE SALUD

Planificación estratégica

Planificación táctica

Planificación operativa

EVALUACIÓN

Evaluación operativa

Evaluación de resultados

PARTICIPACIÓN DE LOS DISTINTOS AGENTES EN EL PROCESO

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- Planificar en salud es un proceso de toma de decisiones que se enmarca en un entorno político y social bien establecido.
- El análisis de la situación, diagnóstico de salud o determinación de necesidades de salud de la población es la fase inicial del ciclo de la planificación en salud.
- La metodología para el análisis de necesidades en salud incluye, principalmente, el uso de indicadores y encuestas de salud y, en ocasiones, el fruto del consenso entre personas bien informadas sobre la población. El producto final es un listado con problemas de salud y problemas relacionados con la organización y prestación de los servicios.
- La determinación de prioridades es parte del proceso de planificación en salud y aspira a identificar y seleccionar las intervenciones

más factibles, efectivas y eficientes para contribuir a mejorar los principales problemas de salud en una población. Se trata de un proceso político, social y técnico que utiliza diversos criterios y opciones metodológicas.

- El Plan de Salud es el instrumento indicativo y marco de referencia de todas las actuaciones públicas en el ámbito de salud de un país, estado o región. Su finalidad es mejorar el estado de salud de una población determinada.
- El desarrollo del Plan de Salud cuenta con tres tipos de planificación: estratégica, táctica y operativa. Forman parte de un mismo proceso y únicamente se diferencian al relacionarlas con el organismo responsable de llevarlas a cabo.
- La evaluación de los programas e intervenciones en la población forma parte del diseño del Plan de Salud. La valoración de la implementación, de los resultados y de los costes determinará la eficiencia del proceso, facilitará la elaboración

de planes de mejora de la calidad y permitirá orientar la actuación sobre las distintas fases de la planificación futura.

- La participación de los distintos agentes, de forma interdisciplinaria, interdepartamental e intersectorial es un aspecto clave, tanto en el análisis de la situación de salud como en las otras fases del proceso de elaboración de un Plan de Salud.
- La «Salud en todas las políticas» es un abordaje colaborativo para mejorar la salud de todos los ciudadanos incorporando la salud, la equidad y la sostenibilidad en la toma de decisiones de todos los sectores y áreas políticas.

INTRODUCCIÓN

La declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1998, bajo el lema «Salud para todos en el siglo XXI», al igual que lo hizo la Conferencia de Alma-Ata en 1978, reconoció el papel clave de la atención primaria de salud para alcanzar los objetivos de salud deseados en el marco del desarrollo general de la población. Los niveles de salud de una población tendrían que permitir a sus miembros trabajar productivamente y participar de modo activo en la vida social de la comunidad. El logro de dichas metas requiere una atención sanitaria esencial, basada en la evidencia científica, de acceso universal, con aceptación general y disponibilidad de recursos a un coste asumible para la población involucrada.

Las necesidades de una población son infinitas y los recursos habitualmente limitados. Se precisa, pues, de estrategias que ordenen y orienten los recursos disponibles para ser utilizados de la forma más eficiente y equitativa hacia la consecución de los objetivos. La planificación que, en palabras de Spiegel, es el proceso por el cual las decisiones son transformadas en acciones, es una de estas herramientas estratégicas (Spiegel y Hyman, 1978).

En este capítulo se aborda la planificación en salud con todas sus etapas de desarrollo, desde el análisis de la situación y la identificación de las necesidades de salud hasta la evaluación de los resultados de las propuestas formuladas en el Plan de Salud.

En primer lugar se contextualiza el proceso de planificación en salud y se describe el análisis de situación, introduciendo la metodología para la identificación de necesidades de salud, la elaboración del listado de problemas de salud y las técnicas para priorizar dichos problemas y las intervenciones susceptibles de mejorarlos. A continuación se presenta el Plan de Salud como instrumento de referencia, se detalla su desarrollo y se exponen los distintos tipos de planificación. En el apartado siguiente se hace referencia a la fase de evaluación y sus componentes y se finaliza el capítulo con unas consideraciones alrededor de la participación de los distintos agentes en el proceso de planificación.

CONCEPTO Y CONTEXTO DE LA PLANIFICACIÓN EN SALUD

Planificar es un proceso de toma de decisiones en el que se señala como objetivo una situación futura deseable y distinta a la que se llegaría si no se actuase; además, se establece una estrategia de acciones teniendo en cuenta los condicionantes de la situación actual y su evolución posterior. Como proceso, la planificación en salud no se produce de manera aislada sino que se enmarca en un entorno político y social bien establecido. Así pues, hay que tener en cuenta las políticas generales, las estrategias relacionadas con la salud (municipales, estatales, federales, nacionales e internacionales), los principios, valores y objetivos del sistema de salud, y las concepciones sociales (salud, equidad, sostenibilidad, eficiencia, etc.).

Existe una definición clásica de planificación en salud que la describe como un proceso continuo de previsión de recursos y de servicios necesarios para conseguir los objetivos determinados, según un orden de prioridad establecido, permitiendo elegir la o las soluciones óptimas entre muchas alternativas; esta elección toma en consideración el contexto de dificultades, internas y externas, conocidas actualmente o previsibles en el futuro (Pineault y Daveluy, 1990).

Esta definición permite identificar o intuir aspectos o características del proceso: se desarrolla de manera continua y dinámica, incorpora de forma implícita una visión de futuro (ejercicio prospectivo), conlleva la idea de acción (y, por tanto, de cambio), intenta establecer relaciones «causales» entre las decisiones tomadas y los resultados alcanzados, y tiene una naturaleza multidisciplinar.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece que la planificación sanitaria es un conjunto de procesos cuyo propósito es adecuar, de un modo consistente, los medios disponibles para lograr los objetivos de salud que se persiguen, tomando en cuenta para ello las circunstancias (sobre todo económicas, sociales, políticas y de lugar y tiempo) que concurren o que previsiblemente pueden concurrir. Y añade que, en general, el ciclo de la planificación sanitaria incluye: identificar necesidades y problemas; priorizar estrategias, objetivos y acciones; difundir información y abogar por el cambio; movilizar recursos y capacidades; evaluar la efectividad de las acciones, y reevaluar necesidades (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

La planificación en salud es un proceso de toma de decisiones que debe incorporar racionalidad, prospectiva y dinamismo para transformar, en el futuro, el estado o el nivel de salud de la población.

Una definición práctica utilizada en el proceso de elaboración de algunos planes de salud es la que considera la planificación sanitaria como la decisión sobre qué hacer para proteger, mantener o mejorar la salud de la población de un territorio, cómo hacerlo y cómo evaluarlo; todo ello en un contexto sociopolítico determinado y tomando las necesidades de salud de dicha población como punto de partida.

El ciclo de la planificación en salud

El propósito de la planificación en salud es mantener y mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de la población, modificando los factores condicionantes y determinantes de dicha salud. Para alcanzarlo se formulan metas y objetivos en función de los resultados que se pretenden conseguir y se diseñan acciones en forma de intervenciones o medidas sobre los problemas de salud más importantes. Se trata, pues, de un proceso ordenado y dinámico que debe llevarse a cabo entre la incertidumbre y las transformaciones que puedan producirse en el entorno. El conocimiento de la realidad y la adaptación continua a esta son aspectos tan importantes como la rigurosidad metodológica que debe impregnar todo el proceso; la planificación presupone acción y cambio que no podrán lograrse si la toma de decisiones no es realista. En otras palabras, la planificación en salud no debe convertirse en un ejercicio teórico recogido en un documento de carácter únicamente administrativo.

El proceso de planificación en salud es complejo puesto que aborda problemas de salud de naturaleza diferente, diversidad de intervenciones, datos e informaciones de procedencias y calidades múltiples y participación de diversos agentes, entre otras características. En determinadas situaciones se ha planteado la necesidad (y la oportunidad) de incorporar una fase inicial previa para «planificar la planificación».

Clásicamente, en la planificación en salud se diferencian tres grandes niveles: elaboración del plan, ejecución y evaluación. Sin embargo, desde el punto de vista operativo, el proceso de planificación sigue una serie de etapas que constituyen el llamado ciclo de la planificación en el que se distinguen las siguientes fases (fig. 10.1):

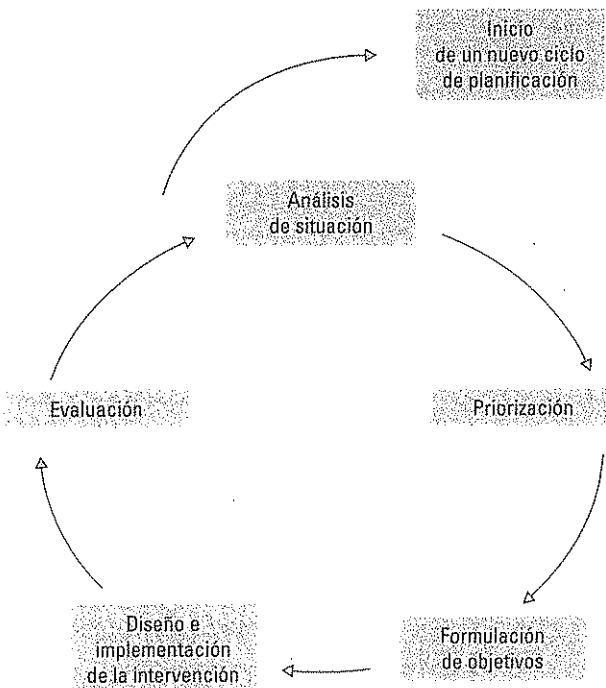


FIGURA 10.1 ■ Esquema del ciclo de planificación en salud. De elaboración propia.

1. *Análisis de situación.* Tiene por objeto conocer las características de la población e identificar los problemas de salud más importantes. Debe permitir, de manera genérica, reconocer los principales problemas de salud, determinar cuáles son los factores condicionantes y caracterizar a la población afectada.
2. *Priorización.* En esta etapa se seleccionan y ordenan los problemas de salud sobre los que se desea actuar, se revisan las intervenciones que pueden contribuir a mejorarlos y se priorizan. La priorización ha de reconocer cuáles son las intervenciones más efectivas para resolver o reducir el problema de salud, así como las alternativas más adecuadas, eficientes y factibles en el contexto de la población de interés.
3. *Formulación de objetivos o metas.* La formulación de objetivos constituye una declaración de los niveles de salud que se pretenden alcanzar mediante la implementación de las intervenciones priorizadas a través de acciones o estrategias apropiadas; es decir, qué objetivos se quieren lograr de acuerdo con las necesidades de salud identificadas.
4. *Diseño y puesta en marcha (implementación) de las intervenciones.* En esta fase se proyecta la ejecución de las acciones vinculadas a las intervenciones seleccionadas, para lo cual se utiliza la metodología propia de la programación (objetivos operacionales, plan de actividades, distribución de los recursos y establecimiento de los métodos de vigilancia y monitorización).
5. *Evaluación.* Es la etapa final del proceso de planificación. Valora, de forma crítica y objetiva, todo su desarrollo desde la fase inicial hasta los resultados obtenidos con las acciones llevadas a cabo en el tiempo establecido; a su vez, supone el inicio de un nuevo ciclo de planificación puesto que la información proporcionada sobre el alcance de los objetivos y el estado de salud que presenta la población después de las intervenciones realizadas es básica para nutrir el siguiente análisis de situación y ayudar a corregir las líneas de actuación propuestas.

La planificación y la evaluación están totalmente interrelacionadas. Es difícil concebir un proceso de evaluación si previamente no ha habido planificación ni se han formulado objetivos a partir de una situación conocida. Evaluar significa comparar los niveles alcanzados con los del punto de partida; por tanto, los objetivos y las acciones que integran las intervenciones deben ser evaluables (es decir, medibles) y los criterios de evaluación han de estar establecidos desde el inicio del proceso.

La complejidad del proceso de planificación es tal que, en ocasiones, se plantea la necesidad de una fase previa a las etapas descritas para «planificar la planificación».

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

El análisis de situación es la primera etapa de la planificación en salud, el punto de partida del proceso. Su principal objetivo es identificar a la población objeto de estudio y caracterizarla desde el punto de vista demográfico,

medioambiental, económico, cultural y de salud, para llegar a una primera aproximación de cuáles son sus necesidades o problemas de salud. Existen otras denominaciones para este concepto como diagnóstico de salud o determinación de necesidades en salud.

El proceso de análisis de situación consiste en la recogida sistemática y ordenada de datos e información sobre la salud de la población. Debe realizarse de forma ágil y rápida, tener un bajo coste y estar basado en datos reales. Por estos motivos, con frecuencia, se utiliza fundamentalmente información preexistente, tanto la que hace referencia directa al estado de salud de la población como la relacionada con sus determinantes.

Así pues, los datos a recoger en el análisis de situación son aquellos que permiten la descripción detallada de la población y que proporcionan una aproximación a sus necesidades de salud. Es recomendable tener en cuenta no solo los datos objetivos (p. ej., análisis de la mortalidad, morbilidad, etc.) sino también los subjetivos, que se pueden definir como las impresiones o expectativas de la población (percepción del estado de salud, satisfacción con los servicios recibidos, etc.), así como los proporcionados por los profesionales sobre la salud. Estos datos pueden agruparse en los puntos siguientes:

- *Caracterización del asentamiento humano.* Incluye información sobre el contexto del área geográfica objeto de estudio, haciendo referencia a las características físicas y medioambientales de interés para la salud y su evolución en el tiempo. También puede incluir, entre otras, las condiciones de la vivienda.
- *Información demográfica, social y económica.* Se trata de variables consideradas entre los determinantes del estado de salud de la población. Estos datos contienen la dinámica y la estructura de la población, su movimiento natural, las migraciones, la tasa de alfabetización, la clase social, el índice de desempleo, etc.
- *Estado de salud de la población.* En este apartado se tiene en cuenta la información disponible respecto al estado de salud: mortalidad, morbilidad atendida, morbilidad percibida, morbilidad declarada, etc.
- *Recursos disponibles.* Se trata de describir los recursos humanos y materiales destinados a la atención a la salud en la población objeto de estudio. La recogida de datos debe reunir información sobre la utilización de los servicios sanitarios y disponer del inventario de recursos destinados a la salud.

El producto final del análisis de situación es el listado de problemas de salud identificados o, lo que es lo mismo, la determinación de necesidades de salud. Según Pineault y Daveluy, la determinación de necesidades de una población va más allá de la identificación de los problemas de salud; requiere también un estudio de los servicios y de los recursos disponibles. Por todo ello, el proceso de análisis de la situación (*needs assessment*) incorpora esta visión (Pineault y Daveluy, 1990).

El análisis de la situación de salud, también llamado diagnóstico de salud o determinación de necesidades en salud, es la primera fase del proceso de planificación en salud.

Los mismos autores clarifican estos conceptos que, en la mayoría de ocasiones, se usan indistintamente. *Problema de salud* es un estado de salud considerado deficiente por el individuo, por el médico o profesional sanitario, o por la colectividad. En cambio, *necesidad de salud* es la deficiencia o ausencia de salud, determinada a partir de criterios biológicos o epidemiológicos, que conduce a tomar medidas de prevención, tratamiento, control y erradicación; otras acepciones son estado de enfermedad percibido por el individuo y definido por el médico, o bien, perturbación de la salud y del bienestar.

La necesidad representa aquello que se requiere para solucionar el problema de salud identificado; en otras palabras, una necesidad nace cuando se constata una diferencia entre una situación considerada como óptima y la situación observada en un momento determinado, y esta diferencia es la que se desea reducir.

Para establecer una relación entre los conceptos de «problema» y «necesidad» podría decirse que la necesidad es, de alguna manera, la traducción del problema en términos más operacionales. Necesidad es lo que hace falta para que la situación problemática (el estado de salud actual) se transforme en la situación deseada (el estado de salud objetivo).

Bradshaw clasificó las necesidades en cuatro tipos, agrupados en dos categorías (Bradshaw, 1972):

- Necesidades determinadas por la población:
 - *Necesidad sentida.* Hace referencia a la percepción que tiene la población sobre sus problemas de salud o los servicios de salud que se desean.
 - *Necesidad expresada.* Representa la demanda de cuidados y de atención, o sea, la necesidad sentida que finaliza en un proceso de búsqueda de servicios. La expresión de la necesidad por parte de la población se observa a través del uso de los servicios de salud. Hay personas que, a pesar de sentir una necesidad, no acuden a los servicios; otras no sienten la necesidad aunque la tengan; por último, hay quien siente y expresa la necesidad pero no obligatoriamente ve su demanda satisfecha o, por lo menos, de la manera que se esperaba.
- Necesidades determinadas por otros:
 - *Necesidad comparativa.* Es la necesidad que se esperaría que un individuo o un grupo de la población tuviera dado que presenta las mismas características que otro individuo o grupo en el que se ha identificado dicha necesidad.
 - *Necesidad normativa.* Es la que define el experto, el profesional, el gestor, etc., en relación con una determinada norma deseable u óptima basada en los resultados de la investigación o de su experiencia u opinión profesional. Por tanto, los individuos de la población que no responden a esta norma son considerados en estado de necesidad. De acuerdo con esta definición, la necesidad normativa refleja esencialmente el estado actual de los conocimientos y de los valores de aquellos que la determinan.

Es importante señalar que la existencia de necesidades puede concebirse incluso en situaciones en las que no hay problema de salud.

METODOLOGÍA PARA IDENTIFICAR NECESIDADES DE SALUD

El análisis de necesidades de salud requiere la recogida de información para disponer de una buena definición de los problemas de salud de la población y así proporcionar las bases para planificar las intervenciones dirigidas a mejorar dichos problemas.

El interés creciente por el análisis de necesidades tiene su origen en el progresivo aumento de los costes de los servicios de salud y la atención sanitaria, que se han visto incrementados por los avances médicos y los cambios demográficos experimentados en nuestra sociedad. Por otra parte, dado que los recursos sanitarios disponibles son limitados, hay una preocupación manifiesta por la equidad en el acceso a estos, en especial cuando se sabe que dicha accesibilidad suele estar inversamente relacionada con las necesidades de la población (Tudor Hart, 1971). El estudio de las necesidades en salud enfatiza la importancia de su evaluación y análisis frente a la reacción a la demanda.

El estudio de las necesidades de salud contempla dos fases:

- La identificación de los problemas de salud: recogida de información y medida del estado de salud actual.
- El análisis y la interpretación de los problemas de salud identificados y la definición de las necesidades de salud.

Se trata de una metodología en la que, de forma sistemática, se identifican necesidades de salud y de servicios en la población y se proponen cambios para satisfacerlas. Por tanto, no se procede solo a medir los problemas de salud sino a incorporar el beneficio de las posibles intervenciones y la importancia de su efectividad. Su desarrollo requiere la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos, tanto para obtener información original como para adaptar la ya conocida o disponible.

La metodología epidemiológica permite describir las necesidades de salud en términos de distribución de enfermedades específicas. Si bien es cierto que las medidas de frecuencia de la enfermedad (prevalencia e incidencia) y los indicadores de salud clásicos (p. ej., las tasas de mortalidad) no equivalen en esencia al concepto de necesidad de salud, sí que son importantes para describir la carga de la enfermedad en la población. Por ello, los estudios existentes y los datos procedentes de fuentes de información sistemática y accesible, con todas sus limitaciones, constituyen un punto de partida muy valioso y eficiente para el análisis de necesidades en una determinada población. No obstante, hay situaciones que requieren el diseño de estudios nuevos o la elaboración de indicadores de salud con datos recogidos explícitamente para este análisis. En cualquier caso, debe disponerse de medidas que describan el estado de salud y bienestar de la población y los factores que lo determinan o influyen (determinantes de la salud).

El análisis de necesidades requiere la recogida de datos e información para disponer de una buena definición de los problemas de salud de la población y así proporcionar las bases para planificar las intervenciones dirigidas a mejorar dichos problemas.

La recogida de datos para el análisis de necesidades en salud se realiza, principalmente, a través de indicadores y encuestas de salud (datos cuantitativos) y, en ocasiones, a través del consenso entre personas bien informadas sobre la población (datos cualitativos).

Indicadores de salud y de servicios

Los datos que proporcionan los indicadores de salud y de servicios, recogidos de forma sistemática, con una cadencia temporal definida y habitualmente con finalidad distinta a la planificación en salud, son datos ya existentes y accesibles cuya elaboración, sin embargo, puede dar lugar a información nueva y relevante a un coste muy asumible.

Esta información ha de ofrecer un perfil de la población con sus características demográficas, estado de salud y recursos sanitarios disponibles. Los apartados que se deben contemplar, como mínimo, son:

- *Demografía e información socioeconómica.* Incluye la descripción de la población, con datos poblacionales (número de habitantes por edad/grupo etario, sexo, estado civil, etnia, etc.), información económica (renta familiar media, producto interior bruto, coste de la vida, etc.), actividad económica (distribución del tipo de actividades, tasa de desempleo, clase social, etc.), nivel educativo y tasa de alfabetización, datos sobre vivienda (tipo, prestaciones, etc.) y otros. El Instituto Nacional de Estadística (INE) y los centros de estudios demográficos (como el CED en Cataluña) son instituciones que publican y facilitan datos contrastados para el estudio de la población.
- *Estado de salud.* En este apartado se recogen los datos estadísticos que describen el estado de salud y ayudan a identificar los problemas de salud que la población puede presentar: tasas de mortalidad (número de muertes por 1.000 o 100.000 habitantes, en un período de tiempo determinado, generales y específicas, brutas y ajustadas), tasas de morbilidad (número de casos de una enfermedad, existentes y nuevos, y número de hospitalizaciones por habitantes y año), esperanza de vida al nacer y a determinadas edades, frecuencia de problemas de salud crónicos, ocurrencia de enfermedades de declaración obligatoria, etc. Los registros de mortalidad y de enfermedades de especial interés (como el cáncer o la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]/sida), así como los conjuntos mínimos básicos de datos sobre la actividad de los centros sanitarios y sociosanitarios, constituyen una fuente de información muy relevante.
- *Recursos sanitarios.* En esta sección se comentan los aspectos referentes a los servicios y programas de salud disponibles. Es un ámbito donde resultan útiles los indicadores clásicos de estructura (número de profesionales de salud, número de camas, tipos de centros, etc.), proceso (descripción de la actividad desarrollada como, por ejemplo, la proporción de visitas a los servicios de urgencia y emergencia) y resultado (tanto en el sentido de las consecuencias del uso de los servicios —coberturas vacunales— como del cambio en el estado de salud de la población atribuible a la labor realizada por dichos servicios —disminución de la incidencia de enfermedades vacunables—).

Además de las fuentes de información tradicionales descritas para el análisis de necesidades en salud de la población de un territorio, conviene tener en cuenta, siempre que sea posible, la experiencia de otras zonas o regiones con características y necesidades similares.

Encuestas de salud

Las encuestas de salud son un instrumento para obtener y recoger datos relacionados con la salud de la población, que no se encuentran en los registros antes mencionados, de forma directa. Se consideran parte del sistema de información sanitaria y suponen un trabajo de investigación sobre una muestra representativa de la población. Desde el punto de vista metodológico se realizan a través de entrevista y mediante examen de salud; estas dos aproximaciones permiten un enfoque multidimensional del concepto de salud, de manera que los datos proporcionados por las personas encuestadas o examinadas incluyen su estado de salud presente o pasado, presencia de limitaciones o discapacidades, hábitos y estilos de vida relacionados con la salud, utilización de servicios sanitarios, condiciones de vida y de trabajo, características del entorno familiar y socioeconómico, etc. (De Bruin et al., 1996). Hay que destacar que la información obtenida se refiere a toda la población, independientemente de su vinculación con los servicios de salud, proporciona una descripción de la percepción del estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud (datos subjetivos) y permite conocer aquellas necesidades de la población que no se transforman en demanda.

Las encuestas de salud son costosas tanto por lo que se refiere a recursos económicos y humanos como temporales.

En 1977, con la adopción de la estrategia «Salud para todos», por parte de la OMS, se planteó la necesidad de disponer de datos poblacionales comparables para los indicadores de seguimiento del estado de salud. En 2002, 69 países participaron en la Encuesta Mundial de Salud y, posteriormente, la Oficina Regional para Europa, con la colaboración de la Comisión Europea, puso en marcha el proyecto EUROHIS que, en 2003, propuso una serie de instrumentos comunes para incluir en las encuestas nacionales de salud. Este proceso culminó con un cuestionario europeo, común y consensuado, y la realización de la primera *European Health Interview Survey* (EHIS) en 17 países, entre ellos España, en el período 2007-2009. La EHIS comprende cuatro módulos sobre estado de salud, utilización de servicios sanitarios, determinantes de salud y variables socioeconómicas básicas, dirigidos a población de 15 o más años de edad que reside en sus hogares.

En España, en la década de los años ochenta del siglo pasado, las encuestas de salud se visualizaron como un instrumento fundamental para las autoridades sanitarias mediante el que se podría hacer el seguimiento del estado de salud de la población y sus determinantes, así como del uso de servicios sanitarios, con el fin de evaluar el impacto de las políticas y estrategias de salud pública y servir de base para posteriores investigaciones en salud. Los estudios de la salud general de la población mediante encuesta se iniciaron en España en 1983 con la Encuesta de Salud de Barcelona, a la que siguió la correspondiente del País Vasco

en 1986 y la Encuesta Nacional de Salud en 1987. Durante el período 1990-2010, el desarrollo de las encuestas de salud fue en aumento y se extendió a todos los niveles territoriales (Requena, 2013).

En Estados Unidos, la encuesta nacional de salud (*The National Health Interview Survey* [NHIS]) ha servido desde 1957, con periodicidad anual, para monitorizar el estado de salud y el acceso a los servicios de la población civil no institucionalizada, así como el alcance de los objetivos de salud en el país. También disponen de otra encuesta nacional sobre salud y estado nutricional (*The National Health and Nutrition Examination Survey* [NHANES]) de niños y adultos que combina la encuesta por entrevista con el examen de salud.

Como herramienta para la planificación, las encuestas de salud permiten conocer (y monitorizar, si se realizan periódicamente) la salud y la calidad de vida percibidas, los hábitos y estilos de vida o la utilización de servicios sanitarios de la población.

Obtención de información a través de consenso

Cuando la información deseada no se encuentra disponible en las fuentes y registros habituales, para su obtención se puede recurrir a personas que conozcan bien los detalles del estado de salud y sus determinantes en la población de estudio porque viven o trabajan en ella. Se trata de *informadores clave* a los que se accede a través de entrevistas y conversaciones cuyo valor añadido es la interrelación de los planificadores con personas cualificadas de la población. En realidad, esta metodología cualitativa no produce un consenso entre informadores puesto que estos no coinciden ni contactan entre sí; si hay un consenso es porque las ideas u opiniones de los informantes concuerdan a lo largo de las entrevistas.

La participación de la población también puede buscarse en este proceso de obtención de información a través de los llamados *foros comunitarios*. Consisten en asambleas abiertas a las que se convoca a todos los miembros de la comunidad, sin limitación participativa y en igualdad de condiciones, es decir, todos los participantes son considerados iguales en importancia. De esta forma se persigue conseguir el mayor número de expresiones y opiniones sobre problemas y necesidades, aunque probablemente la participación y el resultado estén sesgados.

Entre los métodos de consenso más estructurados y utilizados se encuentran la técnica del Grupo Nominal y la técnica Delphi. En ambos casos se pretende establecer acuerdos entre los participantes en cuanto a la importancia de los problemas existentes.

Los *grupos nominales* consisten en la reunión presencial de varias personas cuyas intervenciones están sujetas a unas normas que garantizan y exigen la misma oportunidad de participación a todas ellas; para ello se requiere la figura de un moderador que establezca los turnos de palabra y vele por el cumplimiento de las reglas establecidas. A través de dos o tres rondas de consulta los participantes, individualmente, generan o proponen ideas y, colectivamente

mediante interacción, deciden acerca de su importancia relativa y priorizan. Para ello se vota la importancia de los problemas y se discute el resultado de esta primera votación; a continuación se procede a una nueva votación que debe conducir al acuerdo sobre los problemas de salud seleccionados en cantidad y calidad accesibles. Es un procedimiento de duración breve cuya celeridad radica en la estructuración de la reunión.

La *técnica Delphi*, similar en funcionamiento a la del Grupo Nominal, no requiere presencia física de los participantes porque se realiza a distancia; el contacto se lleva a cabo, habitualmente, a través de un cuestionario que se envía por correo (postal o electrónico). Los participantes responden enumerando los problemas de salud que, en su opinión particular, son los más importantes en la población. En rondas sucesivas, una vez conocidos los problemas presentados por todo el grupo, los participantes los puntúan y ordenan según su importancia reduciendo progresivamente el número de problemas a valorar. Por último, se alcanza un listado consensuado pero sin posibilidad de discutir los resultados de la puntuación.

La metodología cualitativa descrita se basa en la experiencia de un número reducido de personas, de manera que la selección de los participantes más idóneos es clave en el proceso. Hay que procurar que los criterios de selección permitan incluir diversidad de perfiles, conocimientos, actitudes y opiniones para que la información obtenida sobre los problemas de salud sea lo más amplia y completa posible. Aun siendo una información de gran valor, conviene recordar que los criterios y el tipo de selección no probabilística empleados impiden la generalización de los resultados (Equipo de elaboración del Plan de Atención a la Salud de las Personas [PASP], 2000).

La aplicación de metodologías cualitativas para obtener información de la población debe tener en cuenta, en el proceso de análisis, los valores, la experiencia, la diversidad y las oportunidades de la población cuyas necesidades se examinan.

LISTADO DE PROBLEMAS Y NECESIDADES DE SALUD

El producto final del análisis de las necesidades de salud es un listado de problemas de naturaleza y extensión variable, en función de las características de la población estudiada, integrado por los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos.

En este listado es habitual encontrar problemas de salud y problemas relacionados con la organización y prestación de los servicios que conviene diferenciar.

Con mucha frecuencia, el listado de problemas de salud es demasiado amplio y difícil de gestionar. Ante esta situación hay que proceder a identificar cada uno de los problemas basándose en la información disponible y recopilada en la fase de análisis anterior (indicadores de salud, opiniones registradas, etc.). Esta información no solo va a caracterizar los problemas sino que también va a permitir compararlos en términos de importancia.

La elaboración de un listado de problemas de salud ordenado requiere, pues, el establecimiento de unos criterios que señalen la importancia del problema, así como unas escalas o sistemas de ponderación para poder adjudicar una puntuación a cada uno de ellos. Aunque no existe una metodología específica para esta tarea de ordenación, y se aconseja alcanzar el consenso entre los integrantes del equipo de planificación, los criterios de selección acostumbra a hacer referencia a la magnitud, gravedad, tendencia y naturaleza del problema, y su valoración procede de los datos del análisis cuantitativo. Otros aspectos a tener en cuenta, en relación con el problema de salud identificado y sobre la base del análisis cualitativo, son la sensibilidad social y política (problemas de salud que afectan a grupos poblacionales vulnerables), las opiniones de los profesionales y grupos de interés y la existencia de compromisos previos (institucionales o internacionales, entre otros).

El listado de problemas de salud debe elaborarse señalando elementos comunes, combinando datos, interpretando la información cuantitativa y cualitativa y sintetizándola.

A modo de ilustración del uso de los criterios y sus valoraciones, se puede tomar la mortalidad como criterio de gravedad de un problema, las tasas de mortalidad como medida de la misma y la división en cuartiles de estas como escala de ponderación. De esta forma, aquellos problemas de salud cuya tasa de mortalidad fuera muy elevada recibirían una valoración de 1 punto frente a aquellos con mortalidad muy baja a los que les corresponderían 0 puntos (los valores de ponderación para tasas de mortalidad baja y alta serían 0,25 y 0,75, respectivamente).

La suma de los valores obtenidos en cada uno de los criterios seleccionados da lugar a la puntuación final que se utiliza para disponer el listado de problemas de salud en orden de importancia decreciente.

En ocasiones, para facilitar el posterior proceso de priorización, los problemas de salud se agrupan o categorizan en función de determinadas características.

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS E INTERVENCIONES DE SALUD

Los problemas de salud de la población son ilimitados y los recursos disponibles son insuficientes para ofrecer todas las alternativas posibles, en forma de intervenciones, destinadas a cubrir las necesidades de toda la población. La determinación de prioridades, como parte del proceso de planificación en salud, debe ayudar a la reordenación del listado de problemas.

La importancia de los problemas de salud queda evidenciada en el listado ordenado que acaba de mencionarse. El problema que aparece en primer lugar es, sin duda, el más importante; sin embargo, podría suceder que perdiera su primacía durante la priorización si no se dispusiera de una intervención capaz de resolverlo. Es por este motivo que se priorizan problemas e intervenciones conjuntamente.

Concepto de priorización

La priorización no pretende otorgar importancia a un problema de salud o a una intervención sanitaria, sino concederles preferencia. Es un proceso que aspira a identificar y seleccionar las intervenciones más factibles, efectivas y eficientes para contribuir a mejorar los principales problemas de salud en una población, dada la imposibilidad real de intervenir sobre todos los que aparecen en el listado al mismo tiempo.

Priorizar es tomar decisiones. El proceso de priorización implica acordar cómo se van a utilizar los recursos asignados a la salud, estableciendo quién va a recibir qué intervención sanitaria, dónde la recibirá, cuándo se implementará y cómo se llevará a la práctica. Representa, pues, la aplicación de algún mecanismo de racionamiento que decide qué personas de la población van a recibir, y quiénes no, una intervención que ha de producir beneficios en la salud de aquellas que la obtienen. A principios del siglo XXI, Singer escribió que el establecimiento de prioridades se llamó racionamiento hacía veinte años, asignación de recursos diez años más tarde y acabaría denominándose sostenibilidad en los diez próximos años (Singer, 2000).

El objetivo de la priorización es facilitar a quienes tienen la responsabilidad de decidir los elementos necesarios para que la toma de decisiones se haga de la manera mejor informada posible, es decir, con el menor grado de incertidumbre aceptable. La priorización es, pues, un proceso político, social y técnico que, a su vez, puede ser implícito o explícito. El procedimiento para el establecimiento de prioridades involucra al gobierno, a los proveedores de servicios sanitarios, a los pacientes y a la población en general. Así pues, no es de extrañar que precise abundante información sobre los efectos (beneficiosos y adversos) y los costes de las diferentes intervenciones sanitarias.

No existe un método de priorización que sea superior o mejor aceptado que otro pero, sea cual sea el elegido, debe contemplar la valoración del problema o necesidad de salud conjuntamente con la intervención, programa, servicio o iniciativa dirigidos a solucionar o mejorar dicha necesidad.

Metodología de la priorización

Para priorizar se requiere la aplicación de los conocimientos sobre la importancia de los problemas, la eficacia, la efectividad y la eficiencia de las intervenciones, la opinión de los profesionales y la posición de la población. Es decir, hay que iniciar el proceso con una valoración técnica que deberá ir seguida de una validación política y social para las que habrá que tener en cuenta ciertas consideraciones: el proceso está basado en las necesidades de salud de la población, incluye juicios de valor y puede conllevar controversias técnico-académicas o conflictos políticos y sociales. Por todo ello debe realizarse de forma transparente y mediante un consenso claro a nivel técnico, político y social.

La priorización, pues, ha de ser un procedimiento sistemático, explícito, justo y transparente. Su metodología incluye una serie de pasos y criterios que se describen a continuación:

- *Selección de los miembros del grupo que va a priorizar y del método de priorización.* La decisión sobre los integrantes del grupo que va a priorizar debe contemplar la presencia de profesionales técnicos conocedores de los temas de salud (o de servicios) que se van a valorar, asesores de los decisores (habitualmente políticos), población o sus representantes formales (miembros de asociaciones de pacientes y familiares o coordinadoras de usuarios de la sanidad, entre otros) y el método de priorización que se va a utilizar.
- *Homogeneización de criterios.* Los criterios, elementos, características o cualidades, tanto de los problemas de salud como de las intervenciones, deben estar explicitados y claramente definidos, así como las puntuaciones o pesos numéricos que van a recibir.
- *Aplicación de los criterios a los pares «problema de salud-intervención».* La aplicación de cada uno de los criterios a los problemas e intervenciones tiene la finalidad de obtener una valoración numérica que permita la comparación entre sí de las intervenciones o alternativas de las que se dispone para mejorarlos.
- *Obtención de una lista jerarquizada.* En función de la puntuación obtenida se confecciona una lista jerarquizada o de preferencia para guiar la actuación sobre dichos pares.

Los métodos de priorización son técnicas que permiten asignar valores, en función de criterios previamente definidos, para poder establecer comparaciones (y jerarquía) entre diferentes alternativas de intervención. En general, estos métodos utilizan criterios objetivos y cuantificables con el propósito de disminuir el grado de subjetividad implícito en los integrantes del grupo de priorización.

Aunque son muchos los criterios utilizados en la priorización, clásicamente los más empleados para caracterizar los problemas de salud hacen referencia a su magnitud y gravedad, mientras que los que distinguen las intervenciones tienen que ver con su eficacia y factibilidad.

La *magnitud* de un problema indica su frecuencia o extensión en la población, medida en tasas de incidencia o de prevalencia. La *gravedad* valora las consecuencias del problema de salud en términos de tasas de mortalidad, mortalidad prematura, calidad de vida o impacto laboral y económico, entre otros aspectos. La *eficacia* de la intervención mide los resultados que se producen a nivel de salud y calidad de vida (curación, disminución de la morbilidad, reducción de las complicaciones, etc.), o sea, el beneficio que se obtiene de su aplicación. La *factibilidad* valora la disponibilidad de los recursos necesarios (humanos, económicos, técnicos, temporales, legales, organizativos, etc.) para llevar a cabo la intervención.

Los métodos o instrumentos para la priorización en salud son diversos y su utilización varía en función de las diferentes organizaciones (Asua y Taboada, 2005). A continuación se describen algunos de ellos.

Parrilla estratégica (strategy grid)

Es un instrumento que proporciona una forma de reflexión para optimizar resultados en un contexto de recursos limitados, especialmente cuando el número de problemas de salud es grande y se requiere centrarse en determinadas intervenciones. Para ello hay que seleccionar dos criterios importantes (necesidad y factibilidad, coste e impacto u otros), dibujar

una parrilla con cuatro cuadrantes y situar los dos criterios seleccionados en los dos ejes, identificar cada cuadrante con las opciones «necesidad alta/factibilidad alta», «necesidad alta/factibilidad baja», «necesidad baja/factibilidad alta» y «necesidad baja/factibilidad baja» y priorizar (fig. 10.2).

Método de Hanlon

Este método basa la priorización de los problemas de salud e intervenciones en cuatro criterios:

- A: magnitud del problema o número de personas afectadas. Recibe una puntuación entre 0 y 10 (tabla 10.1).
- B: gravedad del problema. Puede expresarse de diversas formas (letalidad, complicaciones, invalidez, etc.) y se puntúa de 0 a 10.
- C: eficacia de la intervención planteada o resolubilidad del problema. La calificación que se otorga oscila entre 0,5 y 1,5 (el valor 0 no entra en consideración puesto que la intervención seleccionada debe ser eficaz y contribuir, en algún modo, a la solución del problema).
- D: factibilidad de la intervención o del programa de salud. Se valora aplicando a la intervención cinco aspectos que responden al acrónimo PEARL (pertinente o adecuada, económicamente factible, aceptable, recursos disponibles y legal). Si la respuesta a cada uno de ellos es afirmativa se obtiene 1 punto, y si es negativa 0 puntos.

La fórmula general para el cálculo de las prioridades es la siguiente:

$$\text{Prioridad} = (A+B) \times C \times D$$

El criterio C, eficacia, multiplica a la suma de los criterios A y B, por lo que tiene el efecto de aumentar o disminuir el valor del producto obtenido en función de que la solución sea más o menos eficaz.

El criterio D, factibilidad, es determinante puesto que multiplica al resto del producto obtenido en los componentes A, B y C, de manera que, si su valor es 0, el resultado final de la priorización también es 0, lo cual indica que el par problema-intervención deja de ser viable.

Método de ponderación de criterios (criteria weighting method)

Es un método que sirve para clasificar intervenciones, acentuando el peso relativo de los criterios utilizados para evaluarlas. Los criterios pueden ser tantos como se considere oportuno y se les asignan valores previamente

TABLA 10.1 Puntuación de la magnitud del problema de salud (A) para la priorización según el método de Hanlon

Número de personas afectadas por 100.000 habitantes	Puntuación
50.000 o más	10
5.000-49.999	8
500-4.999	6
50-499	4
5-49	2
0,5-4,9	0

Modificada de Pineault y Daveluy, 1990.

definidos y obtenidos por consenso. Se proponen cuatro categorías de criterios: tecnológicos (recursos, factibilidad tecnológica, etc.), sanitarios (historia natural del problema, mortalidad, morbilidad, duración, etc.), sociales (legalidad, equidad, eficiencia, aceptabilidad, productividad, factibilidad política, entre otros) y administrativos (conformidad, implicación, imagen del proceso). Para cada uno de ellos se recomienda la determinación de un peso y una escala de medida específica.

Una vez que la intervención es evaluada, a través de estos criterios ponderados se obtiene una puntuación que permite la comparación entre intervenciones alternativas. Brevemente, el proceso a seguir se resume a continuación: atribuir un peso a cada criterio seleccionado, valorar cada problema en función de cada uno de los criterios, obtener el nivel de significación y establecer la lista de prioridades. La fórmula que permite el desarrollo del método es la siguiente:

$$NS_i = (PaS_{1,a} + PbS_{1,b} + \dots + PnS_{1,n}) / n$$

donde NS_i representa el nivel de significación del problema i , Pa es el peso relativo del criterio a , $S_{1,a}$ indica el valor obtenido para el problema i , con respecto al criterio a , y n corresponde al número de criterios utilizados en la valoración del problema i .

Método DARE (Decision Alternative Rational Evaluation)

Se trata de un método similar al anterior que clasifica las intervenciones alternativas en función de criterios

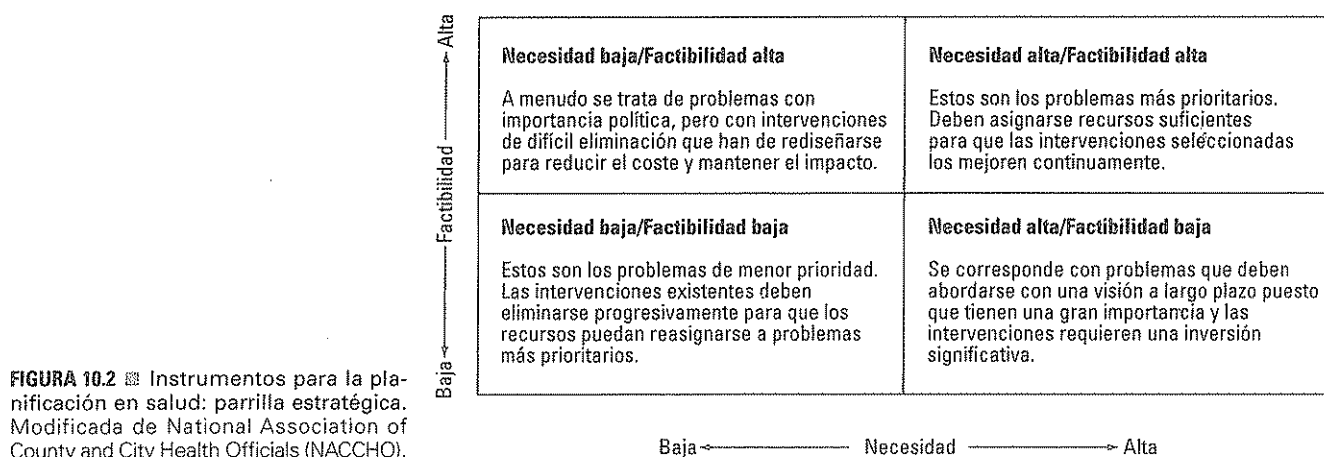


FIGURA 10.2 Instrumentos para la planificación en salud: parrilla estratégica. Modificada de National Association of County and City Health Officials (NACCHO).

predefinidos basados en factores que no siempre tienen la misma importancia; por ejemplo, se puede considerar que la gravedad del problema es dos veces más importante que su extensión. La sistemática es la siguiente: selección de criterios de evaluación mutuamente excluyentes, asignación de un valor de importancia a cada uno de estos criterios, decisión sobre el valor relativo de cada intervención alternativa, en relación a cada uno de los criterios, y obtención del valor total de cada intervención alternativa expresado por las fórmulas siguientes:

$$\begin{aligned} \text{Valor total de la intervención A: } & C_1P_1 + C_2P_2 + \dots + C_nP_n \\ \text{Valor total de la intervención B: } & C_1P_1 + C_2P_2 + \dots + C_nP_n \\ \text{Valor total de la intervención Z: } & C_1P_1 + C_2P_2 + \dots + C_nP_n \end{aligned}$$

En estas fórmulas, *C* representa el valor que se da al criterio para cada una de las intervenciones alternativas, y *P* representa el peso relativo (ponderación) que ese criterio tiene asignado en relación con los demás. De esta manera, los sumandos para calcular el valor de cada intervención se obtienen de multiplicar el valor relativo que un criterio tiene en una intervención determinada por el peso que ese criterio tiene en todas ellas. La intervención alternativa que obtenga mayor puntuación es la que se considera prioritaria.

Método SIMPLEX

El método SIMPLEX establece prioridades de manera que los criterios se enuncian en forma de preguntas que proponen unas respuestas estructuradas. Requiere la construcción de un cuestionario de respuesta múltiple, al estilo de las escalas Likert, en el que se expresa la conformidad o disconformidad con una afirmación que hace referencia al criterio. El cuestionario se pasa al grupo seleccionado para la priorización, se calcula la puntuación media de cada criterio y, con los resultados obtenidos, se procede a su aplicación para comparar las diversas intervenciones alternativas. A diferencia de los anteriores, este método tiene la limitación de que el peso concedido a cada uno de los criterios no varía, es decir, otorga la misma importancia a todos ellos.

Método OPS-CENDES

Se trata de un método de planificación en salud, desarrollado por la OPS y el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela en la década de 1960 (Rodríguez Alcalá y López de Castro, 2004), de uso complejo y aplicación poco habitual. La determinación de prioridades se basa en cuatro dimensiones o criterios: magnitud o extensión del problema (*M*), trascendencia o gravedad del problema (*T*), vulnerabilidad del problema a la existencia de intervenciones eficaces (*V*) y relación coste/efectividad o eficiencia de la intervención (*CE*).

La puntuación final se obtiene de la siguiente fórmula:

$$M \times T \times V / CE$$

Los criterios o dimensiones son cualidades de los problemas de salud y de las intervenciones a las que se asigna una determinada puntuación con el fin de obtener una calificación numérica que permita jerarquizar su abordaje.

Método AVISA

Es uno de los métodos de priorización más reciente cuya utilización se ha centrado en países latinoamericanos. Está basado en el concepto de carga de enfermedad (*burden of disease*), formulado por el Banco Mundial y la OMS, para valorar el impacto económico que causan las enfermedades en relación con la mortalidad prematura y la discapacidad. Para su estimación se requieren cuatro indicadores: años de vida perdidos (calculados a partir de la tabla de vida que estima la esperanza de vida al nacer y a diferentes edades), discapacidad (medida en años de vida perdidos desde la ausencia de enfermedad, como mejor estado de salud, hasta la muerte entendida como la peor consecuencia), edad de inicio de la enfermedad y valoración del grado de dependencia y la pérdida de productividad que la enfermedad produce (valorados, como los anteriores, en unidades de tiempo). La principal ventaja de este método radica en que proporciona una visión del impacto económico de las enfermedades, especialmente las crónicas, y permite ver su evolución.

Para finalizar, y a modo de resumen, el ciclo de la planificación en salud tiene que iniciarse con el análisis de las necesidades y la formulación de objetivos claramente definidos. Como dicho análisis va a identificar más necesidades de las que se pueden satisfacer, habrá que definir criterios para priorizarlas e involucrar a todos los agentes comprometidos en el proceso para conseguir satisfacerlas. Si las alianzas para la implementación de intervenciones o programas no se fomentan, el análisis y la priorización de necesidades no pasarán de ser un ejercicio académico más o menos correcto.

EL PLAN DE SALUD

Desde el principio del capítulo se ha establecido que las necesidades de una población son infinitas y los recursos, habitualmente, limitados. Por tanto, se precisa de estrategias que ordenen y orienten los recursos disponibles, que han de ser utilizados de forma eficiente y equitativa, para la consecución de los objetivos formulados.

El Plan de Salud es el instrumento indicativo y marco de referencia de todas las actuaciones públicas en el ámbito de salud de un país, estado o región. Su finalidad es mejorar el estado de salud de una población determinada. La coordinación intersectorial es fundamental para llegar a cumplir los objetivos deseados. Es decir, el plan debe estar coordinado con otros sectores (sociales, educativos, económicos, etc.) para garantizar su viabilidad y el éxito en su cometido.

Normalmente un Plan de Salud se inspira en una serie de principios y normas que orientan en su redacción y se basan, desde el punto de partida, en las necesidades de los ciudadanos. Esta concepción requiere un diagnóstico previo de la situación de salud de la población y de los recursos existentes y/o futuros.

Por ello, un plan no debe convertirse en un documento rígido y cerrado, sino todo lo contrario, «ha de ser flexible y capaz de adaptarse a las necesidades cambiantes de la población, la aparición de nuevos problemas, la disponibilidad de los recursos y la presencia de nuevas tecnologías»

CUADRO 10.1 Características del Plan de Salud

- Analiza la situación de salud de una población determinada y de la disponibilidad de recursos y servicios
- Determina prioridades y formula objetivos para un período de tiempo determinado
- Define programas y actividades y áreas de actuación
- Propone estrategias de coordinación entre dispositivos, niveles asistenciales y agentes de salud
- Ha de ser flexible y capaz de adaptarse a la dinámica de las necesidades que requiere la población
- Debe disponer de mecanismos para garantizar la equidad, la calidad y la eficiencia
- Tiene que prever mecanismos de evaluación

De elaboración propia.

(López de Castro y Rodríguez Alcalá, 2003). Las características de un Plan de Salud se describen en el cuadro 10.1.

El Plan de Salud es el instrumento indicativo y marco de referencia de todas las actuaciones públicas en el ámbito de salud de un país, estado o región. Su finalidad es mejorar el estado de salud de la población.

El Estado español inició en 1981 la transferencia de competencias en materia de atención sociosanitaria a las comunidades autónomas que componen el actual mapa político español como fruto del proceso de descentralización. En 1986, la Ley General de Sanidad previó la creación de servicios de salud en todas las comunidades autónomas y así se extendió este traspaso a la totalidad de ellas. El proceso finalizó en el año 2001, fecha límite que indicaba la Ley. La Generalitat de Cataluña fue el primer gobierno autonómico en asumir la protección de la salud de sus ciudadanos.

Así pues, en España los responsables de diseñar e implementar las políticas en materia sociosanitaria son los servicios de salud de las comunidades autónomas. El Gobierno central garantiza la equidad en todo el territorio español mediante el Consejo Interterritorial que actúa como coordinador del Sistema Nacional de Salud.

Según algunos autores, en general, la descentralización de la planificación y de la gestión supone una mayor eficiencia, ya que responden mejor a las necesidades de la población (López de Castro y Rodríguez Alcalá, 2003).

DESARROLLO DEL PLAN DE SALUD

El desarrollo del Plan de Salud cuenta con tres tipos de planificación: estratégica, táctica y operativa. La *planifica-*

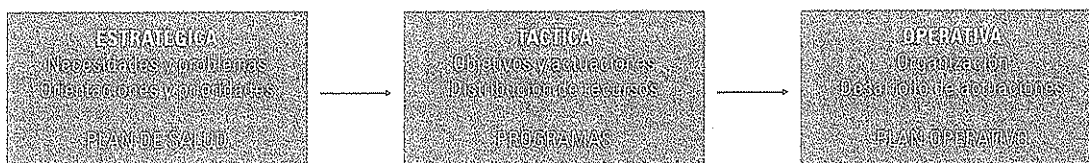


FIGURA 10.4 Tipos o fases de planificación sanitaria. De López de Castro y Rodríguez Alcalá, 2003.

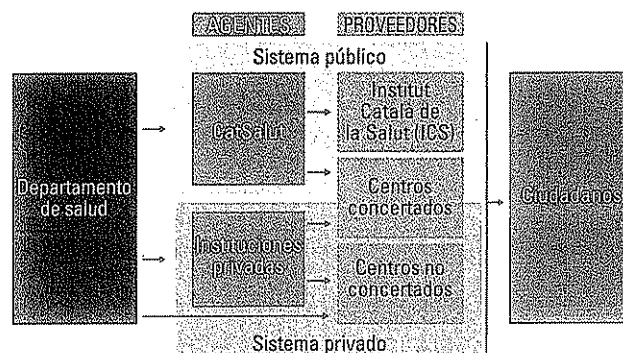


FIGURA 10.3 Esquema del sistema sanitario catalán. De elaboración propia.

ción estratégica de halla en el marco teórico del plan y va alineada con las políticas sanitarias del país. La *planificación táctica* valora los problemas de salud fijando objetivos y aportando los recursos necesarios. La *planificación operativa* entra de pleno en cómo deben funcionar los servicios sanitarios y, en ella, la coordinación entre servicios y niveles asistenciales (centros de atención primaria, centros hospitalarios, centros sociosanitarios, de salud mental, de salud pública, etc.) es fundamental para lograr los objetivos predeterminados y poder dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

En un sistema sanitario como el de Cataluña (fig. 10.3), donde la provisión de servicios puede no prestarla directamente la propia administración, se identifican claramente los tres tipos de planificación. La planificación estratégica correspondería al Departament de Salut del Gobierno de la Generalitat de Cataluña, encargado de elaborar el Pla de Salut con una vigencia de entre tres y cuatro años. La planificación táctica correspondería al Servei Català de la Salut (CatSalut), garante del acceso universal y equitativo a un sistema de salud pública para toda la población, que es el ente que contrata y coordina a los diversos proveedores de servicios. Y, por último, la planificación operativa para la provisión de servicios la llevan a cabo los centros, servicios y establecimientos, del ámbito social y sanitario, que configuran el Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña (SISCAT).

Según algunos expertos, las diferentes tipologías de planificación son fases de un mismo proceso. Únicamente se diferencian al relacionarlas con el organismo responsable de llevarlas a cabo (fig. 10.4).

Además, el propio Plan de Salud puede verse reforzado por planes directores específicos para determinados problemas de salud que se encargan de hacer operativas las políticas marcadas. Los planes directores, adaptados a la realidad del entorno donde se deben desarrollar, definen las actividades y la ordenación de servicios. Tienen una visión integrada de la situación y abordan desde la

promoción de la salud y la prevención de la enfermedad hasta la rehabilitación, con las actuaciones de diagnóstico y tratamiento. Los planes definen un modelo de atención y organización de servicios que, partiendo de la realidad, permiten continuar avanzando con eficiencia y calidad.

Según algunos expertos, las diferentes tipologías de planificación (estratégica, táctica y operativa) son fases de un mismo proceso. Únicamente se diferencian al relacionarlas con el organismo responsable de llevarlas a cabo.

Planificación estratégica

La planificación estratégica es un proceso sistemático que pretende trasladar las políticas al Plan de Salud para alcanzar propósitos u objetivos. Identifica necesidades y problemas de salud, los prioriza y los concreta en el Plan de Salud y los Planes Directores. Puede decirse que la toma de decisiones se plasma en la priorización y que estas dependen, en gran medida, del marco legislativo y regulador que está en consonancia con la visión o el momento político, cultural y social de cada país. En un mundo globalizado, estas decisiones también vendrán determinadas por las tendencias políticas a nivel internacional.

En España, una vez transferidas las competencias en materia de salud, la primera actuación que realizaron las comunidades autónomas fue identificar los recursos disponibles y su distribución geográfica. El resultado de estas acciones se plasmó en lo que se denominó el mapa sanitario preexistente.

El mapa sanitario debe describir, partiendo de la realidad, cuál es la dotación de centros y recursos, cuál es su titularidad y dónde están localizados. Los mapas sanitarios modernos deben recoger todos los recursos existentes, sanitarios, sociosanitarios y de salud pública, ofreciendo una visión integrada de todo el sistema, fundamental en la planificación estratégica de servicios con perspectiva dinámica y de futuro.

Sabedores de que la oferta genera demanda, la decisión de las prioridades supone un ejercicio democrático de madurez civil, ya que no se puede partir de la premisa de que todo reside en un incremento sin más de los recursos. (De la Puente y Fusté, 2008).

En el caso particular de Cataluña, la planificación estratégica la lleva a cabo el Departament de Salut, que es el principal órgano administrativo del gobierno de la Generalitat en materia de sanidad y salud pública. Le corresponde la competencia exclusiva sobre la organización, el funcionamiento interno, la evaluación, la inspección y el control de centros, servicios y establecimientos sanitarios participando en la planificación y la coordinación en esta materia. También le corresponde la competencia ejecutiva de la legislación en materia de productos farmacéuticos y la ordenación farmacéutica.

La planificación estratégica es un proceso sistemático que pretende trasladar las políticas al Plan de Salud para alcanzar propósitos u objetivos. Identifica necesidades y problemas de salud, los prioriza y los concreta.

Planificación táctica

Desde el punto de vista administrativo, en los sistemas descentralizados el mapa sanitario se ordena mediante una sectorización del territorio. El modelo español tiene como estructura fundamental las Áreas o Regiones Sanitarias, delimitadas a partir de factores geográficos, socioeconómicos y demográficos (Ordenación Sanitaria del Territorio en las comunidades autónomas, 2016). Estas estructuras cuentan con una dotación adecuada de recursos sanitarios de atención primaria y de atención especializada para atender las necesidades de la población. A efectos asistenciales se subdividen en Sectores Sanitarios, que agrupan las denominadas Áreas Básicas de Salud, unidades territoriales elementales formadas por barrios o distritos en las áreas urbanas, o por uno o más municipios en el ámbito rural. El primer nivel asistencial del ciudadano es el Área Básica de Salud. Así, la atención primaria de salud se configura como la verdadera puerta de entrada del ciudadano al sistema sanitario.

El mapa sanitario se ordena mediante una sectorización del territorio a partir de factores geográficos, socioeconómicos y demográficos.

Durante el proceso de planificación táctica deben ordenarse los recursos (aumentándolos o disminuyéndolos) para adecuarlos a las necesidades con criterios de equidad, eficiencia, sostenibilidad y satisfacción de los usuarios, evitando la desprotección y/o las duplicaciones en determinadas zonas geográficas.

Continuando con el ejemplo del sistema sanitario catalán, la compra de servicios es el instrumento del que dispone el CatSalut para dirigir las políticas y estrategias a través de la contratación con las entidades proveedoras de servicios sociosanitarios. Los sistemas de contratación y pago que se definen en cada momento orientan el modelo organizativo de los proveedores, su relación entre ellos y con el territorio con el objetivo de maximizar los recursos disponibles para dar respuesta a las necesidades de salud de la ciudadanía.

Planificación operativa

La planificación operativa se corresponde con la provisión de servicios y organización del trabajo. Se concreta en un plan que debe coordinar, mediante políticas integradoras, a empresas proveedoras de servicios y los distintos niveles asistenciales favoreciendo el trabajo interdisciplinar de los diferentes profesionales en modelos de atención basados en las necesidades de las personas.

Los servicios sanitarios y sociales durante años han contribuido a un estado del bienestar satisfactorio. Las acciones se han llevado a cabo con poca consideración del concepto de que, a las personas que más lo necesitan, la atención responde mejor y es más satisfactoria si se ofrece de manera conjunta, sincrónica y priorizada.

Los modelos de atención integrada pretenden atender a las personas situándolas como elemento nuclear de sus acciones. La corresponsabilidad de la persona en la

preservación de sus condiciones de salud, de autonomía y de bienestar es totalmente imprescindible para el desarrollo de una atención de alta calidad, a la vez que eficiente y sostenible.

Cuando se habla de modelos integrales de atención se tiende a entenderlos u orientarlos a pacientes con altos grados de complejidad. Aunque este tipo de personas requiera un alto número de cuidados e intervenciones, de este modelo se beneficia, como no podría ser de otra forma, el conjunto de la sociedad, ya que no es posible crear un modelo de atención integrada solo para un determinado grupo de población.

Sin embargo, es obvio, y por motivos de prioridad, que el foco inicial se sitúa en la atención integrada a la población con necesidades sociales o sanitarias complejas. En el cuadro 10.2 se pueden ver los principales elementos que definen las necesidades complejas sobre términos de cronicidad.

La *pirámide de Kaiser*, desarrollada por la Kaiser Permanente en los Estados Unidos, permite visualizar la estratificación del riesgo, es decir, la clasificación o gradación de los individuos en categorías de acuerdo con la probabilidad de que sufran un deterioro de su salud. Esta escenificación es la más utilizada por la mayoría de sistemas de salud europeos para orientar los modelos de atención integrada que requieren sus políticas sociosanitarias. En

la figura 10.5 se puede observar una adaptación definida por el King's Fund en el Reino Unido en la que se destaca la combinación de la visión sanitaria y la social como dos partes integradas de la atención.

La planificación operativa, mediante la integración de recursos y servicios, se nutre de instrumentos y tácticas para la organización y coordinación de los servicios. Los programas de salud, planteados en la planificación estratégica y que suelen tener como objetivo un área referencial, deben desarrollarse a cabo mediante guías de práctica clínica, protocolos y procedimientos que orienten y ayuden a los profesionales a tomar las mejores decisiones, disminuyendo la variabilidad de la práctica y velando por la seguridad de las personas atendidas. Estos programas proponen objetivos evaluables.

La planificación operativa se corresponde con la provisión de servicios y organización del trabajo mediante políticas integradoras que, además, favorecen el trabajo interdisciplinar.

Las guías de práctica clínica incluyen las recomendaciones que ayudan al profesional a tomar las mejores decisiones para alcanzar buenos resultados en salud, basadas en la evidencia científica disponible de mayor calidad, y han sido desarrolladas de forma sistemática y consensuada. Los protocolos indican el modo de proceder, consensuado entre los profesionales que han de llevar a cabo una actividad, de acuerdo con criterios científicos y estándares de buena praxis. Un protocolo puede contener diferentes procedimientos. Los protocolos deben ser utilizados, de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales, respetando los campos competenciales, y estar regularmente actualizados con la participación de aquellos que los han de aplicar. En un protocolo siempre prevalece el juicio clínico del profesional. Finalmente, los procedimientos son los instrumentos consensuados que detallan y concretan, de forma secuencial, el desarrollo de una técnica o de una actividad determinada; además, están regularmente actualizados por aquellos que la han de aplicar, en función de los avances científicos y tecnológicos.

Por último, las denominadas rutas asistenciales aglutinan el conjunto de herramientas de actuación ante un problema de salud o actividad preventiva en una zona geográfica determinada y están consensuadas entre todos los profesionales que intervienen en el proceso asistencial. Especifican claramente qué, quién, cuándo y dónde se debe atender a un paciente a lo largo de todo el proceso con el objetivo de proporcionar la mejor atención en el lugar y por el profesional más adecuados en cada circunstancia.

EVALUACIÓN

La evaluación de los programas e intervenciones en la población, que configuran el Plan de Salud, forma parte del diseño del propio plan. Es la culminación de un proceso que se inició al identificar un problema que ha sido analizado, priorizado y para el que se han marcado unos objetivos y desarrollado una serie de actividades con el propósito de alcanzar la meta deseada.

CUADRO 10.2

Definición preliminar de necesidades complejas en base a la terminología de la cronicidad

RELACIONADOS CON LA MORBILIDAD

- Incertidumbre: dificultad para predecir cuál es la mejor decisión
- Multimorbilidad: cúmulo de problemas a gestionar y decidir
- Inestabilidad: dificultad para encontrar un estado de equilibrio
- Gravedad: intensidad con que se manifiesta el problema
- Progresión: rapidez con que se deteriora

RELACIONADOS CON LOS PROFESIONALES

- Multiplicidad: cúmulo de actores que intervienen en la toma de decisiones
- Falta de acuerdo: los expertos no coinciden en la misma recomendación

RELACIONADOS CON LA PERSONA

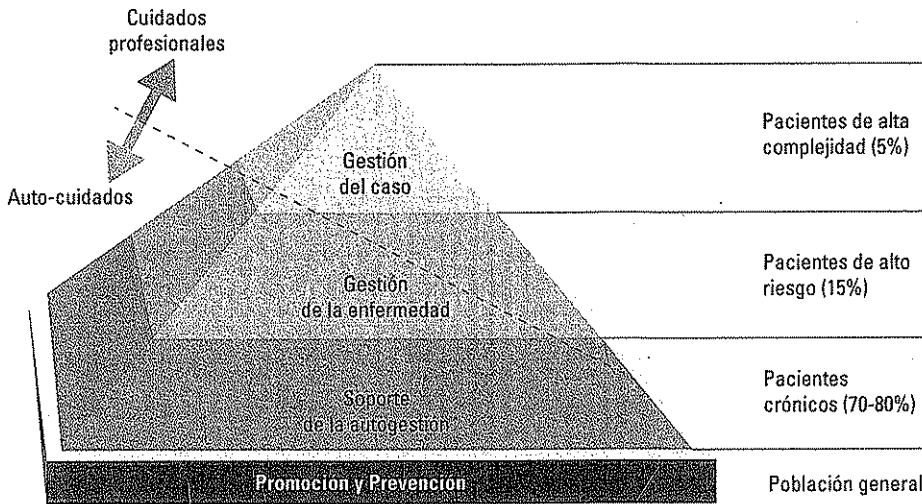
- Fragilidad: resiliencia *versus* vulnerabilidad
- Desequilibrio: un ámbito muy afectado puede descompensar otro
- Anosognosia: falta de conciencia del problema
- Ausencia de volición: baja/nula colaboración con el cambio a pesar de la presencia de concienciación
- Falta de red: relacional, comunitaria, familiar, de soporte

RELACIONADOS CON EL SISTEMA

- Fragmentación: profesionales, organizaciones, ámbitos estancos e incommunicados
- No disponibilidad del recurso

De Ledesma et al., 2015.

Pirámide de Kaiser ampliada



Pirámide definida por el King's Fund en el Reino Unido

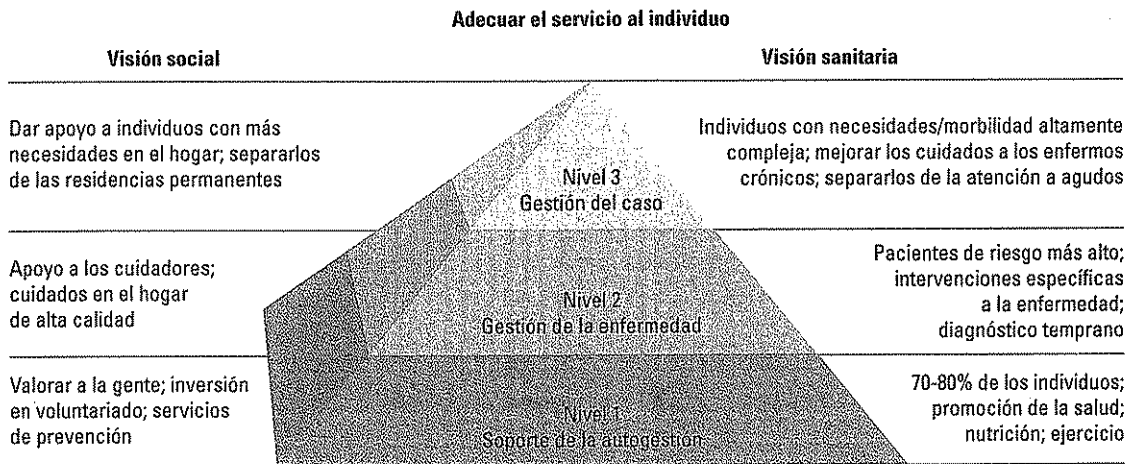


FIGURA 10.5 Pirámide de Kaiser ampliada y modificada. Del Departamento de Sanidad y Consumo, 2010.

El objetivo de la evaluación no se centra únicamente en conocer los resultados finales. La valoración de la implementación, de los resultados y de los costes determinará la eficiencia del proceso, facilitará la elaboración de planes de mejora de la calidad y permitirá orientar la actuación sobre las distintas fases de la planificación futura (estratégica, táctica y operativa).

La recogida de datos para la evaluación debe ser planificada con antelación. Estos datos deben proporcionar información de los aspectos que se quiere evaluar y los sistemas de registro tienen que diseñarse pensando en facilitar la explotación de datos en un futuro. Es muy frecuente que los datos relativos a un proceso que debe ser evaluado se encuentren dispersos en múltiples registros, en distintos formatos y custodiados por distintos agentes. Esta situación no facilita el proceso y es muy probable que la información final esté sesgada por falta de datos, por datos de calidad deficiente o por imposibilidad de realizar una explotación de una forma sencilla y a bajo coste.

La evaluación es la culminación de un proceso que se inició al identificar un problema analizado, priorizado y para el que se han marcado unos objetivos con el propósito de alcanzar la meta deseada.

La fuente de datos debería ser la historia clínica única y, en un sistema público de salud, el garante de su custodia tiene que ser el departamento o ministerio responsable de la salud de sus ciudadanos. El acceso a la historia clínica debería realizarse según disponga la normativa vigente exigiendo a los agentes de salud que, a través de los profesionales, cumplimenten los distintos registros considerados imprescindibles para la posterior recogida de datos.

En los lugares donde la población está provista de distintos tipos de coberturas (públicas y privadas) la dispersión de los datos relativos a la historia clínica de los usuarios se acusa más debido a la falta de registros o registros incompletos. En muchas ocasiones, los ciudadanos

acuden al sistema público para beneficiarse de algún tipo de cobertura o ventaja que no le prestan los servicios privados. Es en estos casos es importante cumplimentar en la historia clínica todos los datos relevantes de cualquier proceso asistencial para evitar sesgos en la información.

Si se parte del concepto de que la historia clínica única es el mejor sistema de registro, evitando dispersión y/u omisión de datos, es necesario valorar y discutir si el acceso a ella debe realizarse solo por una parte de los profesionales que intervienen en el proceso asistencial. Es decir, si es el departamento o ministerio correspondiente y este tiene competencias en la regulación de los profesionales, independientemente del lugar donde prestan sus servicios, la historia clínica debería ser accesible por parte de todos con las limitaciones que correspondan.

El garante de la custodia de la historia clínica debería facilitar el acceso, con las limitaciones que corresponda, a todos los profesionales que intervienen en el proceso asistencial.

En definitiva, en cualquier caso, la evaluación es la fase previa a la culminación del proceso y tiene que garantizar tanto la veracidad de los datos reflejados en el proceso asistencial como permitir a las personas atendidas que conozcan el origen de las decisiones tomadas y la identificación de los profesionales que efectivamente han intervenido.

Dependiendo de en qué momento se realicen las acciones de evaluación, este proceso puede dividirse en dos fases: la evaluación operativa, que valora aspectos relativos a la estructura y el proceso de las acciones, y la de resultados, que aportará información del impacto de las intervenciones en la salud. El resultado de toda acción ha de orientar en la próxima toma de decisiones.

Tanto la evaluación operativa como la de resultados han de ser difundidas entre los profesionales, ya que esta información ayudará a mantener la implicación de estos en el programa de salud, presente y futuro. Actualmente, en la atención primaria, la informatización de la historia clínica permite la explotación de datos, prácticamente sin coste, por el propio profesional desde las estaciones clínicas de trabajo. Se pueden obtener datos agrupados por problemas de salud o resultados parciales de indicadores agrupados en estándares de calidad asistencial. Estos datos suelen ser del contingente de personas que el profesional tiene asignado y, con cierta facilidad, se puede comparar el resultado con el del conjunto del equipo de atención primaria, del sector sanitario, de las áreas o regiones e incluso con la totalidad de la población que pretende abarcar el Plan de Salud.

Tanto la evaluación operativa como la de resultados han de ser difundidas entre los profesionales, ya que esta información ayudará a mantener la implicación de estos en el programa de salud, presente y futuro.

En cualquier caso, no se debe trabajar con programas por inercia, hay que ser conscientes de la necesidad de poner en marcha un proceso sistemático (científico)

de evaluación de las acciones que se realizan para permitir mejorar (López de Castro y Rodríguez Alcalá, 2004).

Evaluación operativa

La evaluación operativa se centra en la valoración del proceso, analizando la puesta en marcha de las actividades realizadas por los profesionales o los usuarios, en cumplimiento de lo preestablecido en el programa y los protocolos diseñados para abordar el problema de salud. Su finalidad es obtener datos sobre la calidad del desarrollo de un programa determinado sin entrar, todavía, en el impacto y los resultados en la salud de las personas objeto de dicho programa.

Respecto a la relación temporal, la evaluación puede ser prospectiva o retrospectiva. La primera pretende valorar la pertinencia de la puesta en marcha de un programa, su factibilidad o la eficacia de las intervenciones previstas. La segunda, que se realiza durante la ejecución del programa, aspira a valorar la efectividad, el grado de accesibilidad de la población y el grado de calidad de la intervención.

Los indicadores han de ser válidos, fiables, sensibles y específicos. En la fase operativa son mayoritariamente cuantitativos y pretenden valorar el grado de cumplimiento, la adecuación y la accesibilidad de un programa. A esta evaluación del proceso algunos autores la denominan monitorización de la actividad. En este caso, a modo de ejemplo, se pueden identificar ciertos datos relativos a personas diagnosticadas de hipertensión arterial:

- En cuanto al *cumplimiento*, hay que saber si se les ha realizado un electrocardiograma de control y este ha sido estudiado, si se ha monitorizado la presión arterial y se ha preguntado por el grado de cumplimiento del tratamiento prescrito.
- Referente a la *adecuación*, se necesitan indicadores que garanticen la fiabilidad técnica de los aparatos e instrumentos utilizados y el mantenimiento de la competencia clínica de los profesionales que han intervenido en el proceso.
- Por último, respecto a la *accesibilidad*, hay que conocer cuántas personas no han sido atendidas por su médico o enfermero de referencia, y por qué motivo, para llevar a cabo un control de su problema de salud.

Los indicadores han de ser válidos, fiables, sensibles y específicos. En la fase operativa son mayoritariamente cuantitativos y pretenden valorar el grado de cumplimiento, la adecuación y la accesibilidad de un programa.

Los proveedores de servicios de salud y de los profesionales que prestan servicios en sus centros deben tener accesibilidad a los indicadores que facilitan esta información para emprender cuantas acciones sean necesarias para mejorar el proceso de los resultados de la fase operativa y encaminarlo hacia los resultados esperados.

Las empresas que trabajan para el servicio público de salud o la propia administración, si es esta quien presta el servicio, han de disponer de mecanismos de control de calidad total que prevén y garantizan la evaluación del proceso. En nuestro entorno suelen estar basados en el

modelo europeo EFQM (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad) o cualquier otro que garantice una gestión total de la calidad.

Evaluación de resultados

Es evidente que el objetivo final del Plan de Salud y de cualquier programa asociado a él es conseguir la mejora de la salud de la población a la que van destinados. Para ello es necesario formular objetivos que deben ser alcanzables y evaluables.

En la formulación de los indicadores de los objetivos de resultados hay que diferenciar, básicamente, aspectos relativos a la cobertura alcanzada, la eficacia y la eficiencia, la efectividad y la satisfacción de los usuarios.

La cobertura hace referencia a la proporción de población a la que se ha realizado alguna intervención o ha sido incluida en algún programa de salud. Si lo que se pretende es la equidad en la consecución de los objetivos, deben explorarse todas las fuentes de dificultad y circunstancias desfavorables durante el período analizado.

Eficacia y efectividad hacen referencia a los logros obtenidos. La primera mide el efecto conseguido en la población alcanzada, mientras que en la segunda la medida se hace sobre la totalidad de la población susceptible. Una intervención muy eficaz puede no ser tan efectiva si solo alcanza a una parte de la población a la que va dirigida, y menos aún si los pacientes incumplen las actividades indicadas (López de Castro y Rodríguez Alcalá, 2004).

La eficiencia establece la relación entre los recursos utilizados y los resultados obtenidos.

La satisfacción de los usuarios suele valorarse a través de encuestas, aunque existen otros canales para nutrirse de información como son las distintas vías para expresar sugerencias y reclamaciones. En este apartado no hay que olvidar al conjunto de profesionales que participan en cualquier parte del proceso.

Como consideración final cabe decir que los resultados deben ser difundidos entre la población y los profesionales. La difusión es fundamental para perseguir la participación ciudadana en el diseño de nuevos objetivos e indicadores y contar con la complicidad de los profesionales que han de intervenir en la puesta en marcha de los programas.

PARTICIPACIÓN DE LOS DISTINTOS AGENTES EN EL PROCESO

La participación interdisciplinaria, interdepartamental e intersectorial es un aspecto clave, tanto en el análisis de la situación de salud como en las otras fases del proceso de elaboración de un Plan de Salud. Considerando la definición de interdiscipliniedad como un «conjunto de disciplinas conexas entre sí y con relaciones definidas, a fin de que sus actividades no se produzcan en forma aislada, dispersa y fraccionada» (Tamayo y Tamayo, 2005), los profesionales de la salud no tienen mayor protagonismo y/o relevancia que otra disciplina en todo el proceso.

Esta participación, que debe llevarse a cabo de forma activa por todos los agentes implicados, incluye expertos en las distintas áreas, profesionales de las diversas disciplinas, entidades y empresas proveedoras de servicios, institucio-

nes políticas de todos los niveles, organismos implicados en la modificación y mejora de los determinantes de salud y los propios ciudadanos.

La participación interdisciplinaria, interdepartamental e intersectorial es un aspecto clave, tanto en el análisis de la situación de salud como en las otras fases del proceso de elaboración de un Plan de Salud.

La salud en todas las políticas (STP) es un abordaje colaborativo para mejorar la salud de todos los ciudadanos incorporando la salud, la equidad y la sostenibilidad en la toma de decisiones de todos los sectores y áreas políticas. Esta visión es necesaria, ya que la salud es un derecho humano que hay que garantizar. El contexto político, económico y social de los entornos y las condiciones de vida de las personas determinan su salud. Las decisiones políticas de los sectores no sanitarios configuran estos determinantes. Las diferencias en la distribución de los determinantes sociales se acompañan de desigualdades en salud. Por tanto, un enfoque de STP identifica y promueve sinergias que permiten avanzar en salud, sostenibilidad y equidad.

Así pues, se hace un llamamiento a la acción reconociendo que la salud es una opción política y se insta a los políticos, de diferentes sectores y niveles de gobernanza, a aunar esfuerzos en pro del desarrollo sostenible. Para ello se requiere de una acción coordinada, siendo la promoción de la salud una responsabilidad compartida.

En Cataluña, a modo de ejemplo, existe el denominado Plan Interdepartamental e Intersectorial de Salud Pública (PINSAP, Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública) que potencia la gobernanza a diferentes niveles. La Comisión Interdepartamental de Salud actúa en representación del gobierno para liderarlo. La creación de Consejos Territoriales de Salud en todas las políticas coincide con las regiones sanitarias que incorporan a los delegados de los distintos departamentos con una amplia representación de los gobiernos locales y de la sociedad civil.

En la figura 10.6 se pueden observar las actuaciones que propone el Plan de Salud de Cataluña 2016-2020. Se estructuran en 4 ejes que son el compromiso y la participación ciudadana, la atención de calidad con unos servicios accesibles, resolutivos e integrales, el buen gobierno y la STP que refuerza el trabajo intersectorial e interdepartamental para garantizar la equidad en salud. A partir de estos cuatro puntos se han definido 12 líneas estratégicas. Aparte, el Plan de Salud también propone 10 áreas prioritarias de salud que se han destacado por ser causa de mortalidad, de morbilidad, de discapacidad, de dependencia y, en cualquier caso, de sufrimiento y dolor.

Cualquier estrategia de STP debe estar incluida en los planes de gobierno y de salud de los países, estados y naciones, tendría que estar respaldada en una norma con rango de ley y alinearse en consonancia con las estrategias internacionales y con soporte de la OMS.

A nivel mundial merece mención la declaración de Shanghái que con el lema «promover la salud, promover el desarrollo sostenible: salud para todos y todos para la salud», reconoce que la salud y el bienestar son fundamenta-

PLAN DE SALUD DE CATALUÑA 2016-2020



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

COMPROMISO Y PARTICIPACIÓN

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1 Las personas, su salud y el sistema sanitario | 2 Implicación de los profesionales |
|---|------------------------------------|

ATENCIÓN DE CALIDAD

- | | | | | |
|-----------------|------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 3 Salud pública | 4 Accesibilidad y resolución | 5 Política farmacéutica y del medicamento | 6 Atención integrada y cronicidad | 7 Investigación e innovación en salud |
|-----------------|------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------------|

BUEN GOBIERNO

- | | | | |
|--------------------------|--|------------------|----------------------------|
| 8 Excelencia y seguridad | 9 Evaluación de resultados y transparencia | 10 Salud digital | 11 Integración territorial |
|--------------------------|--|------------------|----------------------------|

SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

- | |
|--|
| 12 Políticas interdepartamentales e intersectoriales |
|--|

ÁREAS PRIORITARIAS DE SALUD Y PROYECTOS SINGULARES

Niños y adolescentes Mayores y discapacitados Salud mental Enfermedades minoritarias Enfermedades transmisibles Aparato locomotor Aparato respiratorio Sistema vascular Cáncer

FIGURA 10.6 ■ Plan de Salud de Cataluña 2016-2020.

les para el desarrollo sostenible. Para el cumplimiento de la denominada Agenda 2030 se debe promover la salud a la vez que otros objetivos de sostenibilidad. Esta declaración fue aprobada en la 9.ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud organizada por la OMS en noviembre de 2016.

Cualquier estrategia de STP debe estar incluida en los planes de gobierno y de salud de los países, estados y naciones, tendría que estar respaldada en una norma con rango de ley y alinearse en consonancia con las estrategias internacionales y con soporte de la OMS.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Asua J, Taboada J. Experiencias e instrumentos de priorización. Red de Investigación de Resultados en Salud y Servicios Sanitarios (IRYSS). Línea 1.1- Identificación y Priorización de Necesidades en Salud; 2005. Disponible en: <http://www.sergas.es/Docs/xornadasQS/Iryss.pdf>.

Documento que describe las experiencias y/o propuestas que se han realizado en diferentes sistemas sanitarios sobre el proceso de establecimiento de prioridades en salud, tanto a nivel nacional como internacional, y detalla los instrumentos o herramientas utilizados. Revisión sistemática del tema muy exhaustiva.

Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson; 1990.

Basado en la experiencia canadiense y con un enfoque de salud comunitaria, este manual puede considerarse un libro de cabecera para la planificación en salud. Describe tanto la planificación en salud como la de servicios de salud, revisando todas las etapas del procedimiento de planificación, así como las diferentes aproximaciones metodológicas en cada una de ellas. Todo un clásico que no ha perdido actualidad.

Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2016.

El Plan de Salud es el marco de referencia para todas las actuaciones públicas en materia de salud que desarrolla la Generalitat de Catalunya, con el objetivo principal de mejorar la salud y la calidad de vida de la población. El Plan de Salud 2016-2020 da continuidad y representa veinticinco años de planificación sanitaria en Cataluña. Es un buen ejemplo de trabajo participativo multidisciplinar e institucional.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Bradshaw J. A taxonomy of social need. In: McLachlan G, editor. Problems and progress in medical care. 7.ª ed London: Oxford University Press; 1972. series.

Bruin A de, Picavet HSV, Nossikov A, editors. Health Interview Surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications, European Series no. 58. Geneva: WHO Regional Office for Europe; 1996.

Departamento de Sanidad y Consumo. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Bilbao: Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco; 2010.

Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1991.

Equipo de elaboración del Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP). Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP) – Guía metodológica. Barcelona: Caja Costarricense de Seguro Social y CHC Consultoría i Gestió, S.A.; 2000. Disponible en: <http://www.consorcio.org/media/upload/pdf/publicacions/plan-de-atencion-de-salud-a-la-pfp>.

Ledesma A, Blay C, Contel JC, González-Mestre A, Sarquella E, Viguera L. Model Català d'Atenció Integrada. Cap a una atenció centrada en la persona. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2015.

López de Castro F, Rodríguez Alcalá FJ. Planificación sanitaria (I). SEMERGEN 2003;29:244-54.

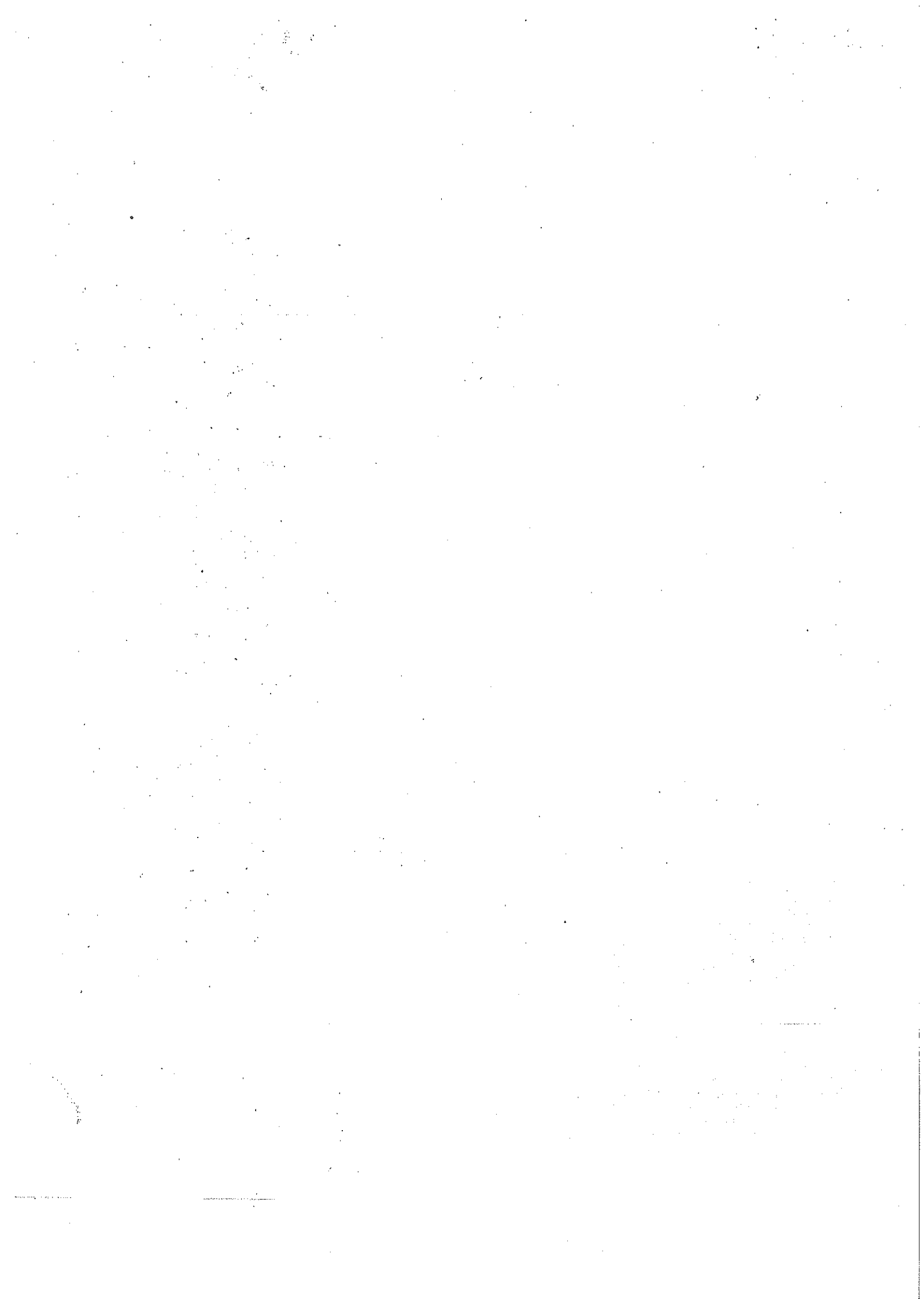
López de Castro F, Rodríguez Alcalá FJ. Planificación sanitaria (III). SEMERGEN 2004;30(8):397-407.

National Association of County and City Health Officials (NACCHO). First things first: Prioritizing health problems. Disponible en: <http://archived.naccho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prioritization-Summaries-and-Examples.pdf>.

Ordenación Sanitaria del Territorio en las comunidades autónomas. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Año 2016 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. Disponible en: https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Ord_San_territ.pdf.

Organización Panamericana de la Salud. Análisis del sector salud: una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos. Washington, D.C: OPS; 2005.

Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública – PINSAP 2017-2020. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2017. Disponible en: http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspca/sobre_Jagencia/pinsap/01Els_Plans/PINSAP_2017-2020/PINSAP_2017-2020-Complet.pdf.



ENTREVISTA CLÍNICA Y RELACIÓN ASISTENCIAL

Josep M. Bosch Fontcuberta • Manuel Campiñez Navarro • Mariona Cabré Martí

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

COMUNICACIÓN ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN FAMILIAR Y LA SALUD COMUNITARIA

MODELO GENERAL COMUNICATIVO.

ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL

Comunicación

Definición y componentes de la comunicación no verbal

ACTITUDES Y CARACTERÍSTICAS DE UN BUEN ENTREVISTADOR

TAREAS Y HABILIDADES DE LA ENTREVISTA CLÍNICA

ENTREVISTA CLÍNICA CENTRADA EN EL PACIENTE

TIPOS DE ENTREVISTAS

Entrevista semiológica

Entrevista operativa y de enfermería

Entrevista de integración psicosocial

Entrevista motivacional

SITUACIONES ESPECIALES

Entrevista familiar

Entrevista con el paciente anciano

Entrevista en pediatría

Dando malas noticias

Entrevista con pacientes difíciles

Entrevista telefónica

APRENDIZAJE DE LA ENTREVISTA CLÍNICA

EVALUANDO LA ENTREVISTA CLÍNICA

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- El trabajo de los profesionales de la salud se enmarca en una relación de ayuda que precisa de un aprendizaje en habilidades comunicativas.
- Un profesional entrenado en habilidades comunicativas obtendrá una mayor satisfacción de la consulta, así como mejores resultados en términos de salud.
- La lectura integrada de los componentes verbales y no verbales de la comunicación permite comprender mejor los mensajes y las emociones de los interlocutores.
- La mayor parte de las entrevistas clínicas se dividen en una fase exploratoria de la demanda y una fase resolutiva donde informamos y llegamos a acuerdos.
- La entrevista centrada en la experiencia del paciente evalúa lo que piensa y siente sobre su problema, así como sus expectativas en relación con la consulta.

- Conviene integrar las habilidades de la entrevista durante la exploración física.
- La entrevista familiar tiene una serie de indicaciones y especificaciones que el profesional con responsabilidad asistencial debe conocer.
- Las habilidades de entrevista clínica y comunicación asistencial son objeto de aprendizaje e investigación, de la misma forma que otras disciplinas clínicas y sociales.

COMUNICACIÓN ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN FAMILIAR Y LA SALUD COMUNITARIA

El trabajo de los profesionales de la salud (medicina, enfermería, psicología, odontostomatología, fisioterapia, trabajo social), con responsabilidad asistencial, tiene una base en común: la interacción con las personas a las que atienden y sus familias.

Durante años se ha asumido de forma acrítica que los profesionales de la salud, por el hecho de serlo, ya disponían de las habilidades y destrezas relacionales necesarias para llevar a cabo su labor. Con ello se asumía que los pacientes debían adaptarse a las características del profesional y a su forma de comunicarse.

Por contra, existe desde hace varias décadas suficiente evidencia que demuestra que las habilidades en comunicación asistencial del entrevistador, así como la forma de llevarlas a cabo, comportan una mayor satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales, y lo que es más importante, una mejora de los resultados en términos de salud (Stewart, 2000).

La entrevista clínica es en sí misma una interacción social, con una serie de peculiaridades, aunque sujeta a sus mismas reglas. Según el contexto donde se lleve a cabo aportará una serie de elementos específicos de la medicina, la enfermería, la psicología o el trabajo social. Sin embargo, existen una serie de elementos que son comunes a la mayoría de las diversas disciplinas.

De una parte destacaríamos las limitaciones temporales y, a menudo, la brevedad de muchos de los encuentros, lo cual obliga a agudizar las habilidades del profesional como entrevistador, con objeto de explorar y dar respuesta coherente a los motivos de consulta presentados. En segundo lugar destacaríamos la presencia de una cierta *asimetría de reciprocidad* entre ambos interlocutores. La existencia de un problema de salud, la incertidumbre de su diagnóstico o la percepción de su gravedad, las posibilidades de solucionarlo, así como el temor a que sus expectativas no sean suficientemente atendidas, o la simple asunción de sus distintos roles, tienden a situar al paciente/cliente en un plano de inferioridad respecto del profesional. Asimismo, los elementos del entorno asistencial (recepción, sala de espera, tiempos de espera y de visita, características físicas de la consulta, las propias normas del centro, etc.) son otros elementos contextuales que influyen significativamente en el patrón comunicacional que se establecerá. A pesar de todo ello, será la conducta desarrollada por el profesional el factor que determinará con mayor precisión el grado de calidad comunicacional y, con frecuencia, de la misma calidad asistencial. Se sabe además, que las habilidades en entrevista clínica y comunicación asistencial, al igual que las habilidades clínicas, pueden aprenderse utilizando metodologías bien contrastadas.

MODELO GENERAL COMUNICATIVO. ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL

Comunicación

Definimos la comunicación como el intercambio de información dentro de un contexto. Incluye la transferencia directa de información y, por tanto, un flujo de un sistema emisor a uno receptor. Asimismo, una conducta se considera comunicativa cuando muestra una influencia en los otros miembros del grupo.

Sin duda alguna, el sistema comunicativo mayor en los seres humanos es el verbal, pero no el único. De hecho, se ha considerado que la información transmitida por las palabras supone una tercera parte del proceso, mientras que el



FIGURA 11.1 ■ Modelo general comunicativo.

resto se manifiesta a través de la denominada conducta no verbal. Asimismo, encontramos aspectos de la experiencia humana para los cuales no existe un significado a través de las palabras.

El término *comunicación no verbal* describiría por una parte las diferentes clases de conducta (posición corporal, gestos, expresiones faciales, mirada, voz) y por otra sus funciones (la transmisión de información hacia otros). El emisor expresa rasgos, actitudes, ideas, creencias, así como el clima emocional, a través de diversos canales y de forma simultánea. El receptor decodifica e interpreta dichas señales, dando respuesta en función de sus posibilidades e intenciones, todo ello con una finalidad adaptativa. En la figura 11.1 se representa de forma esquemática un modelo general comunicativo.

Definición y componentes de la comunicación no verbal

Definimos la conducta no verbal como el repertorio expresivo formado por la propia apariencia física, la proxémica, la posición corporal, los gestos, las expresiones faciales, la mirada, el tacto y el paralenguaje.

La *apariencia física* tiene una influencia clara en los primeros momentos de un encuentro, ya que nos dibuja una considerable cantidad de atributos, aunque sean de forma estereotipada (nivel social, pulcritud, inteligencia, experiencia, confiable, etc.). Estos aspectos formales tienen su importancia a efectos de confirmar que «estoy en buenas manos», aun sabiendo que el efecto estereotipia puede conducirnos a errores de juicio.

La *proxémica* define la utilización que hacemos del espacio en las relaciones interpersonales. Describimos la distancia interpersonal como aquella que mantenemos con nuestro interlocutor durante la conversación (generalmente de 1 a 1,5 metros). Cuando la distancia es menor de 0,5 metros empezamos a invadir el denominado espacio íntimo o burbuja, espacio que nos hace sentir cómodos y, en cierta medida, protegidos. La invasión del espacio íntimo se produce cuando llevamos a cabo la exploración física, y en este caso conviene que acomodemos al paciente con palabras tranquilizadoras. Dar la mano al inicio y al final de la entrevista tiene un efecto favorecedor de la relación y la confianza mutua. El contacto físico en el hombro cuando el paciente expresa malestar o sufrimiento transmite empatía y generalmente es bien aceptado por los pacientes de mayor edad. Conviene que evaluemos cuál es la disposición del mobiliario más favorable para la comunicación con nuestro interlocutor, así como minimizar las interferencias debidas a este motivo (mesa demasiado

grande, disposición del ordenador, luz inadecuada, objetos innecesarios, desorden, ruidos evitables, etc.).

La *posición corporal*, los gestos con las manos y las expresiones faciales definen a la *química*. La posición corporal es neutra cuando nos sentamos en escuadra y con los brazos cómodamente apoyados en la mesa. Se considera *abierta* cuando movemos el cuerpo hacia delante, disponemos los brazos en posición abierta y miramos hacia el interlocutor. La posición abierta de los interlocutores conlleva un efecto mimético (de espejo), y aparece cuando existe intención comunicativa y deseo de colaboración. La posición se considera *cerrada* cuando cruzamos los brazos y/o las piernas frente a un estímulo que catalogamos incómodo (desacuerdos, resistencias emocionales).

En la figura 11.2 se expone un ejemplo de posición abierta. Los interlocutores mantienen un elevado contacto visual-facial y se observa el denominado efecto sincronía por la especularidad de movimientos. En la figura 11.3 se expone un ejemplo de posición cerrada. Se aprecia un escaso contacto visual-facial y se produce una asincronía de movimientos.

Los *gestos corporales* y las expresiones faciales tienen un efecto comunicativo marcado y deben ser interpretados siempre en relación con el contexto donde aparecen. Ekman y Friesen clasificaron los gestos en ilustradores,

adaptadores, reguladores y emblemas. Los *ilustradores* son gestos intencionales que acompañan el habla y muestran una apariencia centrífuga (puntualizan con el índice, marcan pausas, dibujan las formas de lo hablado, etc.). El estilo expresivo de cada individuo, muy influido por su entorno cultural, nos evitará errores de interpretación en la credibilidad de su discurso. Los *adaptadores* son gestos dirigidos hacia el cuerpo sin una intención comunicativa (p. ej., rascarse, jugar con el anillo, rascarse la nariz, acariarse la barbilla, etc.). Tienden a incrementarse frente al desacuerdo, situaciones incómodas o en estados emocionales negativos (ansiedad, depresión). Los *emblemas* muestran un significado en sí mismos, siendo comprensibles para los miembros de una comunidad. Los más observados aparecen en los encuentros, con el denominado flash o destellos de cejas como signo de reconocimiento y bienvenida, y se acompañan a menudo de una sonrisa. El denominado «encogimiento de hombros» con breves movimientos de supinación-pronación de las manos indica impotencia o resignación, acompañándose a veces de una expresión de escepticismo. Algunas expresiones faciales son también emblemas, por ejemplo cuando utilizamos el rostro para representar una sorpresa estudiada, una alegría fingida o un enfado teatralizado. Finalmente, los *reguladores* actúan para ordenar los turnos de intervención. Algunos tienen un efecto facilitador e indican que inicie o prosiga su turno de habla. Se acompañan manteniendo la mirada, asintiendo o con destellos de cejas.

Otros reguladores tratan de tomar la iniciativa de la conversación, paramos con las manos, desviamos la mirada o movemos los labios como si quisiéramos iniciar nuestro turno.

Expresiones faciales

Una de las zonas más accesibles a nuestra observación es sin duda el rostro humano. La valoración que realizamos de las múltiples expresiones que observamos a lo largo de una interacción tiende a llevarse a cabo a través de percepciones globales o impresiones subjetivas, lo que conlleva que una misma expresión pueda ser calificada de manera distinta y en ocasiones claramente divergente entre los observadores.

Tradicionalmente se ha atribuido al rostro humano la capacidad de aportar gran cantidad de información tanto acerca de la edad como del sexo, la raza, la belleza, el nivel de interés, la activación general, la presencia de placer o displacer, las emociones, los estados de humor, rasgos de personalidad, inteligencia, capacidad para emitir mensajes, el paralenguaje, información del contexto o del estado de salud de la persona.

Desde el punto de vista comunicativo dividimos las expresiones faciales en emocionales y conversacionales.

El modelo emocional de las expresiones faciales sigue la tradición darwiniana y postula un origen innato de las emociones así como de sus expresiones faciales concomitantes. Ese origen innato e instintivo ha llevado a considerar su universalidad. Según Darwin, y posteriormente otros autores (Ekman y Scherer, 1982), las *expresiones faciales emocionales* han sido seleccionadas para la transmisión de mensajes con la finalidad de mantener y regular la comunicación, y secundariamente para la supervivencia de los



FIGURA 11.2 ■ Posición abierta. Elevado contacto visual-facial. Efecto sincronía con especularidad de movimientos.

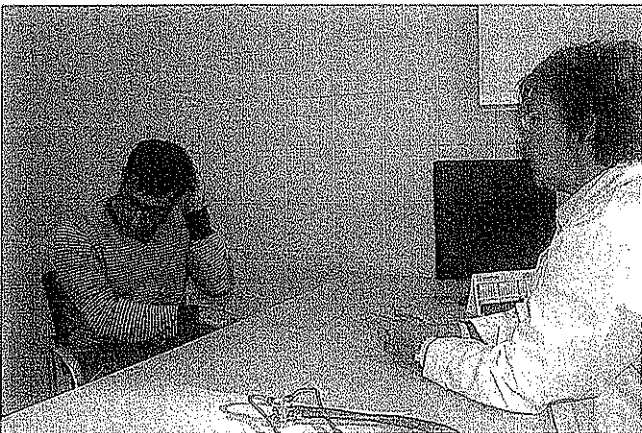


FIGURA 11.3 ■ Posición cerrada. Escaso contacto visual-facial. Asincronía de movimientos.

CUADRO 11.1

Modelo emocional de las expresiones faciales

- Describe la existencia de siete emociones básicas y universales reconocibles de manera innata
- Cada emoción está genéticamente determinada y se correlaciona con diversas expresiones faciales
- Las «normas expresivas» permiten inhibir, exagerar o mimetizar las expresiones según la cultura
- Pueden cuantificarse mediante sistemas de medición facial (p. ej., mediante el Facial Action Coding System [FACS]) (Ekman y Friesen, 1978)
- El significado de una expresión facial emocional es invariable e independiente del contexto donde aparece

Modificado de Fridlund, 1994.

individuos. Definieron las emociones básicas y universales que comprenden la alegría, la tristeza, la ira, el disgusto, la sorpresa, el miedo y el desprecio, y con menor consenso el interés y la vergüenza. En el cuadro 11.1 se describen de manera resumida sus características más sobresalientes.

La validación del modelo emocional de las expresiones faciales ha mostrado serias limitaciones, porque los estudios se realizaron sobre expresiones faciales «en pose» (teatralizadas), que no aparecen habitualmente en situaciones espontáneas, naturalistas. Estos estudios no tuvieron prácticamente en cuenta los elementos del contexto. Con tales trabajos tampoco era posible conocer qué emoción sentía realmente la persona fotografiada, obteniéndose respuestas contradictorias cuando se les solicitaba. Asimismo, tampoco conocemos las reacciones de los observadores, situación que puede influir a la hora de elegir entre una lista de categorías emocionales.

Durante las últimas dos décadas, diversos autores (Fridlund, 1994; Russell y Fernández-Dols, 1998) han cuestionado que las emociones sean expresadas de forma fidedigna a través del rostro. Sus trabajos se han llevado a cabo en entornos naturales (no de laboratorio) y han descrito que las expresiones faciales se construyen fundamentalmente a través del lenguaje. El contexto tiene un papel decisivo en el desarrollo y la comprensión de las expresiones. De esta forma han desarrollado el denominado modelo ecológico o contextual de las expresiones faciales.

Observan que gran parte del repertorio facial está formado por las denominadas *expresiones conversacionales*, puesto que aparecen de forma concomitante durante el habla. Algunas tienen una función *semántica* ya que representan lo que se está diciendo: son los llamados *ilustradores faciales*, y se manifiestan de forma redundante. Otras expresiones tienen una función explicativa y aparecen cuando realizamos comentarios, exponemos recuerdos o mostramos escepticismo.

Existen expresiones conversacionales que tienen una función o una relación con la *sintaxis* del mensaje que se emite. Son los enfatizadores de palabras o frases, las expresiones que aparecen con las preguntas, o aquellas que tratan de favorecer la continuación del discurso. También expresamos con el rostro mientras escuchamos, ya sea a través de facilitadores, mediante expresiones miméticas con las de nuestro interlocutor, o simplemente a través de aquellas mediadas por nuestras reacciones persona-

les. Por último, los *automanipuladores* faciales aparecen generalmente cuando nos encontramos incómodos, con ansiedad, o cuando tratamos de ocultar alguna cosa para no ser descubiertos. Son automanipuladores faciales el morderse los labios, sacar la lengua o empujar las mejillas con esta. En la figura 11.4 se expone un ejemplo de expresión facial conversacional y en la figura 11.5 un ejemplo de adaptador facial.

En el cuadro 11.2 se resumen las características del modelo ecológico de las expresiones faciales.

La valoración de cualquier elemento de expresión no verbal debe hacerse de manera conjunta con el habla, así como con las variables del contexto donde aparece.

Junto con las expresiones faciales, la mirada es uno de los canales con mayor valor comunicativo. La mirada indica nuestro interés en comunicarnos con el otro y supone la distancia más corta entre dos personas. Evitar la mirada tiene un efecto contrario, y en función del contexto puede demostrar desinterés, sentimientos de vergüenza, inseguridad o malestar. La evitación persistente del contacto visual-facial se observa en la depresión severa, la esquizofrenia, el autismo o



FIGURA 11.4 ■ Expresión facial conversacional (ilustrador facial). Muestra intención comunicativa.

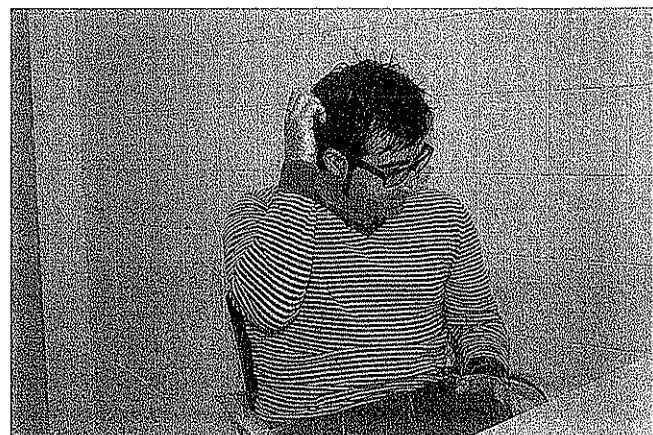


FIGURA 11.5 ■ Adaptador facial. Sin intención comunicativa. Signo de inquietud o malestar.

CUADRO 11.2

Características del modelo ecológico de las expresiones faciales

- Las expresiones faciales son vistas como un acto comunicativo *hacia el otro*
- No realiza ninguna asunción sobre la relación entre la expresión facial y una posible emoción subyacente
- Las expresiones faciales aparecen para que los individuos se comuniquen de manera efectiva y eficiente en múltiples situaciones
- Los elementos verbales y no verbales forman parte de un mismo proceso comunicacional y son vistos sin distinción
- Las expresiones están especializadas para tipos de información determinados, aunque se observa una gran flexibilidad en la manera de expresarnos
- El sistema comunicativo humano muestra una gran adaptabilidad a los requerimientos situacionales
- La función comunicativa de las expresiones faciales está bien documentada por la evidencia de su influencia en la conducta del otro

Modificado de Fridlund, 1994.

en algunos pacientes neuróticos. Por contra, una mirada fija tiene generalmente un efecto intimidatorio, puede señalar nuestra superioridad, demostrar una carga erótica o ser manifiestamente hostil según la situación donde aparezca.

La conducta visual tiene también un papel relevante en la regulación de los turnos de habla y escucha, dando permiso al otro para hacer uso de la palabra, advirtiendo que esperamos su atención, etc. En ocasiones también expresa concentración, de manera notoria cuando se extravía la mirada hacia un punto del cielo «buscando» una imagen en nuestra memoria.

El paralenguaje hace referencia a las características vocales del habla e incluye el tono, timbre, intensidad, velocidad del habla, con sus pausas, vacilaciones, susurros, gruñidos, etc. El paralenguaje nos aporta información sobre el estado emocional de nuestro interlocutor, la intencionalidad sobre lo que nos explica, aspectos de su personalidad, nivel de seguridad en su discurso, falsedad, o incluso información sobre algunos síndromes clínicos (depresión, ansiedad, parkinsonismo, alteraciones cerebelosas). Pro-

bablemente detectamos mejor los estados emocionales de nuestro interlocutor a través del paralenguaje que a través de sus expresiones faciales. El tono y el timbre de la voz, así como su velocidad, nos permiten inferir su nivel de alegría, tristeza, enfado, miedo, seguridad o ansiedad, entre otros. Asimismo, la credibilidad y la persuasión de nuestro discurso dependen de una adecuada vocalización, sin vacilaciones, enfatizando las ideas más relevantes con pausas que favorezcan la comprensión del mensaje.

Tendemos a interpretar el estado emocional apoyándonos en el paralenguaje de los pacientes (Borrell, 2008).

En la tabla 11.1 describimos de manera resumida una guía de errores frecuentes en la consulta con posibles soluciones.

ACTITUDES Y CARACTERÍSTICAS DE UN BUEN ENTREVISTADOR

Entre las diversas características que definen a un buen entrevistador destacamos las siguientes:

- La *cordialidad*, entendida como el clima de amabilidad que imprimimos durante la entrevista. Se expresa mediante frases de acogida y a través de un lenguaje no verbal congruente (sonrisas, entonación de la voz, etc.).
- La *calidez*, a través de la cual permitimos la necesaria proximidad afectiva con el paciente.
- La *empatía*, o capacidad que mostramos para entender lo que piensa y siente nuestro interlocutor, haciéndoselo además explícito. Es como si tratáramos de ver el mundo a través de sus ojos.
- La *asertividad*, entendida como la capacidad para llevar a cabo nuestro rol profesional de forma plena. Un profesional puede sentirse seguro acerca de un diagnóstico determinado, pero debe expresarlo de forma convincente para mostrar credibilidad. Asimismo, es asertivo quien es capaz de exponer sus limitaciones, o incluso reconocer que ha cometido un error.

TABLA 11.1 Guía gestual de comunicación en la consulta: errores y posibles soluciones

Tipo de error	Posible solución
No saludar, saludo impersonal o «por obligación»	Saludo cordial y personalizado
Infravalorar interferencias en la consulta (mobiliario, ruido, interrupciones, etc.)	Modificarlas o advertir de ellas al paciente
Interpretación estereotipada de algunos pacientes	Mantenimiento de una actitud flexible que posibilite «reinterpretaciones»
Excesivo control de la entrevista	Usar facilitadores (asentir, mirar al interlocutor)
Centrarse excesivamente en los «papeles» o el ordenador (historia clínica)	Atención global a la conducta del paciente
Negar o penalizar algunos estados emocionales	Facilitar la expresión emocional Mostrar empatía Sincronizar con las expresiones del paciente
Violentar durante la exploración física	Crear confianza, advertir del tipo y motivo de las maniobras. Mantener la misma altura
Despedida «por agotamiento»	Despedida cordial

Modificada de Borrell et al., 2008.

Conviene asimismo imprimir un ritmo de entrevista con *baja reactividad*, permitiendo que el paciente acabe su turno de palabra sin prisas ni interrupciones innecesarias. El objetivo final es conseguir una *comunicación eficaz* que permita delimitar bien los objetivos mutuos, de forma compartida y comprensible para ambas partes. El paciente tiende a expresar que dicho profesional le entiende y está acertado en sus demandas.

TAREAS Y HABILIDADES DE LA ENTREVISTA CLÍNICA

El contexto clínico de la entrevista comporta la necesidad de conseguir unos objetivos asistenciales, centrados fundamentalmente en explorar al paciente (verbal y físicamente), con la finalidad de comprender su demanda. En una segunda parte informaremos acerca del problema detectado, así como de las medidas aconsejadas para su mejor solución. La consecución de tales objetivos se lleva a cabo mediante una serie de *tareas* comunes a la mayoría de las entrevistas clínicas, y que se resumen en el cuadro 11.3. La realización de las tareas subyace en una serie de *habilidades comunicativas* en las que deberemos entrenarnos.

Antes de iniciar la consulta conviene hacer un breve ejercicio de reflexión, sentir cómo nos encontramos, observar nuestro nivel de cansancio o la predisposición que tenemos para llevar a cabo una jornada repleta de visitas. Dicha reflexión debe permitirnos valorar la importancia de nuestro trabajo, así como la necesidad de tratar de dar lo mejor de nosotros mismos.

La forma de *acomodar* al paciente tiene una gran influencia en el devenir de la consulta. En los primeros momentos de un encuentro los pacientes se hacen una idea casi fotográfica de cómo será su interlocutor, incluyendo características de cordialidad, respeto, competencia profesional, confianza, así como la percepción de sentirse en buenas manos, etc. Conviene, si no conocemos al paciente, un recibimiento cordial del tipo: «buenos días, soy el Dr./Dra., enfermero/a..., usted debe ser el/la Sr./Sra.... mucho gusto en saludarlo/a, tenga la amabilidad de sentarse...». Si lo conocemos, lo llamaremos por su nombre.

Se inicia la entrevista con una pregunta abierta del tipo: «¿en qué puedo atenderle?», «¿cuál es el motivo de consulta?», evitando en lo posible presuponer el motivo de consulta, por muy conocido que sea el paciente:

PROFESIONAL: «¿Me imagino que habrá venido para que le controle la presión, verdad?».

CUADRO 11.3

Tareas comunes en la entrevista clínica

- Establecer y desarrollar una adecuada relación asistencial
- Inicio de la entrevista: salutación y delimitación del motivo de consulta
- Exploración del motivo de consulta
- Facilitar la narrativa del paciente
- Realizar una exploración física (si procede)
- Informar acerca del diagnóstico y las medidas terapéuticas
- Comprobar su comprensión y llegar a acuerdos mutuos
- Cerrar la entrevista y citar para un seguimiento posterior

PACIENTE: «Pues la verdad es que venía a que me hiciera estas recetas, pero ya que estoy aquí, si tiene la amabilidad me podría tomar la tensión y de paso...».

Seguidamente *apoyaremos la narrativa* del paciente sin interrupciones mediante facilitadores verbales («ajá..., ajá, mhm, mhm, continúe..., le escucho..., ¿alguna cosa más...?, ¿sí?...») y no verbales (mirando al interlocutor, con asentimientos o mediante silencios que acomoden). Los pacientes valoran muy bien las entrevistas donde el profesional mantiene la mirada y de forma negativa cuando el profesional polariza su atención al historial clínico o a la pantalla del ordenador.

Deberíamos permitir que el paciente pueda narrar la información que habitualmente lleva preelaborada antes del encuentro. Los profesionales habitualmente no permitimos que el paciente hable más de 18 segundos de media sin interrupciones, ya sea con alguna pregunta o proporcionando información. Un gran porcentaje de personas son capaces de relatar su motivo de consulta entre 1 y 3 minutos. Asimismo, los profesionales son capaces de detectar adecuadamente la naturaleza del problema (el diagnóstico) simplemente escuchando la información preelaborada anteriormente descrita.

Conviene hacer *resúmenes* a lo largo de la entrevista, para comprobar que estamos siguiendo adecuadamente al paciente, así como con el objeto de ir ordenando la información obtenida: «si le he entendido bien, me comenta que tiene dolor en la parte alta del abdomen desde hace diez días, y que alivia con los alimentos. No ha tenido fiebre, y las deposiciones han sido líquidas, sin mucosidad ni sangrado... ¿Es eso? Me gustaría preguntarle ahora acerca de...».

Una vez hemos explorado el motivo de consulta, acomodaremos al paciente para llevar a cabo la exploración física: «si me permite ahora le auscultaré los pulmones», «con este aparato le miraré los oídos»... Cuando la exploración suponga invadir la intimidad del paciente, la acomodación será especialmente cuidadosa: «¿alguna vez le han hecho un reconocimiento de la próstata?», «sería conveniente llevar a cabo una exploración que denominamos tacto rectal para evaluarla, para ello...».

La *exploración física* supone una actividad integrada desde el momento en que el paciente entra en la consulta, puesto que la escucha y la observación atentas por nuestra parte ya comportan explorarlo. Esta actividad indisoluble se define como anamnesis integrada en la exploración física (Borrell, 2002). Asimismo, el desarrollo de hipótesis diagnósticas conducirá a la formulación de determinadas preguntas y maniobras exploratorias que nos permitan corroborarlas.

Durante la exploración física recabaremos información a medida que vayamos obteniendo nuevos datos, y replantearemos la anamnesis ante el hallazgo de pistas que nos orienten hacia un problema distinto del que sospechábamos. La capacidad de reencuadrar nuevos escenarios diagnósticos frente a presunciones firmes supone un elemento clave en la formación de todo clínico.

La exploración física es una actividad que debe estar siempre bien integrada en la anamnesis, así como en la toma de decisiones posteriores.

Tras la exploración física, el peso de la entrevista bascula hacia el profesional, por lo que el paciente espera que *informemos* acerca de nuestra impresión diagnóstica, la necesidad de realizar exploraciones complementarias (análisis, radiografías) o la conveniencia de ser derivado a otro ámbito asistencial.

Proporcionaremos información adaptada a las características del paciente. Para ello aconsejamos preguntar al paciente qué sabe de su proceso, o en referencia al tratamiento:

PROFESIONAL: «Le hemos detectado un trastorno que denominamos asma bronquial, en relación con esos episodios recurrentes de tos y dificultad para respirar. Me gustaría que me contara qué es lo que sabe acerca de esta enfermedad».

PACIENTE: «Pues es cuando tienes silbidos en el pecho y te fatigas, mi padre padecía de asma y lo pasó bastante mal, pero la verdad hay que decir que nunca dejó el tabaco».

Informaremos con una dicción y entonación claras, a ser posible con frases cortas, y evitando términos excesivamente técnicos (*jerga médica*), así como palabras con alto contenido emocional (p. ej., cáncer, incurable, etc.), palabras que tienden a desencadenar respuestas emocionales intensas.

Puede ser útil buscar ejemplos para explicar procesos frecuentes, como la hipertensión (un símil de tuberías que tienen excesiva presión) o el asma bronquial (bronquios con inflamación y espasmo). La información puede complementarse explicando el mecanismo de acción de un tratamiento (racionalidad de las medidas terapéuticas): «este spray tiene como objetivo abrir los bronquios, y este otro disminuir la inflamación». Podemos detallar los cambios a la hora de llevar a cabo el tratamiento: «conviene que realice esos ejercicios dos veces al día, mañana y tarde»; «debe tomar esta pastilla en ayunas por la mañana, una vez a la semana». Siempre es necesario dar la información por escrito y comprobar la comprensión de nuestra información: «¿lo entendió bien?»; «¿desea que le aclare alguna duda?»; «me gustaría que me resumiera cómo llevará a cabo el tratamiento».

ENTREVISTA CLÍNICA CENTRADA EN EL PACIENTE

La entrevista centrada en la perspectiva del consultante permite que este se exprese desde la subjetividad, así como en referencia a los elementos del contexto donde se enmarca su demanda. Más allá de conocer la naturaleza del problema (p. ej., una cefalea, la presencia de fatiga, etc.), el profesional se interesa por conocer las ideas que tiene el paciente al respecto (*qué piensa*), así como su nivel de preocupación y cómo lo está viviendo (*qué siente*). Evalúa asimismo las *repercusiones* del problema en su vida diaria y las expectativas asistenciales (ya sea en referencia al diagnóstico, su evaluación y tratamiento). Con ello nos adentramos en un nivel de experiencia más profundo del consultante, donde interesa conocer el significado que este da a su enfermedad.

La entrevista centrada en el paciente se ha desarrollado a través de diversas aproximaciones; la trabajada por

M. Stewart (Canadá) es una de las más aceptadas en la actualidad (Mead y Bower, 2000). Es un modelo de entrevista que identifica seis componentes bien interrelacionados: explora tanto la enfermedad como la experiencia de estar enfermo; desarrolla una comprensión de la persona en su globalidad; trata de buscar acuerdos mutuamente aceptables en referencia al manejo del problema de salud; incorpora la prevención y la promoción de la salud; trabaja de forma intencional la mejora de la relación profesional-paciente, y se lleva a cabo de manera realista, ya sea en relación con las limitaciones personales como con los recursos disponibles. Existe asimismo suficiente evidencia científica que demuestra una asociación con mejores resultados de salud.

Llevar a cabo una entrevista que favorezca de manera real la perspectiva del consultante no solo incluye implementar una serie de tareas y habilidades, sino que estas deben descansar en una base actitudinal genuina de cordialidad, respeto y empatía para que se desarrolle plenamente. Siguiendo a Cohen-Cole (1991) podemos demostrar empatía a través de cinco tipos genéricos de frases, mediante las cuales permitimos la expresión emocional abierta del paciente. La forma más habitual es *reflejando* cómo le vemos mediante afirmaciones: «parece apenado por lo sucedido»; «le veo disgustado por la falta de resultados»; «desde hace tres meses parece que su vida ha cambiado...». Otra forma de expresar que entendemos la perspectiva del paciente es *legitimando su situación* (sin emitir juicios de valor por nuestra parte): «cualquiera en esta situación estaría asustado»; «comprendo su enfado»; «me hago cargo de lo difícil que debió ser para usted». En ocasiones, nos valdremos de *frases de apoyo* explícitas: «estaremos a su lado pase lo pase»; «tiene todo mi apoyo para tomar cualquiera de las dos opciones»; «le felicito por todo el trabajo hecho». Favorecer una buena alianza terapéutica precisa de un grado suficiente de *complicidad*: «creo que ese problema podremos resolverlo conjuntamente»; «necesito su colaboración para poder tratar mejor esa cuestión». Todo ello debe encuadrarse bajo el común denominador de una actitud genuina de *respeto*, no solo por el consultante, sino además por sus motivos de consulta y por las decisiones finales que el paciente elija tomar: «tengo toda la confianza de que tomará la mejor decisión»; «en última instancia es usted quien decide y tiene todo mi apoyo y respeto».

Centrarse en la experiencia del consultante supone ceder parte del control de la consulta al paciente, pero redundará a menudo en buenos resultados de salud.

Conviene tener claro que al realizar una escucha activa, mediante escucha reflexiva y frases empáticas, generalmente obtendremos respuestas con un elevado contenido emocional y sobre las que el profesional posteriormente deberá trabajar. Se sabe que facilitar la expresión de las ideas y los sentimientos del cliente tiene *per se* un efecto terapéutico.

Una vez evaluado el motivo de consulta del paciente, tras la exploración física (cuando sea precisa), y siguiendo el modelo de entrevista centrada en el consultante, proporcionaremos información acerca del diagnóstico, así

como de las posibles alternativas terapéuticas. Todo ello en un clima de bidireccionalidad, donde el paciente tiene un papel activo, ya sea aportando su punto de vista, valorando alternativas o buscando soluciones, lo cual favorecerá una toma de decisiones compartida.

En el cuadro 11.4 se resumen las habilidades más comunes de la entrevista centrada en el paciente.

TIPOS DE ENTREVISTAS

Dependiendo de los objetivos distinguimos varios tipos de entrevistas frecuentes, que resumimos en los siguientes apartados.

Entrevista semiológica

Una entrevista se considera semiológica cuando el profesional está obligado a evaluar la presencia de un síntoma o un signo para los cuales se solicita una orientación diagnóstica (Borrell, 2004). La entrevista semiológica se enmarca en la clásica anamnesis. Comprende la recogida de datos clínicos relevantes, así como los antecedentes personales y familiares.

Muchos de los motivos de consulta habituales, sobre todo por procesos agudos, se enmarcan en este tipo de visita. En ella trataremos de delimitar bien la demanda con objeto de gestionar correctamente el tiempo disponible. Comenzaremos habitualmente con una pregunta abierta

del tipo: «¿en qué puedo atenderle?», «¿cuál es el motivo de su consulta?». A menudo los pacientes acuden con más de un motivo de consulta, lo que nos obligará a conocer el denominado *mapa de motivos de consulta* y ordenarlos según su importancia, o en su defecto, negociar con el paciente cuál considera más prioritario trabajar en aquel momento (p. ej., si no se dispone de un tiempo suficiente): «¿además del dolor de cabeza, existe algún otro tema que desee consultarme?», «si le he entendido bien, venía a visitarme porque lleva unos días con sensación de cansancio, para recoger el resultado de unos análisis, mirar cómo está la tensión y por estas recetas, ¿cuál considera más prioritario que tratemos hoy?».

Apoyaremos la narrativa del paciente, hasta que observemos que ha podido exponer su punto de vista, mediante *preguntas abiertas*: «¿cómo es el dolor?», «explíqueme, ¿cómo empezó el mareo?». Para centrar las características o la duración del problema podemos utilizar un menú de sugerencias: «el dolor era como un pinchazo, un puñetazo, un ardor?; ¿ha durado unas horas, meses, varios días?». Las *preguntas cerradas* sirven para obtener información específica: «¿ha tenido fiebre?», «¿ha vomitado?», «¿llegó a perder el conocimiento?».

Con el seguimiento del síntoma guía tratamos de evaluar con detalle sus características que nos permitan encuadrarlo hacia un síndrome o un trastorno determinado. Incluye preguntar acerca de:

- La *forma de inicio* y la *cronología*: «¿cuándo empezó a notar el dolor en el pecho?», «¿cuándo empezaron las molestias?», «¿qué estaba haciendo exactamente cuando empezó a notar el mareo?», «¿cuántas veces le ha sucedido en el último mes?».
- Las *características del síntoma*: «¿cómo describiría el dolor?», «¿cómo definiría la sensación de mareo?», «el dolor del pecho, ¿cómo lo definiría?, ¿como una opresión, una punzada, una quemazón?».
- La *intensidad*: «¿le impide dormir?», «¿qué distancia le permite andar?», «¿dónde situaría la intensidad del dolor en esta escala del 1 al 10?».
- La *localización*: «señale dónde se nota el dolor», «en qué zona de la pierna», «¿lo percibe en algún otro punto?».
- La *irradiación*: «¿ha notado si el dolor de espalda iba hacia algún otro lugar?», «¿la opresión del pecho le iba hacia la espalda, hacia el cuello, los brazos?».
- Los *factores precipitantes*: «¿qué es lo que le empeora el dolor?», «¿se incrementa con las comidas?».
- Los *factores aliviadores*: «¿qué diría que le mejora el mareo?», «¿se calma con paracetamol?», «¿el reposo le mejora?».
- Los *síntomas asociados*: «¿ha notado molestias al orinar además del dolor abdominal?», «¿algún otro síntoma cuando apareció la fiebre?», «además de la hinchazón en la piernas, ¿qué tal respira?», «junto al dolor de cabeza, ¿ha notado cambios en la vista, debilidad en alguna extremidad, mareo, náuseas o vómitos...?».

Como vimos, siempre es aconsejable que el consultante nos explique su punto de vista: «¿a qué lo atribuye?», «¿con qué lo relaciona?», «¿qué ha pensado que puede tener?».

En las primeras visitas es conveniente recabar información complementaria sobre el motivo actual de consulta, para *completar el historial clínico del paciente*. Incluye evaluar la toma de medicación actual, ya sea por prescripción de otros profesionales como por automedicación. Esto es es-

CUADRO 11.4

Habilidades de la entrevista centrada en el paciente

EN LA FASE EXPLORATORIA

Evaluando las ideas que tiene del problema: «¿qué sabe acerca de...?»; «¿a qué lo atribuye?»

Evaluando preocupaciones y el estado emocional: «¿qué es lo que más le preocupa?»; «¿cómo le afecta el hecho de...?»

Evaluando las expectativas asistenciales: «¿qué ha pensado que debería hacerse?»

Evaluando las repercusiones del problema: «¿de qué manera ha influido en su vida diaria?»

EN LA FASE RESOLUTIVA

Explorando su punto de vista: «me gustaría conocer su opinión acerca de...»; «¿cómo piensa que puede solucionarse...?»

Detección y abordaje de resistencias: «no le veo muy convencido para iniciar el tratamiento»; «la decisión para dejar de fumar depende de usted, yo estoy aquí para apoyarlo»

Pactando: «tendré en cuenta la idea/la posibilidad de hacer unos análisis, pero por otra parte considere la influencia de su insomnio en los síntomas»

Consensuando objetivos terapéuticos: «quedamos de acuerdo en que va a seguir trabajando sobre...»; «entré las diversas opciones, me comenta que se ve más capaz de empezar con...»

Comprobando el nivel de acuerdo/satisfacción: «¿le he comprendido bien?»; «quedamos entonces así»; «¿ha obtenido en esta entrevista lo que necesitaba?»

Tomando precauciones al final de la entrevista: «si las cosas no fueran como esperamos me viene a ver de nuevo»

Acordando el seguimiento: «me gustaría volver a visitarlo la próxima semana»; «conviene hacer un control cada seis meses»

pecialmente importante en el caso de pacientes ancianos, muchos de ellos afectados de pluripatología y tratados con diversos fármacos (polifarmacia). Se sabe que hasta un 50% de los problemas de salud observados en los servicios de urgencias pueden ser debidos a problemas relacionados con la medicación. Conviene que evaluemos el perfil personal y social que rodea al paciente, incluyendo datos sobre la vivienda, el trabajo, sus aficiones, viajes, etc., debido a que el problema de salud podría estar directamente relacionado con algunos de estos factores.

Abrir el historial clínico comporta asimismo conocer los antecedentes personales, que abarcan las enfermedades previas, intervenciones quirúrgicas, tratamientos recibidos, diagnósticos médicos previos, cuidando siempre la exactitud de la información que proporcione el paciente. Junto a ello evaluaremos los antecedentes familiares, dado que diversos trastornos tienen una mayor predisposición familiar (p. ej., la hipertensión arterial, la diabetes tipo 2, algunas formas de hipercolesterolemia, osteoporosis, trastornos depresivos, etc.) y algunos otros son claramente hereditarios. Un elemento importante en el desarrollo del historial clínico es la realización de un interrogatorio por aparatos, con el objetivo de revisar cada aparato o sistema (digestivo, cardiovascular, respiratorio, locomotor, genitourinario, nervioso, endocrino y órganos de los sentidos) y de esta manera detectar signos que pudieran ser claves en el diagnóstico.

Entrevista operativa y de enfermería

En la entrevista operativa, profesional y paciente tienen claro el contenido de la misma, ya sea para el control de un trastorno (control de una hipertensión, diabetes, obesidad, etc.), la aplicación de una técnica (administrar un tratamiento, realizar una cura, un electrocardiograma, etc.), llevar a cabo una actividad de educación sanitaria (consulta para abordaje del tabaco) o conducir una sesión (de rehabilitación, técnica de relajación, etc.), entre otras.

Muchas de estas entrevistas se realizan dentro del marco de enfermería. El trabajo de enfermería centra gran parte de su actividad en la evaluación de las necesidades del paciente, basado en una concepción integral del individuo, contemplando los aspectos biopsicosociales que influyen en la aparición de la enfermedad.

A nivel comunicativo, la entrevista de enfermería comprende la mayoría de las tareas y habilidades descritas en el presente capítulo.

Los profesionales de enfermería centran sus intervenciones a través de medidas que ayudan y orientan a la persona afectada a obtener los recursos más apropiados para su autocuidado. El profesional de enfermería puede actuar sobre signos y síntomas observando, midiendo o valorando, así como averiguando las posibles causas. Esto no se utiliza para emitir juicios diagnósticos médicos ni prescribir su tratamiento, sino para poder definir si está dentro de un patrón de normalidad o no, y ayudar a las personas a obtener una mejoría de salud. En la mayor parte de centros de salud, la atención a las personas que padecen algún problema de salud de baja complejidad incluye la utilización de protocolos para la unificación de criterios. En este sentido el documento «Aportación de enfermería en la atención primaria» propone ocho líneas de atención a problemas agudos. En él se especifica, en todas y cada una de las etapas de vida el abordaje individual en la aten-

ción a la persona enferma, la siguiente oferta de servicios: a) asesoramiento y consejo a la demanda, b) aplicación y cura en lesiones y heridas, c) aplicación de curas en traumatismo, d) acogida a la persona con problemas de salud agudos, e) atención a la persona con problemas de salud agudos y f) soporte en situaciones de emergencia.

Con objeto de evaluar las necesidades del paciente, es importante basarse en un modelo conceptual. Entre los más utilizados destacaríamos el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, centrado en la valoración de las experiencias del paciente, sus creencias, los comportamientos que desarrolla, los estilos de vida, el entorno y los recursos personales que utiliza, así como las manifestaciones de dependencia que se detectan. Asimismo, se valoran las fuentes de dificultad que impiden a la persona satisfacer sus necesidades, ya sea por una falta de conocimientos, de habilidades o de motivación para el autocuidado.

En este sentido, el papel de enfermería en la prevención y la promoción de la salud es clave. Las entrevistas de enfermería siguen un plan que incluye la evaluación del paciente a través de los denominados *diagnósticos de enfermería*. Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico acerca de las experiencias y las respuestas que observamos a nivel individual, familiar o comunitario acerca de un problema de salud potencial o presente, así como en referencia a los procesos vitales (Lunney, 2006). El diagnóstico de enfermería tiene como objetivo desarrollar un adecuado plan de cuidados para el paciente. Se centra en las respuestas humanas frente a los problemas de salud potenciales o presentes. Así, por ejemplo, frente al diagnóstico médico de enfermedad cerebrovascular (ictus), el diagnóstico complementario de enfermería incluiría una comunicación verbal alterada, el riesgo de caídas, la existencia de otros déficits funcionales, o la presencia de cambios en los roles familiares. Con ello se plantea una comprensión más holística de lo que supone el ictus en el individuo y su familia, y secundariamente, el desarrollo de intervenciones para obtener resultados específicos (Anderson et al., 2009).

La taxonomía de la NANDA-I comprende 206 diagnósticos de enfermería, agrupados en 13 categorías de la práctica de enfermería que incluyen: la promoción de la salud, nutrición, eliminación e intercambio, actividad/reposo, percepción/cognición, autopercepción, relaciones de roles, sexualidad, capacitación/tolerancia al estrés, valores, seguridad/protección, confort y crecimiento/desarrollo (Kessenich, 1997).

La promoción de la salud desde una perspectiva individual incorpora gran parte del modelo de entrevista motivacional para favorecer cambio de estilos de salud por otros más saludables, como veremos más adelante.

Entrevista de integración psicosocial

La actividad asistencial de los profesionales de la salud comporta a menudo una problemática que incluye elementos de índole psicológica y social. Podemos llevarla a cabo mediante lo que denominamos coloquialmente salto a la esfera psicosocial, ejercicio que nos permitirá entender e integrar mejor la información del problema aportado. De esta forma favorecemos dar un sentido biográfico a los síntomas, así como proporcionar consejos para conseguir una mejor adaptación. Algunas preguntas que nos aproximan a dicha evaluación incluyen:

CUADRO 11.5 Entrevista de integración psicosocial

- Permite hablar al paciente sin interrupciones y le solicita clarificaciones. Sitúa las demandas y la quejas dentro de un contexto biográfico.
- Facilita al paciente trabajar sus sentimientos, respetando siempre las decisiones para entrar en lo psicológico, sin forzar el ritmo.
- El entrevistador no se precipita en dar consejos.
- Se sugieren otras maneras de ver la realidad u otras formas de enfocar la resolución de los problemas.

Adaptado de Borrell, 2004.

- El entorno al paciente: «¿cómo van las cosas en casa?, ¿y en el trabajo?, ¿y con las personas más cercanas?».
- Sobre acontecimientos vitales: «¿ha tenido algún cambio importante en su vida recientemente?», «¿alguna dificultad en el trabajo?», «¿de tipo económico?», «¿ha vivido alguna situación violenta?».
- Acerca del estado anímico y pensamientos: «¿cómo diría que se encuentra de humor últimamente?», «¿se encuentra más bien nervioso o relajado?», «¿hay alguna idea o pensamiento que se repita, o que no pueda dominar?», «al final del día, cuando se acuesta, ¿en qué piensa?».

Algunas de las tareas más significativas de la entrevista de integración psicosocial se resumen en el cuadro 11.5. A continuación describimos brevemente un ejemplo de entrevista de integración psicosocial:

PROFESIONAL: «Si le he entendido bien, me comenta que desde hace unos tres meses se siente más abatida».

PACIENTE: «Sí, así es, no sé, me siento como si no tuviera pilas».

PROFESIONAL: «Continúe, la escucho».

PACIENTE: «Pues eso, me faltan fuerzas para hacer las tareas de la casa, no tengo ilusión por casi nada, y con muy mal cuerpo, con malestar por aquí y por aquí (*se señala con la dos manos apretándose la cabeza y los hombros*), como una especie de dolor... (*mira hacia abajo*)».

PROFESIONAL: «Comprendo, Sra. María... Desde hace un tiempo para aquí la veo como más triste... ¿Está preocupada por algún problema que pudiera estar influyendo en su malestar...? (*silencio*)».

PACIENTE: «Pues la verdad, no sé..., me encuentro con pocos ánimos (*pensativa*), no sé si podría influir, pero estoy muy preocupada porque me he quedado sin trabajo desde hace ya unos meses y no le veo salida... (*se muestra cabizbaja y se le humedecen los ojos*)».

PROFESIONAL: «Parece que este problema está influyendo en su salud, y habría que ver cómo se puede afrontar para mejorarla, ¿cómo lo ve?».

PACIENTE: «Así es, yo creo que es la angustia por todo eso lo que me está haciendo sentir tan mal, y no sé qué hacer para mejorar».

PROFESIONAL: «Bien, tendremos que ver en primer lugar cómo podemos mejorar la ansiedad y el insomnio, pero antes desearía hacerle un reconocimiento, si tiene la amabilidad... (*le indica que se acomode con un gesto para la exploración física*)».

En general, no conviene ir más allá de las demandas del paciente sin su consentimiento.

Entrevista motivacional

Es muy habitual en la práctica clínica encontrarnos con situaciones donde sería conveniente que los pacientes llevaran a cabo un cambio de estilo de vida más saludable. El consejo sistemático para la modificación de algunas conductas puede proporcionar cambios (generalmente escasos o moderados), sobre todo en aquellas personas motivadas. Sin embargo, un importante porcentaje de pacientes acude a la consulta con escasa motivación para cambiar. Algunos autores advierten que el consejo sistemático tiende a incrementar las resistencias de muchos al cambio.

En todo proceso de cambio de hábitos se produce una deliberación interna. En este proceso reflexivo más o menos consciente, las personas valoran los pros y contras de una determinada conducta (p. ej., fumar, beber, hacer ejercicio físico).

Asimismo, los factores emocionales, ligados casi siempre a la búsqueda de placer o a la evitación del displacer pesan mucho más que los argumentos de la razón (Bosch y Cebrià, 2006).

El modelo de entrevista motivacional ha demostrado su eficacia en el abordaje de diversos problemas de salud que precisan cambios de conducta (p. ej., reducir o abandonar el consumo de sustancias tóxicas, adherirse a un determinado régimen terapéutico, cambiar estilos de vida, etc.) (Lundahl et al., 2010; Bóveda et al., 2013). La entrevista motivacional es un método clínico definido como una forma de guiar, colaborativa y centrada en la persona, con el objetivo de evocar y fortalecer la motivación para el cambio (Miller y Rollnick, 2008; Miller et al., 2015). El modelo tiene cuatro principios básicos:

1. Reprimir el reflejo de redireccionamiento, esto es, tratar de evitar en la medida de lo posible decirle al paciente lo que debería hacer: «debería dejar de fumar cuanto antes», «es imprescindible que haga dieta y ejercicio físico para mejorar su diabetes», «conviene que deje de discutir con su hijo si desea que continúe haciendo deporte». Esto se extiende a tratar de desenfatar las etiquetas como paso previo para poder trabajar una determinada conducta (p. ej., «usted tiene criterios de paciente alcohólico», «tiene la típica tos del fumador»). Ese tipo de intervenciones tienden a generar resistencias al cambio, y es frecuente observar respuestas en el paciente del tipo «sí, pero...». Para evitar resistencias, en general, ofreceremos la información solicitando permiso del paciente, o a petición de este: «¿qué le parece si dedicamos unos minutos a hablar sobre el consumo de tabaco?», «¿necesita más información sobre el control de su diabetes?», «¿me permite que le dé mi opinión acerca del comportamiento de su hijo?».
2. Explorar y entender las motivaciones del paciente. Los pacientes pueden tener razones o deseos para cambiar una determinada conducta, pero también para mantenerla. Trabajar esta discrepancia, creando la denominada *disonancia cognitiva* en el paciente («por

un lado quiero, pero por el otro no»), nos ayudará a comprenderlo y orientarlo mejor en la dirección del cambio. Para llevar a cabo este trabajo será necesario que el paciente/cliente pueda *evocar el diálogo o discurso del cambio*. El objetivo es que pueda expresar sus deseos: «me gusta fumar, aunque querría mejorar la tos», «sé que la bebida me afecta, ojalá pudiera...»; sus aptitudes: «la verdad es que no tengo fuerza de voluntad», «estuve seis meses sin probarlo», «creo que con ayuda podría intentarlo»; sus motivos: «mi salud es lo más importante», «sé que seré un buen ejemplo para mi hijo»; sus necesidades de cambio: «así no puedo seguir», «está en juego mi trabajo si no lo dejo», «lo más importante es mi salud».

3. Escuchar de manera empática. Tan solo siendo capaces de entender cómo se siente el paciente, qué es lo que le preocupa y qué dificultades encuentra podremos ayudarle a crear una relación terapéutica de ayuda. Empatizar significa además aceptar al paciente, independientemente de la conducta que desarrolle o de los resultados que este obtenga. Si percibe un juicio ético detrás de nuestras propuestas podemos generar emociones de vergüenza, huida, o incluso de rabia. También si ve que su relación con nosotros está condicionada a que deba cambiar es posible que desaparezca.
4. Apoyar el sentido de autoeficacia. Trataremos de enfatizar las habilidades demostradas en los intentos previos, evocando las propias aptitudes y capacidades del paciente para llevar a cabo el cambio. Mostraremos asimismo nuestro apoyo y confianza en la consecución de un plan de actuación en función de sus posibilidades: «le felicito por lo conseguido hasta ahora», «le agradezco que haya venido», «usted ha demostrado que es capaz de volver a intentarlo»; «me dice que no tiene fuerza de voluntad para dejar la bebida, pero en cambio sí que la demuestra para trabajar cada día 10 horas y llevar adelante a su familia».

En la entrevista motivacional, a diferencia de otros modelos de entrevista utilizados para promover el cambio de conductas, como el argumentativo o el confrontativo, subyace un espíritu colaborativo, evocador y de respeto por la autonomía del paciente. De esta forma trabajaremos con las ideas, creencias y expectativas del paciente, tratando de que él mismo exprese en voz alta sus propias motivaciones para el cambio, en lugar de sugerirlas por nuestra parte, y respetando en todo momento sus últimas decisiones. Todo ello sin perder de vista que trabajamos con un objetivo determinado de cambio, pactado con el paciente.

Informar sobre la necesidad de cambio en un paciente poco motivado tiende a generar resistencia a dicho cambio.

Para desarrollar el método clínico de manera adecuada disponemos de una serie de habilidades específicas:

1. Preguntas abiertas.
2. Validación.
3. Escucha reflexiva.
4. Sumarios

Las *preguntas abiertas* nos permiten conocer aspectos importantes para el paciente sobre una conducta determinada que, a través de preguntas cerradas, sería tedioso abordar. Partiendo del ejemplo del tabaco, no es lo mismo decir: «¿usted fuma?», «¿a qué hora se fuma el primer cigarrillo?», «¿qué fuma, un paquete al día?», que abordar el tema con preguntas del tipo «¿qué ventajas ve en el hecho de fumar?», «¿qué inconvenientes?», «¿qué importancia tiene para usted la bebida en su vida?», «¿cómo le hace sentir eso?», «¿qué le gustaría que pasase?», «¿qué piensa usted hacer?».

Con las preguntas abiertas conseguimos más información sobre la conducta del paciente y de más calidad con menos esfuerzo. En segundo lugar, utilizar preguntas abiertas nos va a permitir no solo conocer en profundidad la conducta del paciente, sino también aspectos relacionados con las emociones que esa conducta provoca y que a través de preguntas cerradas sería muy difícil abordar. Finalmente, el uso de preguntas abiertas será en sí mismo un facilitador del diálogo de cambio del paciente, pues estas van a ser el vehículo a través del cual evoquemos los deseos de cambio, las aptitudes del paciente para el cambio, sus motivos para hacerlo, o las necesidades que tiene para conseguirlo.

La *validación* (traducción del término inglés *affirmation*), entendida como «elogio», «refuerzo» o «aprecio», tiene por objeto potenciar el sentido de autoeficacia. A lo largo de la entrevista, el paciente va a explicarnos situaciones en las que ha llevado a cabo con éxito un cambio de conducta (p. ej., haber perdido peso), o aptitudes personales que pueden facilitar un cambio futuro («cuando me propongo algo en serio llego hasta las últimas consecuencias»). Ignorarlo es dejar pasar la posibilidad de reforzar unas habilidades potenciales o ya presentes que van a allanar el camino del cambio. En ocasiones estas aptitudes o habilidades se van a presentar de manera enmascarada, es decir, el paciente vive la situación como un fracaso y no sabe reconocerlas; por ejemplo: «dejé de fumar durante tres años, pero gané cinco kilos de peso». En este caso podemos sentirnos movidos hacia la compasión y tratar de consolar al paciente, o incluso trazar una estrategia de forma prematura para que no vuelva a ganar peso en este intento. Pero es importante reforzar al paciente a través de una reestructuración positiva: «entonces fue usted capaz de estar tres años sin fumar, eso es muy difícil para cualquiera». Mostrar aprecio no es fácil. Requiere cierto entrenamiento y estar muy atento al diálogo del paciente, pero es una de las habilidades que mayor eficacia han demostrado en los ensayos clínicos en la entrevista motivacional.

La *escucha reflexiva* es la habilidad clave en la entrevista motivacional. Consiste en estar atento al diálogo del paciente y reflejarle de manera estratégica aquellos elementos del discurso que nos parezcan relevantes (generalmente pensamientos y emociones significativas para el paciente).

La escucha reflexiva se puede formular con diversos niveles de profundidad: *a)* repetir textualmente lo que ha dicho el paciente; *b)* rephrasear: repite lo que ha dicho el paciente pero con otras palabras (utiliza sinónimos o los altera ligeramente); *c)* parafrasear: aquí inferimos el significado y lo devolvemos con nuevas palabras, aportamos información que no ha explicitado el paciente y tratamos

CUADRO 11.6

Modalidades de escucha reflexiva

PACIENTE: «Ya sé que beber me perjudica..., pero si usted tuviera los problemas que yo tengo quizás haría lo mismo, en realidad es lo único que me ayuda a seguir adelante»

Repetir: «sabe que le perjudica, pero es lo único que le ayuda a seguir adelante»

Refrasear: «con los problemas que tiene, la bebida le da fuerzas para continuar, aunque reconoce que también le afecta»

Parafrasear: «parece como si beber fuera un gran consuelo, a pesar de que se suma a los problemas que ya tiene»

Reflexión de sentimiento: «suena como si la bebida sea un bálsamo para usted, pero también lo veo bastante desesperado»

de añadir y ampliar todo lo dicho hasta el momento, y *d*) reflexión de sentimiento: es la forma más profunda de reflexión; se pone énfasis en el aspecto emocional mediante frases que muestren sentimientos (señalamiento emocional). En el cuadro 11.6 se describe un ejemplo de cada una de ellas.

Los *sumarios* pretenden resumir la información ofrecida por el paciente hasta un determinado momento de la entrevista con objeto de organizarla, devolvérsela y comprobarla. Refuerza todo lo que se ha dicho de importante, muestra asimismo que se ha escuchado con atención y prepara al paciente para proseguir. A modo de ejemplo, una vez explorados los pros y contras del cambio (ambivalencia) podemos realizar un sumario y a continuación formular una *pregunta activadora*:

PROFESIONAL: «Me comenta que la bebida le relaja y pasa buenos momentos, y por otra parte que le está afectando en casa y en el trabajo, ¿es eso?» (sumario).

PACIENTE: «Así es».

PROFESIONAL: «Con todo ello, ¿cuál le parece que debería ser el siguiente paso?» (pregunta activadora).

Los sumarios también son útiles para resumir el plan de actuación acordado con el paciente.

Desarrollo de la entrevista

Conviene que solicitemos permiso para hablar del tema a tratar: «¿le parece bien que dediquemos unos minutos a hablar sobre su hábito de fumar?». Algunos pacientes no siempre van a estar predispuestos a abordar ciertas cuestiones, o incluso puede ser que vengán obligados o inducidos por terceros a la consulta. También es posible que una fuerte carga emocional pueda impregnar el curso de la entrevista, y es necesario e imprescindible poder empezar con buen pie.

Es importante que detectemos las resistencias al cambio. Son comunes en este tipo de consultas, y conviene que recordemos que muchas veces son inducidas por el propio profesional, sobre todo cuando tratamos de «prescribir cambios».

El diálogo de mantenimiento comprende todas aquellas facetas del discurso que se refieren, de forma auténtica y sin excusas, a los motivos que ayudan a continuar con su conducta actual. Es decir, sobre lo que le gusta, lo que le cuesta dejar de hacer, lo mal que lo ha pasado cuando ha intentado cambiar en el pasado, el miedo a intentar cambiar,

etc. El diálogo de mantenimiento es un proceso natural en toda conversación sobre un cambio que debemos vivir con naturalidad. Es una oportunidad para empatizar con el paciente y puede además aportarnos una valiosa información que va a condicionar el plan de abordaje.

El espíritu evocativo, colaborativo y de respeto a la autonomía del paciente de la entrevista motivacional, debe estar asimismo presente en la fase de negociación del plan de acción. También será clave establecer un seguimiento cercano del paciente en este tipo de consultas, debido al alto porcentaje de recaídas, con objeto de estimular los sentimientos de autoeficacia del paciente, ayudarle a detectar situaciones de alto riesgo de recaída y ensayar nuevas modalidades de afrontamiento eficaces para mantener la nueva conducta. Aplicar el modelo de entrevista motivacional precisa de una formación y una supervisión específicas (Miller y Rollnick, 2002).

La escucha reflexiva es una habilidad clave en la entrevista motivacional que precisa de un entrenamiento específico.

SITUACIONES ESPECIALES

En esta sección describiremos diversas situaciones que precisan de una serie de habilidades de entrevista clínica específicas para su correcto abordaje. Incluimos en este apartado la entrevista familiar, la entrevista con el paciente anciano, la entrevista pediátrica, cuando debemos dar malas noticias, el abordaje de pacientes difíciles y la entrevista telefónica.

Entrevista familiar

Una de las situaciones que más impelen al profesional de la salud a un abordaje biopsicosocial integrado es la realización de una entrevista familiar. Favorecer la participación de los diversos miembros de una familia, en relación con un problema que afecte de forma directa a uno o varios miembros de la misma, permite que todos tengan un papel relevante en su comprensión, así como en la forma de abordarlo. El nivel de estrés existente, la calidad del soporte familiar, así como la dinámica de las relaciones, influyen de forma directa en la salud de sus miembros.

La indicación para llevar a cabo una entrevista familiar debería considerarse siempre que pensemos que esta será útil para el paciente, la familia o el mismo profesional. Diversos autores (McDaniel et al., 1998) aconsejan que las entrevistas familiares se realicen de *forma habitual* en las siguientes situaciones: *a*) frente a un ingreso o un alta hospitalaria, *b*) en la atención prenatal y perinatal, *c*) cuando el paciente se encuentra en una situación terminal y en el momento del fallecimiento y *d*) ante el diagnóstico de una enfermedad crónica severa. Sería *recomendable* en situaciones de mal control terapéutico de un trastorno crónico, en situaciones de hiperfrecuentación en la consulta, ante la presencia de una depresión u otro trastorno mental, en caso de adicción a drogas, frente a problemas de relación de pareja o ante problemas de conducta de los hijos.

La forma de conducir una entrevista familiar requiere un entrenamiento y una supervisión específicos. Conviene preparar la entrevista enfatizando la acomodación de sus miembros. Una forma de favorecer la participación de la familia se incrementa cuando explicitamos nuestro deseo de llevar a cabo un «encuentro o entrevista familiar» acerca de lo que ellos consideren que es un problema, y no tanto una «sesión de evaluación familiar, de consejo (counseling) o de terapia familiar».

También es útil revisar la información de que dispongamos acerca de la familia previamente a la entrevista. En este sentido el desarrollo del genograma (o árbol familiar) puede aportarnos información acerca de problemas de salud y de la dinámica familiar (nivel de relación entre sus miembros) para la entrevista posterior. En la figura 11.6 se expone un ejemplo de genograma.

Asimismo, y previamente a la entrevista, será útil describir los objetivos sobre los que tendrá lugar dicha entrevista (p. ej., acerca del tratamiento más adecuado en un paciente mal cumplidor del tratamiento, la discusión sobre la posibilidad de un ingreso en una residencia, las medidas a adoptar en un paciente en situación clínica terminal, etc.).

El desarrollo de la entrevista familiar sigue una serie de fases. Una primera fase de acomodación a cada uno de sus miembros y en la que describimos brevemente la agenda de la entrevista (el tema a trabajar). Antes de empezar a

tratar el problema y sus posibles soluciones conviene que llevemos a cabo una breve presentación de cada uno de sus componentes con el objeto de conocerlos y de favorecer su aclimatación emocional. Trataremos de extraer lo mejor de cada uno de ellos, ver su papel en relación con los demás y con el problema en cuestión, así como las fortalezas a nivel individual y familiar. Prestaremos atención a los miembros menos activos o con menos voz, y estaremos especialmente atentos y respetuosos con los miembros más adultos.

En un segundo momento pactaremos la agenda sobre la cual trabajaremos en la entrevista actual, ya sea preguntando qué es lo que querrían trabajar hoy o proponiendo por nuestra parte una agenda específica si detectamos que existe un problema suficientemente importante o urgente. Comprobaremos que estén de acuerdo y preparados para trabajarlo.

Una vez pactado el problema a tratar solicitaremos que cada miembro nos dé su opinión al respecto y que discutan sus diferencias o acuerdos. Estaremos atentos a los patrones de comunicación que establecen sus miembros (a menudo repetitivos) y exploraremos si el problema se había presentado en anteriores ocasiones, así como las estrategias que desarrollaron para tratar de resolverlo. Evaluaremos si han aparecido situaciones recientes que pudieran influir en el problema actual, tales como enfermedades, defunciones, nacimientos, cambios de vivienda, cambios de trabajo, enlaces, divorcios, etc. Asimismo, estaremos abiertos a que hagan las preguntas que consideren necesarias, así como a la petición de consejos por nuestra parte.

Conviene que evaluemos la necesidad de disponer de otros recursos (familiares, sociales o sanitarios) que pudieran ser precisos para resolver mejor el problema o conflicto actual.

Finalmente, consensuaremos un plan de acción para abordar el problema. Puede ser necesario que cada miembro resuma su visión del mismo, así como su contribución de forma explícita para que este se lleve a cabo de forma exitosa. Aportaremos, asimismo, información acerca de nuestro papel y nivel de responsabilidad asistencial en el desarrollo del plan de acción. Finalizaremos la entrevista acordando una nueva cita. En el cuadro 11.7 se resumen elementos del proceso para conducir una entrevista familiar.

Conducir una entrevista familiar nos obliga a un abordaje biopsicosocial bien integrado y precisa de un entrenamiento específico.

Entrevista con el paciente anciano

El proceso del envejecimiento supone la aparición de una serie de cambios que van a poner a prueba las habilidades del clínico para mantener una buena comunicación y adaptarse a las limitaciones que pudieran aparecer. Sabemos que la población geriátrica muestra una gran variabilidad. Muchas personas mayores se engloban en lo que denominamos *envejecimiento satisfactorio* (Glass, 2010); en tales casos, la persona percibe que su salud es razonablemente buena, así como su capacidad para realizar las actividades de la vida

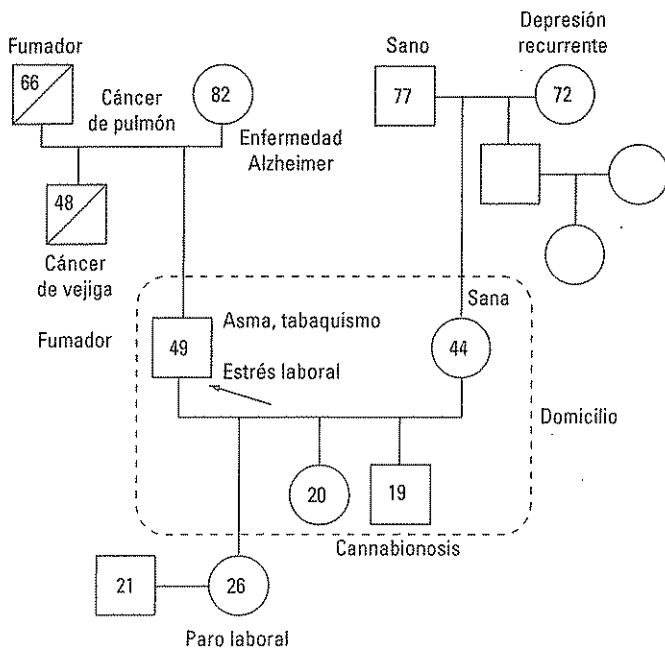


FIGURA 11.6 ■ Ejemplo de genograma. Paciente varón de 49 años, fumador activo y afectado de asma bronquial, acude a consulta por empeoramiento de su enfermedad en los últimos meses. Refiere dificultades para dejar el tabaco. El genograma nos describe antecedentes de cáncer de pulmón en su padre y cáncer de vejiga urinaria en su hermano, ambos de evolución fatal. Ambos fumadores. Asimismo, la presencia de diversas dificultades en la actualidad (madre afectada de enfermedad de Alzheimer que vive con una cuidadora), estrés laboral en relación a la crisis económica y la reciente salida del domicilio de su hija (actualmente en paro laboral). Su hijo ha dejado los estudios por problemas de consumo de cannabis.

CUADRO 11.7

Elementos de conducción de la entrevista familiar

- Mantener una actitud empática con cada uno de los miembros de la familia
- Destacar la importancia de las aportaciones de cada persona
- Solicitar intervenciones específicas, preguntando por situaciones concretas
- Ayudar a clarificar sus pensamientos y emociones
- Evitar las interrupciones persistentes entre ellos
- No dar consejos ni hacer interpretaciones hasta fases avanzadas de la entrevista, aunque nos lo soliciten
- Hacer ver, sin enfatizar ni tomar partido, acerca de las divergencias observadas entre ellos

Modificado de McDaniel et al., 1998.

diaria (autonomía). Sin embargo, el proceso del envejecimiento va acompañado de múltiples pérdidas, ya sea por la presencia de enfermedades, la disminución de la capacidad funcional, la existencia de duelos de personas cercanas (familiares, amigos), la disminución de las relaciones sociales, la pérdida del trabajo (jubilación) o una disminución de los recursos económicos. Por otra parte, los seres humanos tenemos un deseo innato de crecer, interesarnos por nuevas cosas, mirar hacia delante, aprender, mantenernos y sentirnos competentes, útiles, apreciados, valorados. Esas dos fuerzas, el deseo de crecer y la aparición de cambios inevitables, comportan la aparición en muchos casos de la denominada *crisis del envejecimiento* (Laforest, 1991).

Algunas maneras de afrontarla se centran en buscar espacios de relación donde las personas mayores puedan demostrar sus competencias, sentirse útiles y apreciados. A menudo describen relatos que les sitúan en tiempos pasados donde tenían un gran protagonismo. De esta forma, la *reminiscencia de crecimiento* puede suponer un espacio donde la persona mayor observe momentos clave de su vida, así como permitirle ver el momento actual como una culminación de su ciclo vital. En otros casos, sin embargo, los relatos de reminiscencia hacen revivir situaciones dolorosas (pérdidas de seres queridos, vivencia de guerras, accidentes, etc.) y pueden suponer un dolor añadido a su crisis actual.

La valoración del paciente anciano se lleva a cabo a través de la denominada *evaluación tetradimensional dinámica* (Bosch, 1994). Comprende evaluar la condición física, su capacidad funcional, el estado psicológico y mental y su situación social.

La evaluación de la condición física se lleva a cabo de forma sistematizada por los diferentes aparatos y sistemas. La evaluación funcional comprende conocer su capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (levantarse, caminar, asearse, vestirse, comer, etc.). Comprende, asimismo, evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria que le permiten ser autónomo (incluye la capacidad para comprar, cocinar, lavar, telefonar, desplazarse con transporte público, llevar la economía de la casa, etc.). Existen diversos instrumentos estandarizados que nos permiten su evaluación.

La evaluación psicológica es especialmente importante en este grupo de edad, por cuanto son frecuentes los problemas adaptativos a las múltiples pérdidas descritas, la presencia de enfermedades asociadas o incluso los efectos

secundarios de diversos fármacos. El diagnóstico de los trastornos psicológicos descansa en una buena entrevista clínica. Existen también algunos cuestionarios validados que nos facilitarán su detección.

La evaluación del estado mental comprende el nivel de orientación en el tiempo y el espacio, la memoria, la atención, el cálculo, el lenguaje y las praxias (capacidad para ejecutar órdenes). Una forma inicial de evaluación puede realizarse mediante el Mini Examen Cognoscitivo, derivado del *Mini Mental State de Foldstein*. Conviene siempre estar atentos a la aparición de un trastorno cognitivo leve o el desarrollo de una demencia, problemas directamente relacionados con la edad.

Por tanto, la entrevista con la persona mayor nos va a exigir un esfuerzo de adaptación, sobre todo en aquellos pacientes afectados de diversos problemas de salud que dificultan su capacidad para la comunicación (la presencia de un trastorno cognitivo, como demencia, delirio o síndrome confusional; una alteración de los órganos de los sentidos, como disminución de la audición, de la vista, o alteraciones del humor, como ansiedad o depresión).

La entrevista geriátrica muestra una serie de características, entre las que destacan su desarrollo con un ritmo más lento y la propensión a las reminiscencias, así como la presencia frecuente de quejas corporales (en ocasiones como expresión somatizada de conflictos). Las personas mayores con frecuencia expresan miedo a perder la autonomía física, o la denominada autonomía psicológica o personal, que comporta dejar de tomar sus propias decisiones. Los problemas físicos son frecuentes, y a menudo la presentación de los problemas de salud es inespecífica, en la forma de los denominados *síndromes geriátricos* (*inmovilidad, caídas, deterioro cognitivo, incontinencia urinaria, depresión, úlceras por presión, privación sensorial, malnutrición, deshidratación, insomnio, estreñimiento por impactación fecal, hipotermia, fragilidad, iatrogenia por fármacos*).

Asimismo, la problemática psicológica y social es frecuente en este grupo etario, ya sea por duelos, soledad, cambios de vivienda o problemas económicos, como vimos. Los trastornos depresivos y ansiosos tienen una alta prevalencia y requieren un alto índice de sospecha, sobre todo en aquellos pacientes con múltiples problemas de salud o aquellos que frecuentan de forma excesiva las consultas con muchas quejas en diversos aparatos y sistemas.

Una buena atención geriátrica debe integrar al conocimiento científico, una observación sensible de las vivencias de la gente mayor.

En la tabla 11.2 se describen posibles limitaciones en la comunicación con pacientes ancianos y algunas formas de afrontarlas.

Entrevista en pediatría

Hablar de la entrevista clínica en pediatría es, sobre todo, tener en cuenta una serie de condicionantes que van a poner en juego las habilidades del clínico para llevar a cabo actividades preventivas de salud, dar respuesta a demandas de atención médica y enmarcarlas en un determinado con-

TABLA 11.2 Características generales de la entrevista con el anciano y formas de afrontarlas

Características	Forma de afrontarlas
Entendimiento en el habla	Mantener un ritmo más lento, dedicar más tiempo
Presencia de más silencios	Disminuir la reactividad, apoyar la narrativa
Presencia de déficits sensoriales (vista, oído)	Eliminar barreras, aconsejar audífonos, no gritar
Presencia de déficits cognitivos y problemas del lenguaje	Incrementar nuestra comunicación no verbal, recoger información del cuidador
Información poco relevante, negación de síntomas	Interrogatorio más dirigido, recabar información en la exploración física
Tendencia a las reminiscencias	Aprovecharlas para mejorar la relación y la comprensión de la realidad actual
Menor capacidad para retener información	Proporcionarla lentamente, con reiteración, favorecer la bidireccionalidad, comprobar asimilación y darla siempre por escrito
Expresión de miedo a perder la autonomía física y personal. Soledad	Mostrar empatía, ofrecer continuidad asistencial, favorecer apoyo social
Creencias muy estructuradas	Desarrollar un estilo de entrevista más flexible y realista

texto social y familiar que permita un adecuado cuidado y atención longitudinal (Lewis, 1995).

La atención en pediatría se desarrolla bajo una serie de *características y condicionantes*, entre las que destacaríamos:

1. *Demanda*. La demanda en pediatría casi nunca viene formulada por el propio paciente. En muchas ocasiones es el propio sistema de salud, con los profesionales como protagonistas, el que genera la demanda de atención en el contexto de un programa de actividades preventivas (p. ej., a través del programa de atención al niño sano). En el resto van a ser los cuidadores quienes, atendiendo a la observación de una serie de síntomas o quejas del niño, formulan una hipótesis de problema médico y consulten. Tan solo en edades más avanzadas va a ser el propio paciente quien formule directamente la demanda, y generalmente frente a la atenta mirada de los cuidadores. Esto convierte al niño en un espectador pasivo de su salud y su enfermedad, que no siempre va a ser capaz de comprender por qué es llevado a la consulta, y tal vez en contra de su voluntad. Asimismo, y cuando sea oportuno, es importante explicar la naturaleza de las actividades preventivas al paciente y educarle en el proceso de reconocimiento de la enfermedad.
2. *Autonomía*. Ligado a lo anterior, el niño, y sobre todo el adolescente, puede tener una vivencia de pérdida de autonomía si las demandas de atención se vehiculan únicamente a través de los profesionales de la salud o de los cuidadores, sin tener en cuenta la propia vivencia del paciente. Tratar de empatizar con el paciente, cuando sea oportuno, y preguntar sobre sus puntos de vista puede minimizar este impacto, mejorar la satisfacción y la vinculación y potenciar el autocuidado (Jarabo y Vaz, 1995).
3. *Atención longitudinal*. Muchas actividades preventivas y problemas de salud van a resolverse adecuadamente en un contexto de atención longitudinal, en el que la responsabilidad compartida con los cuidadores va a influir de manera decisiva sobre la necesidad y la idoneidad de la reconsulta.
4. *Atención centrada en la familia*. Las ideas, creencias, percepciones, vivencias, experiencias previas y conocimientos, así como las preferencias de los cuidadores, van a ser capitales a la hora de abordar una estrategia terapéutica y acordar un plan de se-

guimiento. Se trata, pues, de entrevistas familiares en las que el paciente va a ser un elemento más al que no siempre se podrá involucrar en la toma de decisiones.

5. *Interferencias*. Nos vamos a tener que enfrentar a multitud de interferencias, empezando por las de índole comunicativa (p. ej., los bebés que se expresan únicamente a través del lenguaje no verbal), pasando por las de índole experiencial (cómo se enfrentan las familias a la salud y a la enfermedad) y acabando con las de índole relacional (cómo se relacionan entre sí los diferentes miembros de la familia, qué jerarquías se establecen, etc.). Estar atentos al lenguaje no verbal del paciente y de los diferentes miembros de la familia, a las opiniones y experiencias de los cuidadores o a las relaciones que se establecen entre ellos en la consulta nos puede ayudar a entender cuáles son los mecanismos que subyacen en los procesos de atención a la salud y la enfermedad. Esto tiene un doble objetivo: por un lado el de no cometer errores clínicos, y por otro lado ofrecer planes terapéuticos o de cuidados adaptados a los problemas y las necesidades de la familia. Pongamos el ejemplo de un niño que se expresa con sus cuidadores a través de sus quejas: corremos el riesgo de sobrevalorar sus síntomas. Por el contrario, un cuidador que tienda a minimizar los síntomas del niño puede estar enmascarando un cuadro de gravedad.

Objetivos de la entrevista

Teniendo en cuenta los condicionantes anteriormente citados, vamos a tratar de conseguir los siguientes objetivos en el transcurso de la entrevista:

1. Proponer un plan de cuidados o actividades preventivas de salud cuando sea necesario. Conocer y delimitar las demandas de atención médicas formuladas por el paciente o los cuidadores, así como de sus expectativas.
2. Realizar una cuidadosa exploración física orientada a los problemas que nos permita planificar las siguientes actividades preventivas de salud y dar respuesta a las hipótesis clínicas sobre los problemas de salud planteados.

3. Informar sobre el/los diagnóstico/s y las posibles opciones terapéuticas, teniendo en cuenta las opciones del paciente y de sus cuidadores.
4. Trazar un plan de seguimiento y realizar una toma de precauciones.
5. Cerrar la entrevista cuidando el clima y tratando de que resulte satisfactoria para el paciente y sus cuidadores.

Estrategias

Para conseguir los objetivos de la entrevista en pediatría es preciso prestar atención a un conjunto de estrategias dirigidas a asegurar una atención clínica de calidad, mejorar la satisfacción del paciente y los cuidadores, así como asegurar la longitudinalidad de la atención.

1. *Acomodación.* A menudo los niños se van a sentir incómodos en las consultas, bien porque no pueden comprender por qué están allí, bien por miedo o inquietud, por la ansiedad que les puedan transmitir sus cuidadores, etc. Una habilidad básica en el proceso de atención a un niño será la capacidad del profesional de acomodarlo, en la medida de lo posible, a través del lenguaje verbal y muy especialmente a través del lenguaje no verbal. Conviene que nos ejercitemos en utilizar palabras tranquilizadoras, explicaciones previas a las exploraciones, un tono de voz cálido, una broma o un pequeño juego oportuno que distraiga la atención y disipe el temor, así como buscar la complicidad de los cuidadores. Todo ello puede ser de gran utilidad para completar la anamnesis o proceder a la exploración física, para establecer una relación cordial y respetuosa y para crear un clima de tranquilidad en el que poder acomodar al paciente y cuidadores.
2. *Exploración de creencias, expectativas y vivencias previas.* Va a ser de mucha utilidad para enmarcar la demanda de los cuidadores, explorar qué les preocupa y por qué les preocupa. Con mucha frecuencia en pediatría, detrás de una consulta por un proceso banal se esconde una inquietud importante (p. ej., el miedo a una meningitis ante un resfriado común), y por tanto, antes de proceder a la exploración física nos resultará de utilidad conocer esas inquietudes. En este sentido, la información del lenguaje no verbal nos puede ser también de mucha utilidad para plantearnos ir más allá (una madre con una cara desencajada nos puede hacer pensar que el niño no la ha dejado dormir en toda la noche por el llanto, pero también nos debe hacer reflexionar sobre lo preocupada que pueda estar).
3. *Ser sumamente cuidadosos y precisos en la exploración física.* La exploración física en pediatría nos va a permitir, en la mayoría de los casos, confirmar o descartar nuestras hipótesis diagnósticas. Por ello, es importante crear las condiciones de idoneidad para llevarla a cabo, tratando de eliminar las interferencias en la medida de lo posible, y de nuevo acomodando a paciente y cuidadores.
4. *Manejo de la incertidumbre.* Una vez tengamos claro el diagnóstico es importante mostrar seguridad en nuestro criterio clínico. Si hay un aspecto de la práctica clínica en el que la incertidumbre se vive de manera trágica es en pediatría. Será de vital impor-

tancia, pues, transmitir nuestra seguridad al paciente y los cuidadores, y cuando no sea posible, manejar la incertidumbre que se genere en el acto clínico con suma cautela.

En la atención pediátrica es fundamental mostrar asertividad a la hora de informar acerca del diagnóstico, así como manejar la incertidumbre con suma cautela.

Acuerdos

Pactaremos en la medida de lo posible el plan terapéutico, implicando a todos los miembros de la familia, procurando dar autonomía a paciente y cuidadores, sin restar el apoyo del personal sanitario. Tendremos en cuenta la autonomía del paciente y pediremos su opinión si lo consideramos oportuno. Implicaremos a todos los miembros de la familia para buscar respuestas colaborativas, y con ello minimizar la aparición de situaciones conflictivas.

Dar malas noticias

Una de las situaciones que mayor dificultad y malestar producen en la práctica asistencial es cuando debemos dar una mala noticia. Entendemos por mala noticia aquella que incluye información sobre una situación o enfermedad que no tiene una solución definitiva, cuando cambia las expectativas futuras del paciente y cuando genera un nivel de distrés excepcional en el paciente y sus familiares.

Dar una mala noticia de forma inadecuada puede producir iatrogenia en el paciente y sus familiares, ocasionando generalmente un sufrimiento que tiende a alargarse en el tiempo. Asimismo, puede producir una mala comprensión y por tanto afectar a una toma de decisiones adecuada posterior. Quienes refieren haber proporcionado una mala noticia de forma inadecuada lo recuerdan como una de las experiencias profesionales más traumáticas, con repercusiones incluso en su autoestima personal. Por contra, hacerlo de manera adecuada puede convertirse en una de las experiencias mejor valoradas por el profesional, por cuanto supone la posibilidad de que el paciente se aclimate emocionalmente y pueda comprender el alcance del problema, así como permitir trabajar con expectativas realistas, sin perder la esperanza.

En cualquier caso, una mala noticia *per se* puede desencadenar en el paciente y/o sus allegados reacciones muy diversas, ante las cuales deberemos dar una respuesta para ayudar a su acomodación. Son frecuentes las respuestas de incredulidad al diagnóstico, sobre todo si este es inesperado. En ocasiones, el paciente puede mostrar una reacción de shock que no le permita en un primer momento dar ninguna respuesta. La negación puede aparecer, y denota que el paciente no admite la mala noticia. Son frecuentes las reacciones de miedo o ansiedad, sobre todo por la incertidumbre pronóstica del proceso. El paciente puede responder también con hostilidad, ira o acusaciones frente a una mala noticia, dirigida hacia el profesional de la salud (confundiendo al mensajero con el mensaje), o manifestar sentimientos

de culpabilidad hacia sí mismo o hacia el médico, como responsable en cierta medida de lo que está sucediendo. Sin embargo, la reacción de un paciente determinado ante una mala noticia va a depender básicamente de su personalidad, sus creencias religiosas, el nivel de apoyo familiar percibido y del marco antropológico-cultural en el que vive.

Las reacciones emocionales negativas ante una mala noticia deben ser leídas no como un ataque hacia el profesional, sino como una respuesta frente a un proceso de duelo.

En todos estos casos la mejor respuesta del profesional es la de reconocer tales sentimientos y mostrar respuestas empáticas, sin emitir valoraciones ni juicios.

Proporcionar una mala noticia comporta la necesidad de que los profesionales nos acomodemos, preparando previamente la entrevista, acerca de los términos a utilizar, ver la información que el paciente desee en aquel momento o consideremos que pueda soportar. Conviene cerciorarnos de que ha entendido correctamente la información proporcionada, así como estar muy atentos a las respuestas emocionales que manifieste a lo largo de la entrevista.

Tradicionalmente se han descrito diversos estilos a la hora de dar malas noticias, desde posicionamientos en los que el paciente debe conocer cuanto antes el alcance del problema, hasta aquellos que niegan información con el fin de evitar mayores sufrimientos al paciente. Actualmente existe un claro consenso que aboga por un estilo centrado en el paciente y que tiene, especialmente en estos casos, una extraordinaria sensibilidad para adaptarnos a sus vivencias. Asimismo, y a pesar de que familiares más próximos desearan esconder información para «proteger» al paciente y evitarle más sufrimiento, deberemos facilitar con tacto que es el paciente quien tiene la última palabra sobre lo que desea o no saber en aquel momento y en qué términos. Esto supone a menudo trabajarlos en sucesivas entrevistas, para ayudarlos en lo posible, a tratar de aceptar la situación actual.

En el cuadro 11.8 se describen diversas tareas y habilidades para dar malas noticias.

Conviene tener en mente, que entre los errores más frecuentes a la hora de dar malas noticias destacan: *a*) emitir palabras con alto contenido emocional (p. ej., términos como *cáncer, maligno, incurable, desahuciado*), *b*) decir lo que otro profesional hará o debiera hacer («le darán un tratamiento con quimioterapia y radioterapia durante unos meses que le pondrá mucho mejor de lo que está ahora»), *c*) realizar una notificación paradójica (dar una mala noticia con un tono optimista) o *d*) crear falsas esperanzas («entiendo que el problema es grave, pero ya verá cómo poco a poco lo iremos solucionando»).

El aprendizaje de las habilidades para proporcionar malas noticias de forma adecuada, sin que ello no deje de ser una tarea difícil y a menudo dolorosa, puede llevarse a cabo mediante la observación de profesionales que sean modelos de buena praxis, la participación en cursos de entrevista clínica bien diseñados, así como a través de una práctica supervisada.

CUADRO 11.8

Dar malas noticias

- Crear un entorno adecuado:* pensar la posibilidad de darlas con otro compañero del equipo
- Conocer lo que sabe el paciente sobre la enfermedad:* «¿qué le han comentado en el hospital?», «¿qué conoce del informe médico?»
- Percepción sobre la necesidad de recibir información:* estar atentos a comentarios, señales no verbales y estado emocional del paciente
- Solicitar permiso para informar:* «¿me permite que dediquemos unos minutos a hablar sobre los resultados de las radiografías/análisis?»
- Ofrecer acceso a la información:* «¿desea hacerme alguna pregunta respecto a...?»; «tengo información a la que puede acceder, si usted lo desea»
- Proporcionar información gradualmente:* «los resultados del escáner nos indican que tiene una lesión en el hígado»; «se observa una imagen de 1 cm que me informan es compatible con una pequeña tumoración»; «es conveniente llevar a cabo un estudio para acabar de determinar a qué tipo de lesión corresponde»
- Comprobar sistemáticamente su comprensión:* «me gustaría que me resumiera lo que hemos hablado acerca del diagnóstico»; «¿recuerda entonces cómo llevaremos a cabo el tratamiento?»
- Mostrar empatía:* «cualquiera en esta situación estaría asustado»; «trato de entender lo difícil que debe ser para usted y los suyos»
- Resumir la información proporcionada y que recuerda el paciente:* «en la radiografía del tórax hemos detectado una lesión que debe ser estudiada con más detalle. Para ello es aconsejable realizarle un escáner. Es probable que el consumo de tabaco haya influido en su evolución»
- Aceptar la ambivalencia:* «tiene todo mi apoyo para tomar cualquiera de las dos opciones»
- Negociar un plan de actuación:* «como ve, existen tres maneras posibles de tratamiento, me gustaría comentarle los pros y los contras de cada uno de ellos, ¿le parece?»
- Identificar sistemas de apoyo del paciente:* «es probable que necesite ayuda en el domicilio»; «sería conveniente tener una entrevista conjunta con sus familiares»
- Explicitar ofrecimiento asistencial:* «sepa que tiene todo nuestro apoyo»; «estaremos a su lado en todo momento»

Adaptado de Baile et al., 2000.

Entrevista con pacientes difíciles

Los profesionales de la salud nos mostramos generalmente muy sensibles, reactivos y frustrados cuando, tras una interacción, queda el amargo sabor de la desconfianza, la incapacidad para llegar a acuerdos, la presencia de discusiones, quejas o incluso amenazas.

En los últimos años se ha pasado del concepto de paciente difícil al de *encuentro difícil*, por cuanto existe una falta de concordancia según sea el punto de vista, ya que los profesionales tendemos a ver como responsables de los encuentros difíciles casi siempre a los pacientes, y viceversa.

En general, los profesionales de la salud solemos tener una imagen ideal del buen paciente. Sería un paciente que no acudiese demasiado a menudo, que fuese concreto, nos demostrase estima y gran respeto, no hiciese demasiadas preguntas o se pasase de listo, que deseara curarse y fuese cooperador. Esa lista ideal sabemos que no se corresponde con la realidad de muchos pacientes, ni

tampoco, y probablemente menos, cuando el paciente es el propio profesional de la salud (Cebrià, 2004). Las causas de los encuentros difíciles tienden a ser multifactoriales, y dependen fundamentalmente tanto de las características del paciente como del profesional, así como de factores del entorno. En referencia a los factores dependientes del paciente destacaríamos aquellos que muestran rasgos de la personalidad marcados o verdaderos trastornos de la personalidad. Otros perfiles se incluyen en el denominado *paciente hiperfrecuentador*, tras el cual se esconden situaciones muy diversas. Entre estos se citan aquellos individuos que mantienen una relación excesivamente dependiente con el profesional, pacientes con pluripatología, enfermos crónicos, con trastorno mental, pacientes mal diagnosticados, exigentes, consumidores de servicios sanitarios, o querellantes, por poner algunos ejemplos.

Entre los elementos que dependen del profesional, conviene destacar todas aquellas circunstancias que incrementan claramente la tensión en el desarrollo de la consulta. La lista de posibilidades es amplia e incluye rasgos de la personalidad (temperamento o carácter difícil), estilo de pasar visita (impersonal), dificultad en el abordaje de contenidos psicosociales o una falta de actitud positiva hacia los problemas de salud mental. También deben considerarse aquellas situaciones vitales desfavorables por las que esté pasando el profesional (problemas de salud, familiares o laborales). Mención aparte merece la presencia del denominado agotamiento laboral (*burn-out*), que aparece hasta en un 30% de los profesionales de la medicina. El *burn-out*, o síndrome del profesional quemado, conlleva un progresivo distanciamiento (menor implicación), actitudes de despersonalización (relaciones frías y distantes) y sentimientos de frustración profesional y personal.

Los factores relacionados con el entorno incluyen áreas de recepción y circuitos inapropiados y poco centrados en el usuario, elevadas cargas asistenciales, tiempos excesivos de espera, interrupciones frecuentes en la consulta o fallos reiterados en las cuestiones burocráticas.

La máxima expresión del encuentro difícil la observamos cuando aparece agresividad en la consulta. Ya hemos visto toda una serie de factores que potencialmente pueden inducir una situación difícil, que cuando superan un cierto umbral pueden generar respuestas agresivas. Algunas estimaciones aseguran que más de la mitad de las personas que trabajan en el ámbito de la salud pueden estar expuestas a algún tipo de respuesta agresiva, de ahí la tremenda importancia en su abordaje. Conviene siempre recordar que la agresividad es una reacción a diferentes emociones (frustración, pérdida de un ser querido, ansiedad, temor, sensación de ser menospreciado, etc.). Muchas veces basta que la persona enfadada perciba que deseamos ayudarla sinceramente para que cese su conducta. Existen diversas estrategias que facilitan la prevención de interacciones agresivas, así como formas de abordaje cuando ya estamos inmersos en ellas (Blay Pueyo, 1996; Borrell, 2008). En el cuadro 11.9 se resumen algunas de las habilidades más útiles en estos casos.

En la actualidad se ha pasado del concepto de paciente difícil al de encuentro difícil, por cuanto intervienen factores que dependen también del profesional y del entorno.

CUADRO 11.9

Estrategias en la prevención y el abordaje del paciente agresivo

- Posibilidad de desarticulación de la agresividad mediante la *cordialidad y/o la empatía directa*. Importancia del saludo inicial. Buscar un entorno adecuado
- Autocontrol emocional*: clave para evitar la sintonización emocional. Entrenarnos en mantener la calma. Evitar fantasías de «ganaremos el pulso»
- Ignorar o hacer un señalamiento* ante el tanteo de la agresividad incipiente: ignorando («continúe, le escucho»), señalando («parece enfadado»)
- Aplicar el *contrabalanceo emocional* frente a la agresividad directa: dejar que el paciente «vacíe» su enfado o frustración en pocos minutos, manteniendo la calma
- Desarrollar un *estilo de consulta proactivo*: marcaremos el tono emocional de la consulta y trataremos que el paciente se «contagie» del mismo
- Tratar de *mantener la empatía* con frases como: «es normal que esté enfadado dadas las circunstancias», «qué le parece si intentáramos buscar soluciones»
- Reconocimiento del error* si este se ha producido: «me sabe mal que se haya sentido así, no era mi intención», «le pido que acepte mis disculpas»
- Reconducción por objetivos*: una vez calmado favoreceremos que el paciente hable de su problema: «vayamos a lo importante, que es su salud; me comentaba que su úlcera no va bien en las últimas semanas, ¿es eso?»
- Mostrar nuestros sentimientos* en pacientes con quienes tengamos una larga relación: «la forma en la que ha entrado en mi consulta no me ha parecido correcta»; «me ha sorprendido y entristecido la agresividad con la que me ha hablado»
- Propuesta de nueva relación*: cuando el paciente no se atenga a ningún razonamiento o nos pierda sistemáticamente el respeto: «estoy acostumbrado a un trato cordial con mis pacientes, y si no es posible sería más conveniente para ambos considerar si soy el profesional adecuado para hacerme cargo de su salud»

Entrevista telefónica

La utilización del teléfono para llevar a cabo consultas es una herramienta cada vez más utilizada por los profesionales de la salud. Se estima que en algunos países hasta un 15% de las visitas ambulatorias se realizan a través de llamadas telefónicas. Muchos pacientes estiman su utilidad para comentar procesos banales, gestionar el escaso tiempo disponible, aclarar dudas sobre el tratamiento prescrito o el seguimiento evolutivo de un proceso patológico. Asimismo, muchas llamadas telefónicas se llevan a cabo en un contexto de consulta más urgente (p. ej., por la aparición de un dolor torácico, un dolor abdominal, la presencia de fiebre o un anciano al que «no ven bien»). En general, las llamadas de contenido clínico suponen un 30% del total, pero son la mayoría cuando estas se presentan fuera de los horarios de atención habituales. En otros casos, el motivo de las llamadas es de índole burocrático, para recoger prescripciones, proporcionar resultados analíticos o llamadas entre profesionales.

En general, las entrevistas que llevamos a cabo cara a cara son más efectivas que las que realizamos por teléfono. Esto se debe, entre otros factores, a una falta de entrena-

miento, a los cambios en el patrón comunicativo (perdemos información visual), así como por la habitual urgencia en la que se manifiestan muchas peticiones, situaciones que tienden a generarnos un mayor estrés.

Por otra parte, la utilización del teléfono en atención primaria se ha convertido en un valioso instrumento que favorece la atención continuada e integral, mejora la gestión del tiempo y favorece el seguimiento y el manejo de múltiples situaciones de carácter agudo, así como de patologías crónicas.

En general, una consulta telefónica de carácter clínico se desarrolla en tres fases:

1. Fase de escucha y clarificación de la demanda.
2. Fase de apoyo.
3. Fase de salida.

En *fase de escucha y clarificación de la demanda*, estaremos muy atentos al discurso de nuestro interlocutor, tratando de comprender las motivaciones que le han llevado a llamar, así como el tono emocional asociado en función del paralenguaje. De esta forma, un discurso con largas pausas, otro con una tonalidad alta y una velocidad rápida, o por el contrario, uno con una entonación monótona, nos harán sospechar estados emocionales bien distintos. Aquí es especialmente relevante facilitar la narrativa del paciente, animándole a que exprese con la mayor comodidad posible la situación actual, inspirando la necesaria confianza:

«Buenos días soy el Dr. Jiménez, me han pasado su aviso porque su hijo tiene fiebre alta. Cuénteme Sra. García, la escucho [...] Me comenta que desde hace unas horas no puede tomar líquidos porque los vomita. Continúe [...] ¿Ha notado si tiene una erupción en la piel? [...] Me dice que ha sangrado, le pido que me especifique dónde exactamente [...] Es la segunda vez que ha perdido el conocimiento en el último mes...».

En la segunda *fase de apoyo*, validaremos su llamada y tranquilizaremos las cosas que ha hecho bien, tratando de tranquilizarlo en todo momento para apoyar la percepción de que la situación está bajo un control razonable:

«Me comenta que la fiebre es de 39 °C, lo ha puesto en la bañera y le ha dado un paracetamol, perfecto [...] Y cuando ha visto que se mareaba lo ha estirado en la cama y ha mejorado, muy bien...».

En la tercera fase, denominada *fase de salida*, es en la que de forma concisa daremos las indicaciones oportunas sobre lo que aconsejamos llevar a cabo:

«Es conveniente que no trate de darle más líquidos y en unos minutos pasaremos por el domicilio a visitarlo [...] Es normal que siga con unas décimas de fiebre, en principio continúe con el mismo tratamiento y seguimos en contacto las próximas 24 horas [...] Es necesario que acuda a la consulta para que revisemos cómo están los oídos. Ahora mismo solicito un traslado urgente para el hospital...».

Las limitaciones comunicativas que supone no ver al paciente, la necesidad de acortar el tiempo de entrevista, las dificultades añadidas para realizar un diagnóstico, así como la necesidad de contención de la ansiedad que generan muchas de las llamadas con «carácter urgente» aconsejan un entrenamiento específico para su implementación en la práctica clínica habitual (Curtis, 1995).

Ciertamente, la utilización del teléfono tiene múltiples utilidades en la asistencia sanitaria; dentro de estas se inclu-

yen, entre las más frecuentes: la organización de las agendas de visita, la evaluación e información protocolizada frente a problemas de salud banales (p. ej., en campañas de atención de epidemias gripales), la información acerca de circuitos asistenciales, la evaluación de urgencias médicas o la información de resultados de laboratorio. Conviene que cada equipo trabaje los circuitos de llamadas, y sus responsables, con objeto de optimizar su eficiencia.

En la entrevista telefónica es fundamental agudizar nuestras habilidades de escucha para transmitir seguridad y apoyo a nuestro interlocutor.

APRENDIZAJE DE LA ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista clínica y las habilidades en comunicación asistencial son susceptibles de aprendizaje, al igual que lo es cualquier otra habilidad clínica. Se ha desmontado el mito de que los profesionales de la salud, por el simple hecho de serlo, tenemos las necesarias habilidades comunicativas en entrevista clínica que nos hacen competentes frente a cualquier encuentro asistencial. Esa visión acrítica, que asume además que los pacientes deben acomodarse a nuestra forma de ser y a nuestro estilo de entrevistar, debe no solo ser desestimada por pretenciosa, sino que exige por parte de los responsables docentes dotar de los medios necesarios para la formación en las diversas situaciones a las cuales los profesionales con responsabilidad asistencial deben enfrentarse. Ya hemos visto que existe una gran variedad de escenarios posibles en los que debemos aplicar actitudes y determinadas habilidades para dar respuestas eficientes. Pero el aprendizaje de la comunicación requiere, además de unos conocimientos, una práctica supervisada.

La metodología donde se asienta el aprendizaje de la entrevista clínica dispone de varios recursos, centrándose de forma prioritaria en la práctica de la misma. Conviene que la formación se adapte al nivel curricular del estudiante o del profesional en formación. Formar en entrevista clínica comporta que la adquisición de conocimientos y habilidades esté apoyada en una serie de valores en los que prevalezca el respeto hacia el paciente y los compañeros del equipo.

Asimismo, la enseñanza en comunicación asistencial debe llevarse a cabo de forma integrada con el resto de la formación curricular de los estudiantes (García de Leonardo et al., 2016). Queda enmarcada dentro de cuatro coordenadas básicas que incluyen el desarrollo de una práctica clínica reflexiva, el profesionalismo, la aplicación de unos principios bioéticos y de una práctica basada en la mejor evidencia (Von Fragstein, 2008).

La práctica reflexiva (*mindful practice*), comporta un trabajo de introspección que nos permita tomar conciencia de los pensamientos y los sentimientos que los pacientes nos generan. Asimismo, trabajar con la incertidumbre que supone la atención a los pacientes, ya sea en referencia al diagnóstico, el tratamiento o el pronóstico de la enfermedad (Epstein 1999; García, 2008).

Existe cada vez una mayor evidencia de que un entrenamiento en la *práctica reflexiva* redundará en beneficios hacia el profesional (incrementando su capacidad para

afrontar los sentimientos negativos y prevenir el agotamiento profesional o *burn-out*, así como para el manejo en la prevención de errores clínicos (Borrell y Epstein, 2004). Asimismo, se sabe que una práctica reflexiva beneficia a los pacientes afectados de depresión, ansiedad, en el control del dolor, o en la reducción del consumo de alcohol y otras sustancias adictivas.

El profesionalismo hace referencia a la necesidad que tienen los profesionales de la salud en la incorporación de valores como la integridad, la honestidad y la honradez, que les permitan apreciar la asimetría de poder que se produce en la relación profesional/paciente. Asimismo, también alude a la necesidad de trabajar siempre en el mejor interés del paciente, y de ser conscientes de la importancia de comunicar con tacto aquellas situaciones difíciles o que generan incertidumbre en el paciente. Implica también ser honestos y sinceros en cualquier tipo de comunicación (con el paciente y sus familiares, de forma oral o escrita, así como con los demás compañeros de profesión), manteniendo siempre la confidencialidad del paciente.

Los estudiantes deben conocer que su futura práctica asistencial se enmarcará en una serie de principios éticos que incluyen: el *principio de la beneficencia* (trabajaremos siempre en la mejora del paciente), el *principio de la no maleficencia* (evitando en lo posible la iatrogenia) y el *principio de autonomía* (que permita al paciente tomar sus decisiones, favoreciendo una toma de decisiones conjunta). Todo ello debe integrarse en el *principio de justicia*, donde trataremos de trabajar de forma equitativa, sin distinción de la persona que atendamos (ya sea por razones de edad, sexo, condición social, creencias, adscripción religiosa o cultural), optimizando asimismo los recursos disponibles para su atención.

Finalmente, las decisiones de la práctica profesional estarán basadas en la mejor evidencia disponible, tanto de la comunicación asistencial como de la práctica clínica. En el cuadro 11.10 se describen diversos métodos de aprendizaje en entrevista clínica y sus aplicaciones principales.

La enseñanza de la entrevista clínica y la comunicación asistencial debe apoyarse en la práctica reflexiva, el profesionalismo, los principios de la bioética, y estar basada en la mejor evidencia clínica.

EVALUANDO LA ENTREVISTA CLÍNICA

La evaluación de las entrevistas clínicas es un proceso complejo que tiene múltiples aproximaciones. En general, los profesionales y estudiantes de la salud nos mostramos poco permeables a ser «evaluados» en nuestras destrezas como entrevistadores, y tendemos a sentirnos incómodos ante comentarios sobre la forma de comunicarnos. Un principio básico para la evaluación de la comunicación asistencial es la necesidad de una exquisita acomodación y respeto de sus participantes. La evaluación de las entrevistas puede hacerse de forma cuantitativa (mediante cuestionarios o escalas) o de manera cualitativa (mediante evaluación directa de la entrevista, o a través de videograbaciones).

CUADRO 11.10

Métodos de aprendizaje en entrevista clínica y aplicaciones

- Clases teóricas. Lectura de artículos y libros de entrevista clínica: aportan información teórica y casos clínicos. Puede llevarse a cabo una discusión posterior
- Sesiones de discusión en grupos. Acerca de un tema de entrevista clínica o de casos clínicos. Estimulan la autorreflexión
- Observación de entrevistas videograbadas reales o con actores. Proporcionan modelos para un entrenamiento posterior. Permiten sesiones de asesoramiento (*feedback*) de la práctica real o simulada
- Práctica mediante *role play*. Permite ensayar múltiples situaciones *como si estuviéramos* en una consulta real. Proporciona asesoramiento en tiempo real. Permite practicar en más de una ocasión y en un ambiente protegido
- Talleres o cursos. Aplican diversas modalidades participativas de enseñanza en entrevista clínica
- E-learning*. Educación a distancia. Permite formatos educativos transmisivos de información (documentos, vídeos, etc.) o interactivos (videoconferencias, chats, blogs, Second Life, Moodle)

La finalidad de la evaluación puede ser *formativa*, cuyo objetivo es favorecer que la persona detecte dónde se encuentra en referencia a la realización de una tarea o una habilidad, y a partir de ahí trabajar aquellos elementos en los que precisa mejorar, así como la forma de conseguirlo.

La evaluación *sumativa* tiene como objetivo puntuar la entrevista para demostrar el grado de suficiencia. Se utiliza preferentemente para certificaciones, oposiciones, etc. No está diseñada para aportar asesoramiento acerca de cómo mejorar las habilidades comunicativas del alumno.

Existen en nuestro país diversos cuestionarios validados para evaluar entrevistas, con una aproximación cuantitativa y cualitativa. Entre ellos destacaríamos el cuestionario GATHA (Prados et al., 2003) y el cuestionario CICCÁ (Ruiz, 2004). Ambos se han utilizado con fines docentes y evaluadores (evaluación *formativa* y *sumativa*), así como en trabajos de investigación. Permiten evaluar las tareas y habilidades más relevantes de la entrevista y son adecuados para analizar la entrevista centrada en el paciente. Asimismo, y en referencia a la entrevista motivacional, el cuestionario EVEM (Escala de Valoración de la Entrevista Motivacional), recientemente validado, permite evaluar la implementación del modelo de entrevista motivacional en entrevistas audio y videograbadas, siendo utilizado con fines docentes y de investigación. (Campiñez, 2009).

En el cuadro 11.11 se describen los instrumentos más utilizados para la evaluación *formativa* y *sumativa* de las entrevistas clínicas en nuestro país.

La evaluación de la entrevista es *formativa* cuando se centra en las necesidades de aprendizaje del alumno y *sumativa* cuando evalúa sus conocimientos y habilidades.

CUADRO 11.11

Métodos de evaluación de entrevistas clínicas y aplicaciones

1. Valoración de entrevistas clínicas en tiempo real de Borrell (2004). Evalúa el clima emocional y las tareas desarrolladas según la modalidad de entrevista (operativa, integración psicosocial, semiológica o motivacional). Cuestionario no validado
2. Sesiones con el método PBI (*Problem Based Interviewing*) (Lesser, 1985). Evalúa la comunicación verbal y no verbal de entrevistas grabadas. Proporciona asesoramiento sobre tareas y habilidades de la entrevista tantas veces como sea preciso. Se centra en la experiencia del discente. Se monitorizan por un conductor en sesiones individuales o en grupo
3. Sesiones de grupos Balint (Tizón, 1993). Evalúa la entrevista desde la perspectiva de la influencia interpersonal entre profesional y paciente. Trabaja sobre lo que recordamos de la interacción
4. Cuestionario GATHA. (Prados et al., 2003). Evalúa actitudes del profesional, habilidades comunicativas y tareas de entrevistas grabadas o audiogradas. Evalúa el factor de entrevista centrada en el paciente. Utilidad en la formación, evaluación e investigación. Cuestionario validado
5. Cuestionario CICCIA (Ruiz, 2004). Evalúa la entrevistas grabadas sobre las capacidades para conectar con el paciente y la familia, identificar y comprender los problemas de salud, acordar sobre decisiones a tomar y ayudar a entender, elegir y actuar. Evalúa el factor de entrevista centrada en el paciente. Utilidad en la formación, evaluación e investigación. Cuestionario validado
6. Cuestionario EVEM (Campiñez, 2009; Campiñez et al., 2015). Evalúa las especificidades del modelo de entrevista motivacional en entrevistas grabadas. Utilidad en la formación, evaluación e investigación. Cuestionario validado
7. El Portfolio (Prados, 2006). Permite la autoevaluación generalmente formativa sobre las habilidades de entrevista clínica. Puede trabajarse a través de incidentes críticos, sobre entrevistas grabadas, audiogradas, informes o registros clínicos, mediante informes de autorreflexión o la revisión con otros colegas

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Borrell F. *Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: SemFYC Ediciones; 2004.

Esta segunda edición describe las bases de una relación terapéutica, así como las habilidades de la escucha semiológica y la información. Incorpora el modelo emotivo-racional del acto clínico, el modelo de influencia interpersonal y las modalidades de entrevista. Con profusión de ejemplos, se acompaña de un CD con entrevistas demostrativas.

McDaniel S, Campbell Thomas L, Seaburn DB. *Orientación Familiar en Atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1998.

Libro que aporta la información necesaria para llevar a cabo una intervención familiar. Dirigida a médicos, profesionales de enfermería, terapeutas familiares, asistentes sociales y otros miembros de profesiones asistenciales. Aporta protocolos y casos para el estudio

Miller W, Rollnick S. *La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar*. 3.ª ed Barcelona: Paidós; 2015.

Esta tercera edición del manual de Entrevista Motivacional es un excelente libro con nuevas aportaciones a este modelo clínico. Más allá de la motivación y la determinación del cambio, los autores plantean una visión más circular del modelo que incluye 4 tareas: trabajar la colaboración con el paciente, focalizar la conducta a trabajar, evocar el discurso del cambio y planificar la acción a realizar

Prieto MA, Escudero M, Gil E. *La Entrevista Clínica de Valoración Inicial. Guía para la práctica clínica*. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2006.

Libro que enfatiza la importancia de la calidad de la entrevista inicial en el proceso de cuidados enfermeros. Aporta la necesaria información para la aplicación de estrategias y habilidades comunicativas en situaciones difíciles de la consulta

Revilla L de la. *Bases teóricas, instrumentos y técnicas de la atención familiar*. Granada: Adhara; 2005.

Se describen con detalle las bases teóricas de la atención familiar y las relaciones de la familia en el proceso de salud-enfermedad. Aporta asimismo información de cómo deberemos llevar a cabo la atención familiar en las consultas

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Alonso S, Fuentes J, Nuño M. *Cómo interpretar la comunicación no verbal*. FMC 2008;15:275-81.

Anderson CA, Keenan G, Jones J. *Using bibliometrics to support your selection of a nursing terminology set*. CIN: Computers, Informatics. Nursing 2009;27:82-90.

Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gliber G, Beale EA, Kudelka AP. *SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Applications to the patients with cancer*. The Oncologist 2000;5:302-11.

Blay Pueyo C. *Actuación ante los pacientes de trato difícil*. FMC 1996;3:243-50.

Blazer DG. *Techniques for communicating with your elderly patient*. Geriatrics 1978;33:79-80. 83-4.

Borrell F. *Exploración física orientada a los problemas*. Aten Primaria 2002;30:32-45.

Borrell F, Epstein RM. *Preventing Errors in Clinical Practice: A Call for Self-Awareness*. Annals of Family Medicine 2004;2:310-6.

Borrell Carrió F. *Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: semFYC Ediciones; 2004.

Borrell F. *Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica médica*. Med Clin (Barc) 2007;129:176-83.

Borrell F. *Estudio del paciente conflictivo: guía para profesionales atareados*. JANO 2008;1689:41-6.

Borrell F, Cebrià J, Bosch JM. *Entrevista clínica y relación asistencial*. In: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editors. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.

Borrell F, Prados JA. *Comunicar malas noticias. Estrategias sencillas para situaciones complejas*. Cuadernos para el equipo de Atención Primaria. N.º 4. Barcelona: Doyma; 1995.

Bosch JM. *La entrevista clínica la valoración del paciente anciano*. Libro del Año de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona: Saned Ediciones; 1994.

Bosch JM, Cebrià J. *La Entrevista Clínica Motivacional. Guía de Actuación en Atención Primaria*. 3.ª ed Barcelona: semFYC Ediciones; 2006.

Bóveda J, Pérula LA, Campiñez M, Bosch JM, Barragán N, Prados JA. *Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria*. Aten Primaria 2013;45:486-95.

Bóveda-Fontán J, Barragán-Brun N, Campiñez-Navarro M, Pérula-de Torres LA, Bosch-Fontcuberta JM, Martín-Alvarez R, and Collaborative Group Estudio. et al. *Effectiveness of motivational interviewing in patients with dyslipidemia: a randomized cluster trial* Dislip-EM. BMC Family Practice 2015;16:151.

Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. *The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials*. J Consult Clin Psychol 2003;71:843-61.

Campiñez M. *Validación del cuestionario EVEM para la evaluación de la entrevista motivacional en pacientes con riesgo cardiovascular*. XX Congreso Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Ibiza; 2009. Disponible en: http://entrevistaclinica2009.unicongress.org/programa/jueves_30_abril.

Campiñez Navarro M, Pérula de Torres LA, Bosch Fontcuberta JM, Barragán Brun N, Arbonies Ortiz JC, Novo Rodríguez JM. *Measuring the quality of motivational interviewing in primary health care encounters: The development and validation of the motivational interviewing assessment scale (MIAS)*. European Journal of General Practice 2016;22:182-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/13814788.2016.1177508>.

Cebrià J. *¿Son los médicos de familia buenos pacientes?* JANO 2004;LXVI:1114-8.



E-SALUD: LA TECNOLOGÍA DIGITAL

Jordi Galimany Masclans ◦ Joan Guanyabens i Calvet

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

E-SALUD: DIGITALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Introducción
 Documentación clínica: historia clínica electrónica
 Imagen médica
 Prescripción electrónica
 Conclusiones

I-SALUD: ATENCIÓN PERSONALIZADA DE SERVICIOS DE SALUD

Integración
 Innovación
 Impacto de la atención personalizada
 Conclusiones

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- La digitalización de la información, la interoperabilidad y las redes de comunicación son elementos clave para desarrollar el potencial de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como herramienta de intercambio y compartición de la información.
- La historia clínica electrónica (HCE) registra la relación entre el sistema sanitario y el usuario; es un registro longitudinal en el que se consignan los datos generados en la relación entre paciente e institución sanitaria.
- Gracias a las TIC y a la HCE, la atención primaria de salud puede disponer de un registro del historial de salud único centrado en el paciente.
- La HCE es un instrumento útil para resolver problemas de descoordinación y duplicidad en los procedimientos asistenciales. En un entorno de elevada complejidad permite prestar cuidados de salud de forma eficiente.
- La imagen médica engloba la imagen radiológica, las grabaciones de exploraciones funcionales y la imagen no radiológica, que está compuesta de fotografías y registros médicos.
- La digitalización del proceso diagnóstico y la posibilidad de almacenar las imágenes médicas han supuesto una auténtica revolución que permite un mejor acceso a las exploraciones diagnósticas.
- La telemedicina y la teleasistencia son oportunidades de mejora para el diagnóstico, la asistencia y el cuidado que propician la digitalización de la imagen médica y la integración de la información clínica del paciente.

- La digitalización de la imagen plantea oportunidades relacionadas con la sostenibilidad, la eficacia, la calidad y el acceso a la atención de la población y con el desarrollo de plataformas de conocimiento para los profesionales.

E-SALUD: DIGITALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El progreso de la tecnología digital, en el ámbito de la sanidad, ha registrado una evolución exponencial a lo largo de los últimos años. Inicialmente el impacto se produce sobre todo en las organizaciones sanitarias y en los procesos asistenciales, para posteriormente ampliarse a todos los agentes implicados en el proceso de salud-enfermedad de la comunidad, con especial énfasis en el ciudadano usuario.

Introducción

El avance y consolidación de esta tecnología ha propiciado el desarrollo de las denominadas tecnologías de la información y la comunicación (TIC), que tienen en la digitalización de la información, la interoperabilidad de los dispositivos y la capacidad de los sistemas de comunicaciones (redes) las claves que explican su potencialidad como herramienta para intercambiar, participar/compartir la información y como elemento para garantizar la seguridad.

En un contexto de salud comunitaria, estas herramientas y dispositivos han de analizarse como elementos de soporte y ayuda para la mejora de la calidad asistencial, propiciando oportunidades en la prestación de salud que los profesionales y las organizaciones sanitarias proporcionan a los ciudadanos.

La irrupción y consolidación de las TIC en el ámbito sanitario es, en la actualidad, un aspecto ineludible que hay que tener en cuenta para entender cómo se llevan a cabo los procesos de prestación de cuidados de salud en todos los frentes asistenciales. Hay que considerarlas en la planificación y desarrollo de las políticas sanitarias, teniendo en cuenta el entorno de trabajo de todos los agentes implicados en la salud de la comunidad.

La digitalización de la información, la interoperabilidad y las redes de comunicación son elementos clave para desarrollar la potencialidad de las TIC como herramienta para intercambiar y compartir la información.

Hay que considerar el entorno socioeconómico en el que discurren los acontecimientos tecnológicos anteriormente descritos. La prestación de salud a la comunidad en un entorno de Sistema Nacional de Salud, en el que está garantizado mayoritariamente el acceso y los cuidados de salud a toda la población, se caracteriza por una elevada complejidad con incremento del gasto, falta de recursos de todo tipo y la percepción de ineficiencia del sistema por parte de los usuarios. A lo largo del presente capítulo se analizarán estos factores para examinar cómo las TIC pueden dar respuesta a esta situación, convirtiéndose en elementos clave para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Documentación clínica: historia clínica electrónica

Tradicionalmente registrar (escribir) lo que el profesional sanitario llevaba a cabo no ha sido un objetivo fácil de conseguir. Todo lo que no se escribe o no se registra no puede ser medido, evaluado o analizado puesto que, al no existir constancia documental, es como si no se hubiera llevado a cabo. Los sistemas sanitarios documentan la relación con los usuarios mediante la historia clínica, documento que debe adaptarse a las características de complejidad que caracterizan la prestación de los servicios sanitarios y las demandas de los usuarios. La historia clínica era en su inicio un instrumento médico, después se centraba en cada especialidad, posteriormente se configuraba y confeccionaba a partir del centro sanitario o la institución para finalmente centrarse en el paciente. La historia clínica se define como el registro longitudinal en el que se almacenan los datos generados en la relación entre un paciente y una institución sanitaria. Este registro recoge datos que van desde el nacimiento de la persona hasta su defunción, sobre todos los hechos relativos a su salud, ya sean asistenciales o preventivos. En él se detallan, además de los datos clínicos referidos a las situaciones de salud o enfermedad, los antecedentes personales, la herencia, los hábitos de la persona su constitución fisiológica, cuestiones psicológicas, el ambiente en el que desarrolla su vida y la etiología de la enfermedad, si es el caso. Entre los documentos que componen la historia clínica están los que plasman las consideraciones, observaciones y juicios clínicos de los profesionales sanitarios, por lo que estos do-

CUADRO 12.1

Contenidos de la historia clínica electrónica

- Diagnósticos
- Medicación prescrita
- Vacunación
- Documentos de información clínica
 - Informe de alta de hospitalización
 - Informe de consulta de especialidades
 - Informe de atención de urgencias
 - Informe de consulta de atención primaria
 - Informe de resultados de pruebas de laboratorio
 - Informe de resultados de pruebas de imagen
 - Informe de cuidados de enfermería
 - La historia clínica resumida
- Imágenes de exploraciones diagnósticas
- Información procedente de las bases de datos corporativas de las administraciones sanitarias

cumentados pueden utilizarse como prueba para evaluar una actuación negligente o diligente ante la justicia. La historia clínica es un instrumento que también se ha usado como fuente de información para la investigación clínico-epidemiológica y para el análisis de los procesos de gestión con el objetivo de mejorar la calidad asistencial (Hayrinen et al., 2008; Grau et al., 2008) (cuadro 12.1).

Con la irrupción de la tecnología digital se pasó del registro en papel (historia clínica) al registro informatizado o electrónico de las actividades de los profesionales sanitarios. La implementación mayoritaria de las TIC en el entorno sanitario (Cugota, 2007) ha llevado a superar, en gran parte, los registros en papel y al desarrollo de versiones digitales o electrónicas de la historia clínica; es lo que se conoce como historia clínica informatizada o historia clínica electrónica (HCE), que es el término más comúnmente aceptado.

La HCE es un instrumento adecuado para, además de garantizar las prestaciones que ya proporciona la historia clínica en papel, resolver eficazmente situaciones de descoordinación y de duplicidad en los procedimientos y ser un elemento relevante a la hora de prestar una asistencia eficaz en un entorno que, como ya se ha dicho anteriormente, se caracteriza por su elevada complejidad.

Los datos almacenados en este soporte electrónico pueden consultarlos en diferentes momentos y puntos asistenciales las personas autorizadas y a las que el paciente dé su consentimiento. La HCE es un instrumento articulador imprescindible para la coordinación, ya que garantiza la interacción entre todos los niveles de asistencia del sistema y asegura la continuidad en la atención sanitaria. La HCE ha de proporcionar también una mejora en la distribución y gestión de los tiempos asistenciales, al permitir aumentar el tiempo de dedicación directa a los pacientes disminuyendo las actividades administrativas (Poissant et al., 2005).

El registro informatizado de los cuidados y las actividades asistenciales facilita simultáneamente su evaluación: esta es una de sus potencialidades más efectivas al disminuir la complejidad y el elevado esfuerzo que conllevaba la acción evaluadora antes de su implementación. La evaluación es uno de los elementos clave para garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. La HCE permite

disponer de gran cantidad de información almacenada electrónicamente para evaluar e investigar todos aquellos elementos relevantes que puedan aportar una mejora del proceso asistencial y, por tanto, de la salud de la comunidad.

Los profesionales sanitarios deben desempeñar un papel relevante en el diseño, desarrollo y mejora de los dispositivos de HCE, tanto desde la perspectiva de la documentación y de los registros introducidos, como desde el punto de vista aplicativo. Además, para asegurar una buena predisposición y motivación positiva hacia estas herramientas debe garantizarse la formación y el apoyo a los profesionales que manejarán la HCE (Eley et al., 2008; Gruber et al., 2009).

La historia clínica registra longitudinalmente la relación entre el sistema sanitario, sus instituciones y centros y el usuario, y consigna los datos que genera.

A lo largo de los últimos años se han desarrollado diversos tipos de HCE en diferentes territorios (países anglosajones, del norte de Europa, Japón, etc.), en distintos entornos asistenciales (atención primaria de salud, atención especializada, etc.) y para diferentes perfiles profesionales (enfermeras médicos, etc.). Algunos de estos modelos de HCE se caracterizan por focalizarse en los registros que sirven de guía a las tareas de los profesionales sanitarios, otros están diseñados teniendo en cuenta las necesidades de las instituciones sanitarias, y también existen aquellos que se caracterizan por un registro de los acontecimientos asistenciales centrados en el paciente, desde su nacimiento hasta su defunción (Jha et al., 2008).

La HCE permite que exista un solo registro, único para cada paciente, en el que se incluye todo su historial de salud.

La historia clínica de atención primaria (HCAP) es un recurso de información fundamental. Es el documento más importante en el que se almacena la mayor parte de la información que manejan los profesionales y gestores sanitarios de este nivel asistencial. La misión de la HCAP es ordenar la información para poder ofrecer atención al paciente, la familia y a la comunidad, así como favorecer la investigación y la evaluación de los servicios. Posibilita, por un lado, atender a un paciente concreto y, por otro, plantear actividades comunitarias. En el ámbito de la atención primaria, la HCE supo un importante valor añadido, que es la posibilidad de disponer, gracias a la tecnología y a las TIC, de una única historia clínica para cada persona, centrada en el paciente y longitudinal.

El registro de las actividades refleja las necesidades de salud del paciente, la asistencia prestada por los profesionales sanitarios y, además, es un instrumento legal. Los profesionales sanitarios necesitan tener acceso a esta información en cualquier momento, lugar o ámbito asistencial para poder tomar decisiones y actuar como verdaderos agentes de salud para el paciente, disponiendo de toda la información clínica sanitaria de este. El registro

permite poner en valor el trabajo de los profesionales para estudiar, investigar y evaluar, y también se puede convertir en un mecanismo de mejora e innovación de los cuidados de salud que los profesionales prestan en la atención primaria; todo ello en un entorno con más protagonismo del paciente y compartiendo información entre todos los agentes sanitarios involucrados en los procesos de atención de salud del enfermo. Con esta perspectiva se incluyen, de manera general y con algunas variaciones según el diseño específico de cada HCE, documentos de información clínica, diagnósticos, medicación prescrita, vacunación, imágenes de exploraciones diagnósticas e información procedente de las bases de datos corporativas de las administraciones sanitarias. También se van incorporando paulatinamente otros documentos e información a los aplicativos de la HCE.

Finalmente, hay que considerar la interoperabilidad, entendida como un lenguaje común que facilite compartir la información contenida en las HCE, y la capacidad de las redes de comunicación, aspectos necesarios para un funcionamiento óptimo de la HCE. Al igual que tradicionalmente la composición de la historia clínica ha estado influida por las tendencias socioculturales de la época, es fácil suponer que en el futuro la HCE lo estará también por el desarrollo de los instrumentos tecnológicos pensados para las necesidades asistenciales y por la capacidad creciente de los usuarios en el manejo de dichos dispositivos. Es por ello que la HCE plantea nuevas perspectivas, retos y elementos a analizar en su puesta en práctica en los sistemas sanitarios, tanto desde la perspectiva de su utilidad clínica como de su capacidad para resolver problemas y dificultades relacionados con la gestión (cuadro 12.2).

La HCE es un instrumento útil para resolver problemas de descoordinación y duplicidad en los procedimientos asistenciales. En un entorno de elevada complejidad permite prestar cuidados de salud de forma eficiente.

Imagen médica

La imagen médica se ha convertido en uno de los recursos imprescindibles para resolver de manera rápida y eficaz los problemas de salud de los pacientes; es una pieza clave en el complejo engranaje del proceso asistencial. Se entiende como imagen médica tanto la radiológica como la no radiológica, además de las grabaciones y los informes correspondientes a las exploraciones y técnicas que,

CUADRO 12.2

Ventajas de la historia clínica electrónica

- Mejora del servicio sanitario
- Disminución de duplicados de pruebas clínicas
- Acceso de los ciudadanos a su historial de salud
- Facilita la labor de los profesionales sanitarios
- Mejora la continuidad asistencial
- Mejora el acceso a información de salud relevante
- Mejora la comunicación entre los profesionales
- Ofrece seguridad de los datos

CUADRO 12.3 Imagen médica

- Imagen médica radiológica:
 - Radiología
 - Tomografía computarizada
 - Resonancia magnética
 - Medicina nuclear
 - Densitometría
 - Ecografía
 - Radiología vascular
- Imagen médica no radiológica (registros médicos):
 - Electrocardiograma
 - Electroencefalograma
 - Espirometrías
 - Fondo de ojo
 - Dermatología
 - Constantes vitales
- Grabaciones de técnicas:
 - Endoscopias
 - Técnicas de intervencionismo vascular
- Informes correspondientes a las diferentes exploraciones y técnicas de imagen

aunque no son imágenes propiamente dichas, son elementos esenciales de información del paciente a la hora de emitir un informe (cuadro 12.3).

La imagen médica engloba la imagen radiológica, las grabaciones de exploraciones funcionales y la no radiológica, compuesta por fotografías y registros médicos.

Los departamentos de diagnóstico por la imagen han experimentado grandes cambios en los últimos años. El primero fue la posibilidad de revelar sin necesidad de cuarto oscuro, de manera automática y con luz de día. Otro, más reciente, y sin duda de mayor trascendencia, ha sido el paso de la radiología analógica a la radiología digital. Quizá este es uno de los hitos más relevantes en el campo de la radiología y de los sistemas de adquisición de imagen. La digitalización del proceso diagnóstico y la posibilidad de almacenar las imágenes médicas han supuesto una auténtica revolución. Es necesario pensar en los antecedentes, todavía cercanos, de la imagen médica digitalizada, con el uso de tecnología analógica, con placas radiográficas con un coste elevado, reveladoras que generaban residuos, almacenaje de las exploraciones en sobres de voluminosas historias clínicas en papel y una larga lista de inconvenientes, para darse cuenta de la importancia y la trascendencia que ha tenido para los centros y las organizaciones sanitarias la digitalización de las imágenes médicas. Su ventaja más evidente es proporcionar un acceso inmediato y fácil a las imágenes e informes de las exploraciones diagnósticas que se encuentran almacenadas en repositorios digitales denominados PACS (almacenamiento y comunicación de imágenes radiológicas). La disponibilidad de las imágenes y, en definitiva, de la información clínica relevante integrada en la HCE del paciente se convierte en un elemento de vital importancia para el transcurso clínico de la persona y permite una gestión más eficaz de cada situación clínica. Además de esta clara ventaja para el paciente, existen otras derivadas de la

digitalización también para el profesional sanitario y para la gestión de las organizaciones sanitarias. Este proceso tiene trascendencia no únicamente en el día a día del diagnóstico por la imagen (p. ej., en la reducción de repeticiones en las exploraciones que basan la obtención de la imagen en la radiación, con la consiguiente reducción de la cantidad de emisión que recibe el paciente) sino también en las ventajas de esta evolución digital en aspectos tanto organizativos como de costes, que se reducen significativamente.

La digitalización del proceso diagnóstico y la posibilidad de almacenar las imágenes médicas han supuesto una auténtica revolución que permite un mejor acceso a las exploraciones diagnósticas.

En este capítulo dedicado a las TIC en un entorno de ciencias de la salud y de atención comunitaria, merecen una especial consideración la telemedicina y la teleasistencia médica. La base de la teleasistencia, en cualquiera de sus modalidades, es la posibilidad de acceder en cualquier momento y lugar a la información clínica del paciente. La comunicación en tiempo real entre profesionales de una institución (teleconsulta) permite disponer de los especialistas en cada área de manera inmediata. Asimismo, la telemonitorización de determinados pacientes con patologías concretas es una oportunidad que brinda la teleasistencia. Esta comunicación puede ser de profesional a profesional, de profesional a profesional y paciente y de profesional a paciente directamente (fig. 12.1).

La telemedicina y la teleasistencia son oportunidades de mejora para el diagnóstico, la asistencia y el cuidado que propician la digitalización de la imagen médica y la integración de la información clínica del paciente.

El acceso de manera remota al historial de salud del paciente abre un importante abanico de opciones asistenciales, por ejemplo en el caso de situaciones de urgencia

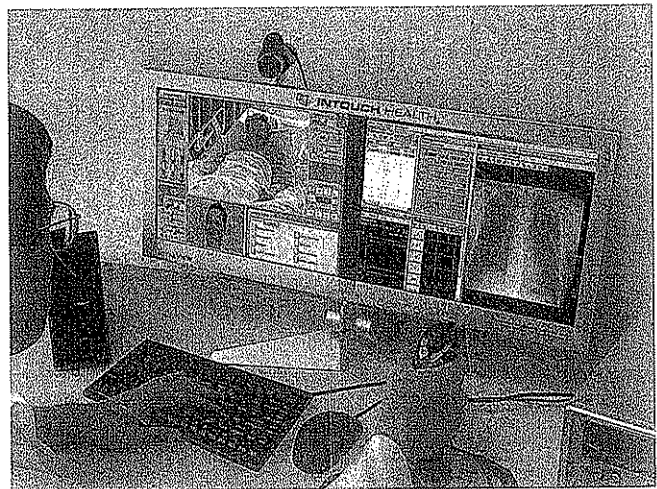


FIGURA 12.1 ■ Telemedicina y teleasistencia médica.

o en los centros que no disponen de todos los especialistas para interpretar una imagen diagnóstica a partir de la cual hay que tomar decisiones terapéuticas. En cualquier caso, por lo que respecta a la evolución de este escenario, es inevitable la incorporación del telediagnóstico y la telemedicina en la cartera de servicios que ofrecen los centros de imagen diagnóstica o las organizaciones sanitarias. Es inevitable pensar no solo en clave de diagnóstico sino también en la globalidad de la asistencia al paciente, que no se puede llevar a cabo con garantías sin ofrecer al profesional sanitario el máximo de información del enfermo, lo que permite la HCE como repositorio o nexo integrador de todos sus datos clínicos. En definitiva, la comunicación entre profesionales de diferentes niveles asistenciales para elaborar diagnósticos en aquellos problemas menos habituales o más complejos disponiendo de los expertos más adecuados en cada caso es otra oportunidad que brinda la teleasistencia.

Además de estas ventajas, el mundo digital abre multitud de posibilidades, algunas ni tan siquiera exploradas, sobre cómo aprovechar el acceso y la disponibilidad de las imágenes médicas. Entre ellas se distinguen las que hacen referencia a la utilización de repositorios de imagen médica como fuente para la investigación y la innovación de los procedimientos diagnósticos, así como las posibilidades de formación y consulta que plantea el hecho de disponer de una cantidad muy levada de imágenes en un repositorio. El desarrollo de estas plataformas, basadas en las imágenes y estudios guardados, ofrece la posibilidad de crear centros virtuales de estudio de patologías prevalentes, sistemas de ayuda al diagnóstico y formación de los profesionales del diagnóstico por la imagen y de los clínicos, entre otras. Por último, se plantean también nuevas oportunidades relacionadas con la sostenibilidad, eficacia, calidad y acceso a la atención sanitaria de la población como resultado de este entorno de imagen digital compartida (Donoso y Martínez, 2010).

La digitalización de la imagen plantea oportunidades relacionadas con la sostenibilidad, eficacia, calidad y acceso a la atención de la población y con el desarrollo de plataformas de conocimiento para los profesionales.

Prescripción electrónica

La prescripción electrónica o receta electrónica permite que, cuando el paciente acude al centro de salud y tras la exploración y el diagnóstico se le pautan una medicación, pueda ir a la oficina de farmacia donde, mediante la lectura de un dispositivo (generalmente la tarjeta sanitaria), se le dispensará la medicación correspondiente sin necesidad de receta escrita en papel.

Este sistema supone grandes ventajas en todo el proceso de prescripción de medicación. Para el paciente supone una herramienta centrada en sus necesidades, que mejora la calidad asistencial y que aporta más seguridad en todo el proceso de prescripción y dispensación de los medicamentos. El sistema de dispensación convencional presentaba dificultades en cuanto a la información escrita por el médico en la receta que el farmacéutico debía inter-

pretar, con el riesgo que esto supone para la seguridad del paciente por la posibilidad de errores. La prescripción electrónica los evita y disminuye otros como los relacionados con las interacciones medicamentosas, las duplicidades y las sobredosificaciones.

Para los profesionales, la prescripción electrónica es uno de los ejemplos de cómo las TIC pueden reducir o minimizar, en gran medida, el tiempo que estos dedican a trámites y procesos administrativos que, en muchas ocasiones, son vividos por los pacientes como una de las grandes barreras entre ellos y el sistema sanitario, posibilitando incrementar el tiempo dedicado a la visita clínica. También permite poner más énfasis en el propio plan terapéutico de cada paciente y facilitar así que este se corresponsabilice más intensamente con el mismo.

La dispensación electrónica va más allá de la mera informatización del proceso, significa también disponer de más cantidad de datos para evaluar y evitar fraudes en el proceso de dispensación de medicamentos.

La prescripción electrónica reduce el tiempo que los profesionales sanitarios dedican a trámites y procesos administrativos que los pacientes perciben en muchas ocasiones como una de las grandes barreras entre ellos y el sistema sanitario.

Todo ello se traduce en ventajas en cuanto a la disminución de presencia de los pacientes en los centros asistenciales y por tanto mejora la accesibilidad porque reduce esperas en procedimientos administrativos con poco impacto en la atención al paciente.

Conclusiones

La aplicación de las TIC a la práctica sanitaria está ampliamente implementada y desarrollada. La imagen médica y la información clínica digital están disponibles, con una u otra solución tecnológica, a través de la HCE, que es el nexo que vertebra toda la información clínica y sanitaria del paciente a partir de la interoperabilidad entre todos los dispositivos del sistema y de redes de comunicación eficientes que permiten el flujo de información.

Esta situación propicia, además de las ventajas descritas con anterioridad, un profundo cambio de mentalidad, con importantes modificaciones en los flujos de trabajo en los centros asistenciales y en las relaciones entre los sistemas sanitarios y la comunidad a la que prestan sus servicios de salud. Esta nueva perspectiva, en un entorno con altos grados de compartir y disponer de la información de salud de los usuarios, plantea retos y algunos riesgos pero también muchas oportunidades para usuarios, profesionales y organizaciones sanitarias.

Compartir la imagen y los datos de salud, en todos los niveles asistenciales, por parte de todos los profesionales de la salud en cualquier momento teniendo en cuenta los niveles de seguridad y confidencialidad de los datos, redundan en una mayor calidad del proceso asistencial del paciente y mantiene y mejora el nivel de salud de la comunidad, que al final es el objetivo primordial de todo sistema sanitario.

La aplicación de las TIC supone un profundo cambio de mentalidad, importantes cambios en los flujos de trabajo en los centros asistenciales y en las relaciones entre los sistemas sanitarios y la comunidad.

I-SALUD: ATENCIÓN PERSONALIZADA DE SERVICIOS DE SALUD

Uno de los retos en la implementación de las TIC en el ámbito de la salud es la capacidad para implicar activamente al paciente en su proceso asistencial. La capacitación del ciudadano, por lo que respecta a su salud, se ha visto modificada sustancialmente con la incorporación de las TIC. En la actualidad se ha pasado de un entorno de aplicación de las TIC en la práctica sanitaria con uso de internet, creación de plataformas de telemedicina, implementación de la HCE o desarrollo de la prescripción electrónica, a la necesidad de plantear y pensar en la personalización de los servicios sanitarios. Utilizando como base la portabilidad y la conectividad que brindan los diferentes dispositivos y las herramientas TIC se consigue inmediatez en el acceso a los datos, adaptación de los servicios y la información sanitaria a las necesidades y características de la comunidad en la que se presta el servicio de salud, atención más personalizada y, en definitiva, una mayor corresponsabilización y participación del paciente en el cuidado, mantenimiento y mejora de su salud.

Integración

La integración se puede definir como la capacidad de los sistemas y dispositivos para reunir toda la información de salud relevante del paciente en un único acceso, soporte o aplicativo. Para conseguir este objetivo se utilizan estándares que permiten integrar los múltiples y complejos elementos con protagonismo en el proceso asistencial. Sirva como ejemplo, tal como se adelantaba en el apartado dedicado a la imagen médica, la necesidad de integrar en una misma solución informática o tecnológica la imagen y la información clínica del paciente.

Uno de los problemas más extendidos es la elevada fragmentación entre los niveles asistenciales y los servicios y cuidados de salud que se prestan al ciudadano. Aunque no es objeto del presente trabajo, la integración es uno de los primeros pasos para solucionar este problema común a muchos sistemas sanitarios.

La información generada y gestionada por los sistemas de información es amplia y se puede considerar en dos grandes grupos que están integrados y que en realidad no son distintos. Un grupo lo forman los datos de información clínica necesarios para conocer los antecedentes, realizar la exploración o solicitar exploraciones complementarias. Otro grupo lo conforman los datos o la información necesaria para la gestión administrativa, los registros relacionados con la actividad que, desde un punto de vista general de la institución sanitaria, son necesarios para el control y análisis de todo el proceso.

La integración de toda la información y su disponibilidad en todos los puntos facilitan una atención de calidad, permite el acceso de todos los agentes a los recursos y la resolución de los problemas de salud, mejora y amplía los

sistemas de información y programación de pacientes y minimiza al máximo los tiempos de espera y los trámites de gestión administrativa potenciando la eficiencia. Unificar los procesos de atención asistencial en todos los niveles asistenciales posibilita, entre otras cosas, el diseño de programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, así como la revisión crítica los procesos de solicitud de servicios y de facturación optimizando la gestión al coordinar e integrar a todos los agentes de salud que participan en el proceso de atención y el acceso del paciente al sistema en cualquiera de sus niveles asistenciales de manera rápida, segura y cómoda.

Un objetivo primordial es integrar todas las plataformas con el fin de que el profesional y el ciudadano puedan acceder a los servicios desde cualquier lugar, momento y punto asistencial.

Innovación

Las TIC se han perfilado como un importante ámbito empresarial que, en el contexto económico actual, puede actuar como un sector generador de valor. Diversos informes señalan las oportunidades que plantea este escenario económico y de promoción de la actividad económica (FOBSIC, 2009).

La introducción de las TIC en el ámbito sanitario no es un proceso aislado, se enmarca en el contexto general de innovación y desarrollo que, en las últimas décadas, está afectando a muchos campos del conocimiento y de los servicios. En el sector salud es un fenómeno relativamente reciente, pero muestra una rápida velocidad de progresión (AETIC, 2009; FENIN, 2006).

Las TIC son un importante sector empresarial que puede actuar como un generador de valor y de promoción de la actividad económica.

Para conseguir resultados en este ámbito es preciso invertir recursos. Las administraciones sanitarias han sido conscientes, durante los últimos tiempos, de que un porcentaje bajo de inversión en TIC jamás se traduciría en resultados relevantes para las organizaciones sanitarias. Sin embargo, las experiencias que a lo largo del presente capítulo se han ido explicando demuestran la elevada efectividad de la inversión en TIC en sanidad y la obtención de resultados en forma de servicios y cuidados de salud más sostenibles a la vez que más eficaces y generadores de calidad para la comunidad.

Actualmente ningún agente sanitario se plantea un escenario de trabajo asistencial de gestión de educación para la salud o cualquier otro relacionado con la atención familiar y comunitaria sin un importante protagonismo de las TIC y la E-Salud. Invertir en sistemas innovadores que tienen como punto de partida o base las TIC mejora las relaciones entre todos los agentes de salud, favorece la continuidad asistencial, fomenta el cuidado de la propia salud y sirve de apoyo a las actividades de los profesionales sanitarios (Cugota, 2007) (cuadro 12.4).

CUADRO 12.4

Ventajas más destacadas de la digitalización de la imagen médica

VENTAJAS PARA EL PACIENTE

- Disponibilidad de sus exploraciones e informes correspondientes
- Menos pruebas (en el caso de las exploraciones con radiación esto supone menos radiación (más seguridad para el paciente)
- Modelo adaptado a las necesidades
- Accesibilidad

VENTAJAS PARA EL PROFESIONAL

- Posibilidad de disponer de las imágenes
- Asesoramiento e interconsulta con otros profesionales
- Telerradiología
- Sistemas de ayuda al diagnóstico
- Compartición del conocimiento y trabajo colaborativo

VENTAJAS PARA LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

- Más continuidad asistencial
- Menos costes derivados del proceso diagnóstico por el ahorro de placa radiográfica
- Menos costes derivados de las repeticiones
- Minería de datos
- Aprovechamiento de los recursos para hacer el sistema más sostenible

Impacto de la atención personalizada**En los profesionales sanitarios**

Los profesionales sanitarios son el vínculo primordial entre el paciente y el sistema sanitario. Con la incorporación de nuevas herramientas de gestión que impliquen a los profesionales y a los usuarios en su relación durante el proceso de diagnóstico y terapéutico y, en general, durante toda la acción asistencial, es preciso valorar seriamente las implicaciones que este hecho supone en relación con la formación de los profesionales sanitarios que las utilizan. Para conseguir niveles de formación óptimos deben plantearse estrategias que potencien la motivación por el aprendizaje y que incentiven el uso de aplicativos, ayudando al mismo tiempo a los profesionales a entender la utilidad de estos.

En este contexto, los profesionales sanitarios deben atender a unos usuarios/pacientes que pueden acceder de forma continua e ilimitada a toda la información referida a sus problemas de salud y proceso asistencial, lo que va a generar sin duda cambios en las necesidades y demandas que planteen a los profesionales.

La personalización de la atención permitirá incrementar la calidad del proceso asistencial y centrarlo más claramente en un enfermo que asumirá, sin duda, un papel mucho más activo que hasta ahora en todos los ámbitos, desde la prevención hasta el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de sus problemas y necesidades de salud.

En este sentido, las TIC facilitan el desarrollo de una asistencia más participativa e integrada en la que el profesional y el paciente forman parte de una red de personas y servicios que, al compartir la información, desarrollan un trabajo más colaborativo (Department of Health and Human Services, 2008).

La utilización de las TIC ofrece una atención y unos cuidados más personalizados a los pacientes, reduciendo tiempo en los procesos administrativos.

En los ciudadanos

La incorporación de las TIC ha revolucionado la atención de salud a la comunidad, mejorando su fluidez e interactividad. La personalización de la asistencia permitirá su mejor adaptación a las necesidades de unos ciudadanos con mayor movilidad geográfica y mucho más activos y responsables en sus interacciones con el sistema sanitario.

En general, los ciudadanos demandan ahora más información sobre cualquier tema relacionado con su salud particular, de sus familiares y de la comunidad, así como sobre temas relacionados con su participación en el cuidado de la misma. No hay que perder de vista el crecimiento, sobre todo en la población más joven, del uso y acceso a recursos telemáticos (móviles, internet, etc.) en busca de información o asesoramiento en temas relacionados con la salud.

Las ventajas para el paciente en un entorno personalizado son evidentes y han sido apuntadas con anterioridad: la disponibilidad de las exploraciones y de la información clínica en general en cualquier momento o punto asistencial, la eliminación de desplazamientos y esperas innecesarias, la reducción de procedimientos y exploraciones innecesarios por falta de información adecuada y la evitación de duplicidades, entre otras. Asimismo, la equidad en el acceso y la gestión del tiempo que el paciente utiliza en su relación y contacto con el sistema sanitario se ven beneficiadas en este nuevo contexto. A título de ejemplo podemos citar la gestión telemática de trámites, demanda de programación de visita, seguimiento de pacientes crónicos, control en domicilio de pacientes posquirúrgicos, el uso de internet y el correo electrónico, así como los foros y las comunidades virtuales de pacientes que cada vez tienen más relevancia para el desarrollo de la salud comunitaria y de las consultas a través de la red virtual.

Las TIC plantean oportunidades para el ciudadano de participación en clave comunitaria con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Muchas administraciones sanitarias han desarrollado también herramientas para que el paciente pueda acceder a su información de salud: son las llamadas carpetas, canales o portales de salud. Se caracterizan por ser un servicio multicanal, basado en internet, que permite al ciudadano, mediante una identificación fiable, acceder a información, realizar trámites, recibir noticias, datos y alertas, participar en comunidades virtuales de pacientes y crear sus propios contenidos. Desde el enfoque comunitario esta herramienta plantea grandes oportunidades de participación en actividades de promoción y educación para la salud o de acompañamiento y apoyo a otros pacientes con problemas similares. Estos dispositivos nacen pensados y centrados en el ciudadano, con alta seguridad en cuanto a la

confidencialidad y con facilidades de utilización y manejo, permiten aumentar la calidad de la atención sanitaria y la coordinación entre las diferentes líneas asistenciales y favorecen la corresponsabilidad y participación de la ciudadanía.

Los ciudadanos exigen más transparencia, más capacidad de elección y participación en la toma de decisiones, y las administraciones sanitarias han de responder a estas peticiones. No cabe duda de que la manera como se establece la relación entre el paciente y el sistema en un entorno con uso de las TIC depende, en gran medida, de la capacidad de estas nuevas plataformas para mejorar la conexión con el paciente.

Las TIC plantean oportunidades para el ciudadano de participación en clave comunitaria con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En los gestores

La gestión sanitaria se desarrolla habitualmente en un contexto tensionado por el incremento del gasto, la disminución de los recursos disponibles y la necesidad de conseguir eficiencia organizativa por parte de las instituciones sanitarias. Obviamente, la E-Salud y la I-Salud plantean, además de muchas posibilidades y oportunidades de mejora, limitaciones e inconvenientes que los gestores y las organizaciones sanitarias han de minimizar. No es posible conseguirlo sin la cooperación e implicación de todos los sectores y agentes con un papel en el sector salud. La situación sociosanitaria en los países desarrollados se caracteriza por un aumento y envejecimiento de la población y mayor número de personas con enfermedades crónicas y pluripatología que requieren cuidados de elevada complejidad junto con una demanda de atención creciente y un nivel de exigencia elevado por parte de los usuarios del sistema de salud. Esta elevada demanda de servicios de salud y la actual situación económica con escasos recursos disponibles y la imparable aparición de nuevas tecnologías y avances científicos relacionados con el mundo de la salud plantean importantes interrogantes sobre la sostenibilidad de los sistemas sanitarios (PricewaterhouseCoopers, 2008; OCDE, 2007).

Las TIC se muestran decisivas en este entorno *a priori* difícil y complicado de gestionar para conseguir mayor equidad, mejor acceso y garantía de sostenibilidad del sistema sanitario, pese a las dificultades del contexto demográfico, asistencial y social. La necesidad de encontrar estrategias que faciliten una mayor capacidad de gestión y organización de las cuidadas, permitiendo organizar mejor el tiempo, a la vez que se controla la presión asistencial del sistema y sus profesionales son los grandes retos que se afrontan (TicSalut, 2009).

Estos retos no son los únicos, puesto que los gestores al frente de las organizaciones sanitarias se enfrentan también a la necesidad de implicar al ciudadano en el cuidado de su salud de manera proactiva, integrar niveles asistenciales, crear nuevas infraestructuras y, en definitiva, desarrollar nuevos modelos organizativos pensados para satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos y la comunidad en la que se hallan.

En el terreno más operativo, una vez asimiladas las expectativas generadas por las TIC, la interoperabilidad entre todos los dispositivos, las redes de comunicación potentes con capacidad de trasladar la información y herramientas sencillas y utilizables son elementos imprescindibles para asegurar el éxito de las TIC en el ámbito sanitario.

No se puede dejar de mencionar el reto que representa la seguridad y confidencialidad de los datos de los sistemas TIC en sanidad, en relación precisamente con la mayor disponibilidad de la información y la posibilidad que tienen de compartirla con todos los profesionales implicados en el proceso asistencial. Este aspecto tecnológico está solucionado y no plantea problemas si se siguen los protocolos previstos a tal efecto.

En nuestro mundo globalizado aún se mantienen ámbitos como la salud y la calidad de vida de las personas con diferencias importantísimas. En un contexto de interrelación entre todos los rincones del planeta, las TIC se perfilan también como instrumentos capaces de generalizar (globalizar) un mínimo de condiciones para obtener niveles aceptables de salud. Desde un punto de vista comunitario, los aspectos sociales, económicos y de medio ambiente son fundamentales para alcanzar niveles óptimos de salud. La atención primaria de salud puede actuar como catalizador para conseguir la transformación de los sistemas sanitarios y, desde su visión multifactorial de la salud, aportar elementos de reflexión para solucionar las importantes desigualdades todavía existentes.

En definitiva, los gestores han de desarrollar modelos sostenibles, modernos y que permitan una racionalización del gasto sin que ello repercuta en una disminución de la calidad de la atención sanitaria, permitiendo que cada vez más personas gocen de un mejor nivel de salud (Martín Zurro y Cano Pérez, 2008) (cuadro 12.5).

La interoperabilidad, las redes de comunicación con capacidad de trasladar la información y herramientas sencillas y utilizables son elementos imprescindibles que garantizan el éxito de las TIC en la salud.

Conclusiones

La integración de la E-Salud y la I-Salud en los sistemas sanitarios es uno de los elementos que aseguran el éxito ante los retos planteados, teniendo en cuenta que las TIC

CUADRO 12.5 Beneficios de invertir en sistemas innovadores en E-Salud

- Mejoran las relaciones entre los agentes de salud
- Fomentan el autocuidado del usuario
- Favorecen la continuidad asistencial
- Incrementan la equidad
- Universalizan la atención sanitaria
- Aumentan la eficiencia y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios
- Creación de plataformas de conocimiento para profesionales y usuarios

son herramientas para mejorar la salud y no únicamente un producto más, aunque desde el punto de vista económico son fuente de innovación y generan valor.

La atención comunitaria es una de las disciplinas del ámbito de la salud que más se puede beneficiar del contexto descrito a lo largo del capítulo. Desde el punto de vista de la organización sanitaria, la introducción de las TIC propicia la consecución de uno de los retos clásicos de los sistemas sanitarios como es la descentralización de los grandes centros asistenciales. Es evidente que la atención primaria de salud tiene en la comunidad el punto de intervención y de referencia. El acercamiento a este ámbito y al domicilio de las personas de los cuidados de los servicios de salud que las TIC facilitan servirá como elemento de mejora en el acceso, la equidad y el equilibrio entre los diferentes niveles asistenciales, redistribuyendo la demanda y organizándola de manera más coherente y más centrada en las necesidades del paciente y no tanto en las estructuras de los niveles asistenciales.

También la redefinición de la atención primaria de salud que se está llevando a cabo en los servicios sanitarios de los países desarrollados tiene relación con este contexto tecnológico, social y económico que habrá de adaptarse a las necesidades y escenarios de los sistemas de pago y financiación. La redefinición y la reorganización en los tiempos, las funciones y la gestión en este nivel asistencial son necesarias para que los profesionales sanitarios puedan disponer de más tiempo para el paciente. El equipo de atención primaria puede verse beneficiado del trabajo colaborativo que las TIC ponen en bandeja.

El reto tecnológico está conseguido. Ahora el reto es, por un lado cómo se incorporan a los sistemas sanitarios y cómo se financian, pese a no ser caras suponen un coste, y por otro el cambio de mentalidad necesario para que tengan éxito. Las tendencias en E-Salud, desde el punto de vista de interoperabilidad, telemedicina y teleasistencia, han sido una respuesta a la necesidad de trabajo colaborativo, con la HCE, los repositorios de imagen y la prescripción electrónica como elementos clave de este proceso. A ello se suma una importante movilidad de las personas, que ya no están durante toda su vida en el mismo lugar geográfico o comunidad, y como consecuencia de ello se necesitan sistemas que permitan disponer de toda su información sanitaria independientemente del lugar en el que se encuentren.

La construcción de plataformas de conocimiento, centradas en el ciudadano, para dar valor a la información recogida y almacenada es una buena manera de conseguir los objetivos planteados. Este entorno complejo, sobradamente descrito desde todos los puntos de vista sociales, económicos, etc., ha estado marcado por el desarrollo de sistemas de comunicaciones eficaces, de herramientas informáticas y, sobre todo, por los cambios organizativos que, finalmente, son necesarios para que estas innovaciones sean aplicables, implementables y adaptables a cada contexto asistencial y en definitiva a cada comunidad o territorio de salud.

A los profesionales sanitarios les esperan importantes retos formativos y de adaptación; sin embargo, este panorama ofrece grandes oportunidades de mejora en la relación y en la manera en que los ciudadanos y las comunidades mantienen y mejoran su salud.

La salud en línea o la atención virtual son ya y serán todavía más en un futuro inmediato elementos clave para aportar sostenibilidad a los sistemas sanitarios y para extender la cobertura universal de salud a la comunidad. Los estados han de plantearse cómo integrar salud y servicios sociales como colofón para dispensar un cuidado integral a los ciudadanos que no entienda de separaciones organizativas.

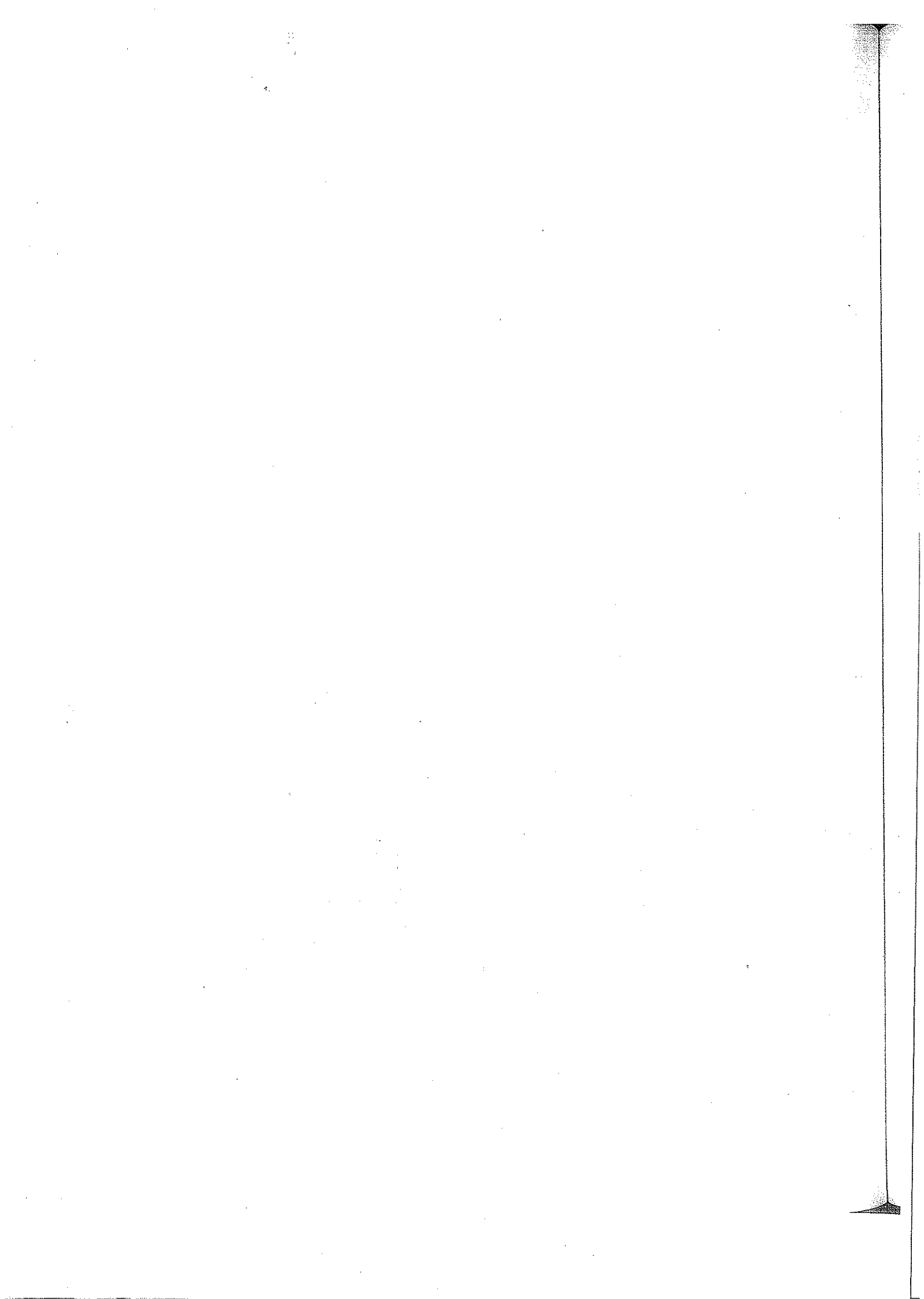
La atención comunitaria es una de las disciplinas que se verá más beneficiada con la integración de la E-Salud y la I-Salud en el sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

- Cugota L. TicSalut, la revolució digital al servei de les persones. Exemples d'innovació al Sistema Català de Salut. Barcelona: Infonomia; 2007.
- Se exponen exemples de sistemes de cuidat de salut basats en eines TIC com processos assistencials i telemedicina, sistemes de informació, història clínica i accessibilitat i tècniques diagnòstiques i terapèutiques
- Donoso L, Martínez C. Sistemas de información en radiología. In: Pedraza S, Del Cura JL, Gayete A, editors. Radiología Esencial. 1.ª ed. Madrid: Panamericana; 2010. p. 1825-38.
- Se exponen sistemes de informació utilitzats actualment a la majoria de departaments de imatge. Se analitza el impacte de sistemes de informació en la gestió assistencial i la repercussió assistencial
- Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J, editors. Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. 7.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- Manual de referencia en salud pública y atención comunitaria. Obra clásica actualizada con temas que incorporan los avances conceptuales, organizativos y científico-técnicos característicos de la atención primaria de salud.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- AETIC. Las tecnologías de la información y las comunicaciones en la empresa española 2009. Madrid: Everis; 2009.
- Cugota L. TicSalut, la revolució digital al servei de les persones. Exemples d'innovació al Sistema Català de Salut. Barcelona: Infonomia; 2007.
- Department of Health and Human Services. Office of the National Coordinator for Health Information Technology. Defining key health information technology terms. USA: Department of Health and Human Services; 2008.
- Eley R, Fallon T, Soar J, Bulkstra E, Hegney D. The status of training and education in information and computer technology of Australian nurses: A national survey. J Clin Nurs 2008;17:2758-67.
- FENIN. E-salud 2020 estudio de perspectiva. Madrid: Fundación OP-TIN; 2006.
- FOBSIC. El sector empresarial de les tecnologies de la informació i la comunicació a Catalunya. Barcelona: FOBSIC; 2009.
- Grau M, García-Altes A, Pasarin MI, Arribas P, Borrell C, Brugal T. Utilidad de un sistema de información para la atención primaria. Aten Primaria 2008;40:167-75.
- Gruber D, Cummings GG, LeBlanc L, Smith DL. Factors influencing outcomes of clinical information systems implementation: A systematic review. Comput Inform Nurs 2009;27:151-63. quiz 164-5.
- Hayrinen K, Saranto K, Nykanen P. Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature. Int J Med Inform 2008;77:291-304.
- Jha AK, Doolan D, Grandt D, Scott T, Bates DW. The use of health information technology in seven nations. Int J Med Inform 2008;77:848-54.
- Martín Zurro A, Cano Pérez J, editors. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
- OCDE. Health at a glance. OCDE; 2007.
- Poissant L, Pereira J, Tamblyn R, Kawasumi Y. The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: A systematic review. J Am Med Inform Assoc 2005;12:505-16.
- PricewaterhouseCoopers'. Health Research Institute. You get what you pay for. New York: PricewaterhouseCoopers; 2008.
- TicSalut. Mapa de tendències de les TIC en els serveis de salut de Catalunya 2008. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2009.



ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA BASADA EN LAS PRUEBAS CIENTÍFICAS

Edurne Zabaleta del Olmo • Josep Jiménez Villa

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

INTRODUCCIÓN

DEFINICIÓN DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA BASADA EN PRUEBAS

Las mejores pruebas disponibles: naturaleza de las pruebas en atención familiar y comunitaria

Características, necesidades, valores y preferencias de la persona, la familia o la comunidad: decisiones compartidas

Recursos disponibles, incluyendo las habilidades y la experiencia del profesional

Entorno y contexto organizativo

PROCESO DE LA ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA BASADA EN PRUEBAS

Formulación correcta de la pregunta

Búsqueda de las pruebas en atención familiar y comunitaria

Evaluación crítica de las pruebas

Toma de decisiones según las pruebas disponibles

IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA BASADA EN PRUEBAS

Tipos de barreras para la implantación de la práctica basada en pruebas

Atributos y elementos a tener en cuenta para el éxito de la implantación

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- Las decisiones en la práctica surgen de la integración dentro de una organización o contextos específicos de: las necesidades, valores y preferencias de las personas o comunidades y de las mejores pruebas y recursos disponibles.
- La mejor prueba científica será siempre aquella que contribuya a dar la mejor respuesta a las dudas del profesional; se trata de identificar las mejores pruebas disponibles no las mejores posibles.
- Identificar y valorar las pruebas científicas más relevantes es un elemento necesario pero no suficiente. Es fundamental integrar en el proceso las características, las necesidades y los valores y preferencias del paciente y de la población.
- Las decisiones en la práctica de la atención familiar y comunitaria se han de integrar dentro de un determinado contexto organizativo, social, cultural, político y económico.
- La formulación de una pregunta o necesidad de información es el primer paso y, posiblemente, el más importante en el proceso de práctica basada en pruebas.
- El modelo «6S» establece un proceso jerárquico de búsqueda de información en forma de pirámide de seis pisos que facilita el uso de los recursos disponibles para la práctica basada en pruebas.
- No hay que creer todo lo que se lee: la publicación no es garantía de calidad ni de relevancia. Por ello, los profesionales deben tener las habilidades necesarias para realizar una lectura crítica de la literatura científica.
- La lectura crítica supone evaluar la validez de los estudios que proporcionan las pruebas, la magnitud y relevancia de los resultados y su aplicabilidad a poblaciones y entornos concretos.
- Las revisiones sistemáticas proporcionan una síntesis de las mejores pruebas disponibles sobre los efectos de una intervención, y son por tanto un elemento fundamental en la toma de decisiones.
- La evaluación de la calidad de las pruebas debe complementarse con el análisis de la aplicabilidad del proceso de la intervención de interés y de la transferibilidad de su efectividad a un entorno local determinado.
- La decisión requiere ponderar diferentes factores tales como la magnitud e importancia del problema, la efectividad potencial de las intervenciones y sus efectos negativos, la factibilidad de su implementación, su aceptabilidad política y la presión pública para actuar.

- La diseminación e implementación de la práctica basada en pruebas implica cambios tanto a nivel de la organización de los servicios sanitarios como a nivel del profesional en su manera habitual de trabajar.
- Los tipos de barreras para la implementación de la práctica basada en pruebas están relacionados con: la conciencia y el conocimiento, la motivación, la aceptación y las creencias, las habilidades, la factibilidad y el contexto.
- Los atributos del cambio que pueden condicionar el éxito de un proceso de implementación son: la ventaja comparativa, la compatibilidad, la complejidad, la capacidad de ser sometido a prueba, la observabilidad y la reinención.
- Existen cinco elementos que hay que considerar en la planificación de la implementación de la práctica basada en pruebas: las pruebas, el profesional, la organización de los servicios de salud, la comunicación y la facilitación, así como el paciente y la comunidad.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, cada vez es más evidente que la toma de decisiones en atención sanitaria no debe basarse simplemente en opiniones más o menos fundamentadas, sino en una valoración rigurosa de pruebas científicas sólidas. Por ello, tanto los profesionales de la salud como los gestores y planificadores de las políticas sanitarias deberían ser capaces de obtener y describir estas pruebas de manera que puedan argumentar, de forma pública y explícita, en qué basan las decisiones que toman. En los últimos años se ha ido generalizando la denominada práctica basada en pruebas, gracias a la cual los profesionales asistenciales utilizan mucho más que antes la información procedente de la investigación a la hora de tomar las decisiones clínicas. Sin embargo, la utilidad de este enfoque no se limita solamente a la atención de pacientes concretos, sino que puede extenderse a la toma de decisiones sobre grupos de pacientes, comunidades, servicios y políticas de salud.

En este capítulo se define el concepto de práctica basada en pruebas desde una visión transdisciplinaria, más próxima a la atención familiar y comunitaria (AFyC). También se describe su proceso, se muestra y se discute la naturaleza y las fuentes de las pruebas más adecuadas y se consideran los factores que influyen en su desarrollo.

Por otra parte, si bien en la mayoría de textos el lector observará que se habla de práctica basada en la evidencia, en el presente texto hemos preferido utilizar el término «prueba». «Evidencia» es la traducción literal del inglés *evidence*, pero su significado no es equivalente en la lengua española. Según la Real Academia Española, evidencia significa la «certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar»; esta acepción no se corresponde con el significado del término *evidence*; por el contrario, este sería similar al del término «prueba» en castellano: «razón, argumento, instrumento u otro medio con que se pretende mostrar y hacer patente la verdad o falsedad de algo».

DEFINICIÓN DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA BASADA EN PRUEBAS

A principios de los años setenta del siglo pasado comenzaron a aparecer las primeras publicaciones críticas con la falta de fundamento empírico de las decisiones clínicas, entre las que destacó el libro titulado *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services* de A. L. Cochrane. En dicha obra el autor atribuía la falta de eficacia de los servicios médicos, así como el desequilibrio entre las inversiones financieras en los servicios sanitarios y su impacto en resultados de salud, al escaso uso del método científico en la práctica médica, especialmente de la evaluación de las intervenciones y, en particular, a la falta de uso de los resultados de los estudios experimentales, como por ejemplo los ensayos controlados aleatorizados.

En los años ochenta se comenzó a hablar del concepto «basado en pruebas», pero no es hasta mediados de la década de los noventa cuando el fenómeno de la práctica basada en las pruebas científicas adquiere un fuerte impulso a raíz del nacimiento del concepto de «medicina basada en pruebas» (Sackett et al., 1996) que se definió como «el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y más actuales pruebas en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes». Desde entonces hasta ahora este paradigma ha ido impregnando la práctica de diferentes disciplinas y ciencias, y, en consecuencia, su definición ha evolucionado con el objeto de adaptarse a la práctica de los diversos profesionales de la salud y a los distintos contextos tanto clínicos como no clínicos (Satterfield et al., 2009).

Aunque cada disciplina y escenario han adecuado el modelo de medicina basada en pruebas a su vocabulario, marco conceptual y métodos de investigación propios, podríamos decir que, en general y desde el punto de vista multidisciplinario (Satterfield et al., 2009), son tres los elementos clave que es necesario integrar en la toma de decisiones según el proceso de práctica basada en pruebas: las mejores pruebas científicas disponibles; las caracterís-

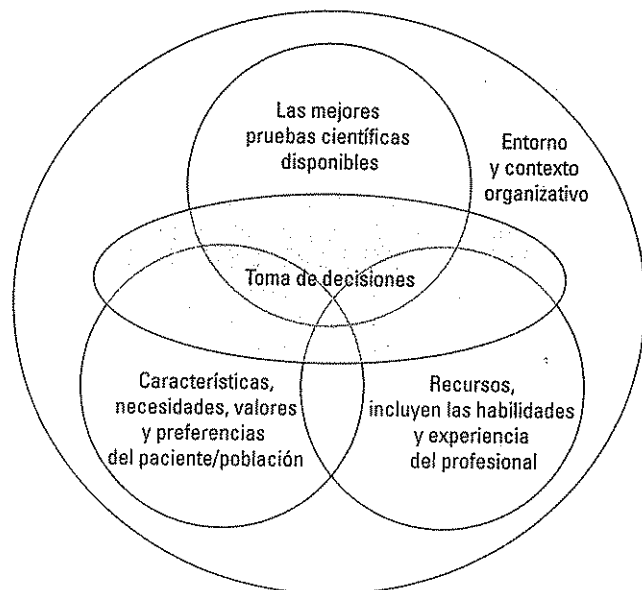


FIGURA 13.1 ■ Modelo transdisciplinario de la práctica basada en pruebas. Modificada de Satterfield et al., 2009.

ticas, necesidades, valores y preferencias del paciente o población, así como los recursos disponibles, que incluyen las habilidades y la experiencia del profesional. Además, es totalmente imprescindible enmarcar estas decisiones dentro del contexto del entorno y de la organización en la que estas se toman (fig. 13.1). Cada uno de estos elementos desempeña un papel crucial, y si alguno de ellos no es considerado puede repercutir en las características de la decisión haciendo que esta pueda ser, por ejemplo, demasiado rígida o poco práctica u origine problemas éticos.

En resumen, podríamos decir que la AFyC basada en pruebas persigue mejorar la fiabilidad y la transparencia de las decisiones sobre la salud que se producen en el contexto de la relación entre el profesional y la persona o grupos de personas (familias y comunidades). Estas decisiones tienen como objetivo primordial el mejorar y mantener la salud de la población y no se han de centrar únicamente en la atención a la enfermedad.

Las decisiones en la práctica surgen de la integración, dentro de una organización o contextos específicos, de las necesidades, valores y preferencias de las personas o comunidades y de las mejores pruebas y recursos disponibles.

Las mejores pruebas disponibles: naturaleza de las pruebas en atención familiar y comunitaria

Entre los tres elementos necesarios para la toma de decisiones basadas en pruebas, el relacionado con «las mejores pruebas disponibles» implica que los profesionales identifiquen aquellos hallazgos científicos que mejor puedan contribuir a dar una respuesta a las preguntas que surgen durante la práctica diaria (Sackett et al., 1996). Por ello, con el objetivo de facilitar esta identificación suelen utilizarse escalas jerárquicas para clasificar las pruebas científicas en función de la metodología empleada, cuyo paradigma son los estudios experimentales y, más en concreto, los ensayos controlados aleatorizados. Sin embargo, la AFyC basada en pruebas incluye la práctica de diversas disciplinas en diferentes contextos, por lo que el campo de «las mejores pruebas disponibles» es muy extenso y los ensayos controlados aleatorizados u otros diseños experimentales no dan respuesta a todos los dilemas que surgen en la práctica habitual (Ho et al., 2008). En consecuencia, es necesario identificar y disponer de pruebas que den respuesta a estas necesidades y que habitualmente se corresponden con otros tipos de diseños de metodología de la investigación como, por ejemplo, los estudios observacionales y especialmente los estudios con metodología mixta, que combinan enfoques cuantitativos y cualitativos (Satterfield et al., 2009; Viehbeck et al., 2015). El valor de cada prueba dependerá más de su capacidad de contribuir adecuada y significativamente a la toma de decisiones que de una valoración jerárquica. No obstante, en algunas ocasiones no localizaremos pruebas científicas que nos ayuden a tomar las decisiones clínicas o de gestión, ya sea porque se trate de un aspecto muy novedoso o aún poco estudiado. En estos casos, el conocimiento o pruebas que nos ayuden

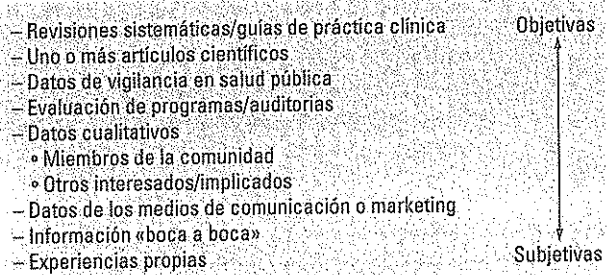


FIGURA 13.2 ■ Diferentes tipos de pruebas. Modificada de Brownson et al., 2009.

a la toma de decisiones pueden proceder de fuentes no estrictamente consideradas como científicas pero igualmente relevantes (fig. 13.2). La mejor prueba será siempre aquella que ayude a obtener la mejor respuesta a la pregunta del profesional; se trata de identificar las mejores pruebas disponibles, no las mejores posibles (Muir Gray, 2001; Satterfield et al., 2009; Viehbeck et al., 2015).

De manera general, los estudios realizados con metodología cuantitativa buscan responder preguntas que interroguen sobre «¿qué?», «¿cuánto?» y «¿cuál?», mientras que el propósito de los realizados con metodología cualitativa es responder al «¿por qué?» y al «¿cómo?» (Kuper et al., 2008). Las pruebas científicas derivadas de la investigación cuantitativa provienen de estudios observacionales (cohortes, casos y controles, transversales, encuestas, ecológicos) y experimentales (ensayos clínicos) basados en los clásicos diseños epidemiológicos. Los resultados de los estudios realizados con metodología cualitativa proporcionan información acerca de por qué las personas y los grupos de personas (poblaciones y comunidades) adoptan determinadas conductas saludables o no. Además, posibilitan la identificación de cómo los factores contextuales (históricos, sociales, políticos o culturales) pueden condicionar el éxito de una intervención o programa de salud (Jack, 2006). Los diseños habitualmente empleados son los de teoría fundamentada, los etnográficos, los narrativos, los de investigación-acción y los fenomenológicos, y entre las técnicas de recogida de datos destacan la entrevista, los grupos focales, la observación participante y el análisis de documentos (Curry et al., 2009). Naturalmente, dichas metodologías no se excluyen entre sí, sino que se utilizan de manera conjunta para ampliar el alcance de un estudio o profundizar en los conocimientos sobre un determinado tema o aspecto (Curry et al., 2009).

Asimismo, en AFyC no solo es necesario tomar decisiones clínicas relativas a la salud de una persona, sino que en múltiples ocasiones estas decisiones involucran a grupos de personas, familias o comunidades.

En conclusión, en AFyC la naturaleza de las pruebas disponibles puede ser tanto de carácter cuantitativo como cualitativo; además, estas han de contemplar aspectos relacionados con la prevención de la enfermedad y, en especial, con la promoción de la salud y aportar información tanto sobre la atención individual como la grupal, y al mismo tiempo tiene que ser factible integrarlas en la práctica de diferentes disciplinas. Pero, en cambio, la mayoría de las pruebas disponibles se sitúan dentro de la perspectiva biomédica y de la investigación

en servicios sanitarios centrados en la atención de la enfermedad. La investigación sobre intervenciones de promoción de la salud, la atención sanitaria centrada en las personas y los aspectos relacionados con las características sociales, culturales y económicas de las personas y de su entorno es más escasa (Brownson et al., 2009).

La mejor prueba científica será siempre aquella que contribuya a dar la mejor respuesta a las dudas del profesional; se trata de identificar las mejores pruebas disponibles, no las mejores posibles.

Características, necesidades, valores y preferencias de la persona, la familia o la comunidad: decisiones compartidas

En la toma de decisiones, según el proceso de la práctica basada en pruebas, identificar las pruebas científicas más relevantes es un elemento necesario pero no suficiente (v. fig. 13.1). Es fundamental integrar en el proceso las características, las necesidades y los valores y preferencias del paciente y la población. Para ello es preciso favorecer las situaciones en las que los pacientes, familias y comunidades puedan expresar sus valores y preferencias, así como preguntar y participar activamente en las decisiones sobre el cuidado de su salud (Barratt, 2008). Además, en la actualidad, gracias al gran avance de las tecnologías de la información y la comunicación, la población tiene más información sobre aspectos de la atención de salud que hace unos años, de ahí que también sean mayores su deseo y su capacidad de participar en las decisiones que afectan a su salud y la de sus familias. Asimismo, se ha de tener en cuenta que debe preservarse el principio de autonomía del paciente, por el cual tiene derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, después de recibir la información adecuada.

Para facilitar el desarrollo de esta parte del proceso de la AFyC basada en pruebas, recientemente han surgido estrategias como los proyectos PRIME (Staniszewska et al., 2010) o las iniciativas «healthtalk.org» (<http://www.healthtalkonline.org>) y DIPEX (<http://www.dipex.es>). Estos proyectos dan acceso a información sobre las experiencias vividas por personas afectadas por diferentes problemas de salud, agrupadas en una amplia variedad de temas. Estas iniciativas facilitan que estas experiencias puedan ser compartidas con otras personas y además que sean utilizadas tanto en los ámbitos de la práctica clínica y de la investigación como en los de la gestión, organización y evaluación de los servicios sanitarios.

En resumen, se trata de facilitar la toma de decisiones compartidas entre el profesional sanitario y el paciente, familia o comunidad. Para lograrlo es preciso que el profesional sanitario transmita la información necesaria y, además, que el paciente informe de sus preferencias, que las posibles opciones y sus posibles resultados sean discutidos entre ambos y que juntos lleguen a un consenso acerca de qué hacer (Murray et al., 2006).

Identificar y valorar las pruebas científicas más relevantes es un elemento necesario pero no suficiente. Es fundamental integrar en el proceso las características, las necesidades y los valores y preferencias del paciente y la población.

Recursos disponibles, incluyendo las habilidades y la experiencia del profesional

Las habilidades y la experiencia del profesional representan un elemento clave en la AFyC basada en pruebas. Las pruebas científicas proporcionan información sobre cuál es la mejor intervención o tratamiento para mejorar la salud de las personas, familias y comunidades, pero es el profesional el que debe decidir si son aplicables y pueden integrarse en el proceso de toma de decisiones (Sackett et al., 1996). Por esa razón, el profesional ha de tener o desarrollar las habilidades que le permitan plantear interrogantes sobre su práctica; identificar, evaluar y elegir las pruebas científicas más relevantes que sustenten su decisión; tener en cuenta las características y los recursos de los que dispone, y analizar los posibles resultados, tanto en términos de beneficios como de posibles perjuicios (Satterfield et al., 2009).

También es importante que los profesionales desarrollen las habilidades que les permitan valorar adecuadamente a los pacientes, familias y comunidades. Asimismo, para llevar a cabo una AFyC basada en pruebas es necesario transmitir la información de manera clara, así como saber escuchar, observar y adaptarse a las situaciones, y por eso mismo es esencial que el profesional disponga o adquiera competencias en comunicación.

Entorno y contexto organizativo

Las decisiones que afectan a la práctica de la AFyC aumentan su complejidad según involucren a una única persona, a los miembros de una familia o a una comunidad; asimismo, implican adaptarse a un contexto organizativo particular. El hecho de no tenerlo en cuenta puede afectar a la decisión del profesional condicionando su viabilidad, aceptabilidad y adherencia (Satterfield et al., 2009; Viehbeck et al., 2015). Es imprescindible que este adquiera o disponga de información sobre dimensiones del entorno que definan las características individuales y grupales de la población diana, las de la organización en la que trabaja, y las normas sociales y culturales que condicionan las conductas de salud, así como las políticas y la situación económica del contexto (tabla 13.1) (Brownson et al., 2009).

Por otra parte, el entorno y el contexto organizativo condicionan de manera importante el desarrollo de la AFyC basada en pruebas, bien actuando como catalizador del mismo, bien dificultando su realización. Las organizaciones e instituciones sanitarias deben facilitar el acceso a las fuentes de información científica dotando a los profesionales sanitarios de los componentes estructurales necesarios (ordenadores, acceso a internet, acceso a determinadas bases de datos, etc.). También es preciso que integren en los planes de formación continuada los contenidos que contribuyan a mejorar las habilidades, actitudes

TABLA 13.1 Variables del contexto que hay que tener en cuenta a la hora de tomar decisiones basadas en las pruebas científicas dentro del contexto de la práctica en atención familiar y comunitaria

Categoría	Ejemplos
Individual	Nivel de educación Necesidades básicas humanas* Historia de salud personal
Interpersonal	Historia de salud familiar Apoyo de los compañeros Capital social
De organización	Composición del personal Experiencia del personal Infraestructura física Cultura organizativa
Sociocultural	Normas sociales Valores Tradiciones culturales Historia
Política y economía	Voluntad política Ideología política Intereses de grupos y particulares Costes y beneficios

*Las necesidades humanas básicas incluyen alimentos, refugio, calor y seguridad.

Modificada de Brownson et al., 2009.

y conocimientos de los profesionales sobre práctica basada en pruebas (búsqueda en bases de datos, lectura crítica, aplicabilidad de los resultados, etc.).

Los condicionantes sociales, culturales, políticos y económicos han de ser tenidos en cuenta en la práctica de la AFyC basada en pruebas, ya que pueden condicionar la factibilidad y la pertinencia de las decisiones clínicas. Por ejemplo, intervenciones que han mostrado su efectividad en determinadas poblaciones o contextos pueden no ser aplicables en un determinado entorno porque la comunidad o la sociedad donde se decide su implementación no puede asumir su coste (Viehbeck et al., 2015).

Las decisiones en la práctica de la AFyC se han de integrar dentro de un determinado contexto organizativo, social, cultural, político y económico.

PROCESO DE LA ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA BASADA EN PRUEBAS

Formulación correcta de la pregunta

Durante la práctica habitual surgen preguntas e interrogantes que requieren un proceso sistemático para ser respondidas. El reconocimiento de una necesidad de información y su formulación como una pregunta es el primer paso y, posiblemente, el más importante en el proceso de la práctica basada en pruebas. Por «formulación» entendemos reducir la pregunta a términos claros y precisos con el objetivo de identificar y descomponer sus elementos principales. Si está correctamente formulada, es más fácil y se requiere menos tiempo para identificar las fuentes más apropiadas, específicas y relevantes.

Una de las herramientas que facilita su correcta formulación es el método PICO, que permite diseñar una estrategia de búsqueda con un enfoque basado en la práctica fundamentada en pruebas cuando se consultan bases de datos bibliográficas, especialmente si el volumen de citas que contienen es considerable. Consiste en estructurar la pregunta en cuatro elementos principales (tabla 13.2): población o problema del que se trata; la intervención o exposición que se está considerando; la comparación de la intervención o la exposición, cuando es pertinente, y los resultados (*outcomes*) de interés clínico y no clínico.

Una vez identificados los elementos de la pregunta, el paso siguiente es crear una lista con todas las palabras o frases relacionadas con cada uno de ellos, incluyendo sinónimos y plurales. Para proceder a la búsqueda en las diferentes fuentes de información, cada una de estas palabras, frases y elementos se combinarán con los operadores booleanos «y» y «o». Las palabras o frases que correspondan a un mismo elemento PICO se relacionarán con el operador «o» y los diferentes elementos PICO se combinarán entre sí con el operador «y». En la figura 13.3 se describe un ejemplo de una pregunta estructurada según el modelo PICO y la función de los operadores booleanos.

El reconocimiento de una necesidad de información y su formulación como una pregunta es el primer paso y, posiblemente, el más importante en el proceso de práctica basada en pruebas.

TABLA 13.2 Elementos de la pregunta según el modelo PICO

Paciente o problema (P)	Intervención (I)	Comparación (C), si es pertinente o relevante	Resultado (O)
Problema o situación de salud Población y ámbito de interés Aspecto de la organización, dirección o servicio	Intervención Exposición Factor de riesgo o pronóstico Etiología Prueba diagnóstica...	Intervención alternativa, tratamiento habitual o placebo Ausencia de factor de riesgo o pronóstico Otra prueba diagnóstica...	Efectividad Eficacia Mortalidad Recaída Curación Mejora Satisfacción Calidad de vida Ingresos Visitas Supervivencia...

P		I		C		O
Obesidad o sobrepeso	y	Programas escolares o Programas de salud escolar o Salud escolar	y	En esta situación no es pertinente	y	Prevención o Reducción o Disminución o Prevenir o Incidencia o Preventivo

FIGURA 13.3 ■ Ejemplo de estructura de pregunta según el modelo PICO y representación de los operadores booleanos. Pregunta: ¿cuál es la efectividad de los programas de salud escolares para prevenir o disminuir el sobrepeso y la obesidad?

Búsqueda de las pruebas en atención familiar y comunitaria

Aunque se disponga de un buen número de pruebas científicas que puedan contribuir de una manera sustancial a la toma de decisiones clínicas, en algunas ocasiones estas no están fácilmente disponibles para los profesionales de la AFyC. Esta falta de accesibilidad puede condicionar que los profesionales basen su práctica mayoritariamente en otras fuentes más accesibles, como su experiencia profesional, la información de libros de texto o la opinión de sus colegas (Gerrish et al., 2008; Coumou y Meijman, 2006). Por otra parte, a veces, aunque las pruebas científicas sean fácilmente accesibles, pueden ser escasamente utilizadas.

En la actualidad, al contrario de lo que sucedía en otras épocas, uno de los principales obstáculos para la AFyC basada en pruebas es, paradójicamente, el gran volumen de pruebas científicas que se generan. Por ejemplo, PubMed (www.pubmed.gov), sistema de búsqueda bibliográfica que da acceso a la National Library of Medicine de Estados Unidos, contiene más de 25 millones de referencias bibliográficas correspondientes a más de 4.500 revistas y cada año se indizan más de 500.000 nuevas referencias (Straus y Haynes, 2009). Asimismo, los profesionales disponen de tiempo limitado en su trabajo para actualizarse. De ahí que en los últimos años se hayan creado diferentes recursos que favorecen un acceso más rápido a las pruebas científicas de calidad y, en consecuencia, promueven y facilitan el desarrollo de la AFyC basada en pruebas. Estos recursos mayoritariamente contienen fuentes de información que ya han sido sometidas a un proceso de selección y valoración crítica.

Para facilitar el uso de estos recursos se han propuesto modelos como el de Haynes, recientemente actualizado (DiCenso et al., 2009). Este modelo, llamado «6S», establece un proceso jerárquico de búsqueda de información en forma de pirámide de seis pisos (fig. 13.4) que se inicia en la cúspide de la pirámide y avanza hacia su base.

Según la propuesta del «6S», el primer nivel está formado por los *sistemas de información clínica* que integran, resumen y actualizan todos los hallazgos científicos sobre un determinado problema o situación de la práctica. Dentro de estos sistemas se incluirían todos los sistemas informáticos integrados en las propias estaciones clínicas de los profesionales que tienen por objetivo sustentar la toma de decisiones durante el proceso de atención. Aunque han demostrado en ocasiones mejorar tanto el proceso de

atención como sus resultados (Kawamoto et al., 2005), su implantación es todavía escasa, aunque está creciendo rápidamente, y básicamente se han utilizado en los procesos de atención individual.

Si no se dispone de dichos sistemas, o bien estos no ofrecen la información suficiente para tomar una decisión, el siguiente recurso a consultar serían los *sumarios*. Estos integran un amplio abanico de pruebas relacionadas con un determinado problema o situación de salud tanto a nivel individual como comunitario. Incluyen las guías de práctica clínica o determinados servicios electrónicos (*evidence-based electronic textbook*) actualizados ambos sistemáticamente.

Cuando no se identifica ningún sumario, las próximas fuentes de consulta son las *sinopsis de síntesis*. Una síntesis o revisión sistemática es un compendio de todas las pruebas científicas disponibles en relación con una determinada pregunta. Su realización comprende diferentes pasos que van desde la formulación de la pregunta a la identificación y valoración crítica de los estudios más relevantes, el resumen cualitativo y cuantitativo, si es pertinente, de sus resultados y la elaboración de las conclusiones. Una *sinopsis de síntesis* resume el proceso y las conclusiones



FIGURA 13.4 ■ Modelo «6S» de utilización de los recursos en la práctica de la atención familiar y comunitaria basada en pruebas. Modificada de DiCenso et al., 2009.

de una síntesis y además, en la mayoría de ocasiones, incluye una valoración crítica de su calidad metodológica y de la relevancia de sus resultados, por lo que a menudo esta información puede ser suficiente para la ayuda en la toma de decisiones.

Si no se encuentran sinopsis de síntesis sobre una determinada pregunta, la fuente siguiente son las *síntesis* (revisiones sistemáticas). En ausencia de síntesis se recurriría a la *sinopsis de estudios* individuales que proporcionan un breve resumen de un solo estudio, generalmente de

alta calidad y relevancia clínica. Estos resúmenes incluyen comentarios con la valoración metodológica del estudio y su aplicabilidad en la práctica y suelen publicarse en las llamadas revistas secundarias. La última fuente en ausencia de todas las demás son los *estudios originales* , y corresponde al profesional realizar la valoración crítica de la metodología utilizada, así como de la validez, la magnitud y la aplicabilidad de los resultados observados.

En la tabla 13.3 se listan una serie de recursos y fuentes de información en función del modelo «6S».

TABLA 13.3 Jerarquía de pruebas según el modelo «6S»

Nivel en la pirámide «6S»	Recursos de acceso libre	Recursos de acceso restringido
Sumarios (guías de práctica clínica y otras monografías basadas en pruebas)	<i>Guía Salud</i> http://portal.guiasalud.es/web/guest/home <i>National Guideline Clearinghouse (NGC)</i> http://www.guideline.gov <i>National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)</i> http://guidance.nice.org.uk <i>NHS Evidence</i> (utilizando el filtro de guías de práctica clínica y de sumarios de evidencia) http://www.evidence.nhs.uk/default.aspx <i>Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)</i> http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=1212&SiteNodeID=155&BL_ExpandID= <i>Trip Database</i> (utilizando el filtro de guías de práctica clínica) http://www.tripdatabase.com	<i>Clinical Evidence</i> http://clinicalevidence.bmj.com <i>Dynamed</i> http://www.ebscohost.com/dynamed/default.php <i>UpToDate</i> http://www.uptodate.com
Sinopsis de síntesis	<i>CDC Guide to Community Preventive Services</i> http://www.thecommunityguide.org <i>The Centre for Reviews and Dissemination (CRD)</i> <i>Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE)</i> http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/ <i>Guide to Clinical Preventive Services</i> https://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/index.html <i>Guide to Community Preventive Services</i> http://www.thecommunityguide.org <i>Health-evidence.ca</i> http://healthevidence.ca/ <i>Biblioteca Cochrane Plus</i> http://www.update-software.com/BCP/ <i>NHS Evidence</i> (utilizando el filtro de revisiones sistemáticas) http://www.evidence.nhs.uk/default.aspx <i>Trip Database</i> (utilizando el filtro de revisiones sistemáticas) http://www.tripdatabase.com <i>Campbell Collaboration Library</i> http://www.campbellcollaboration.org/library.php	<i>Evidence-based Medicine</i> http://ebm.bmj.com <i>Evidence-based Mental Health</i> http://ebmh.bmj.com <i>Evidence-based Nursing</i> http://ebn.bmj.com
Síntesis (revisiones sistemáticas)	<i>Cochrane Collaboration</i> http://www.cochrane.org/	<i>Cochrane Collaboration</i> http://www.cochrane.org/
Sinopsis de un único estudio	<i>Trip Database</i> (utilizando el filtro de Evidence Based Synopses) http://www.tripdatabase.com	<i>Evidence-based Medicine</i> http://ebm.bmj.com <i>Evidence-based Mental Health</i> http://ebmh.bmj.com <i>Evidence-based Nursing</i> http://ebn.bmj.com/
Estudios	<i>PubMed</i> www.pubmed.gov	<i>CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Health Allied Literature</i> http://www.ebscohost.com/cinahl <i>Web of Science</i> http://www.accesowok.fecyt.es/login <i>EMBASE</i> http://www.embase.com <i>SCOPUS</i> http://www.scopus.com/scopus/home.url

Modificada de Robeson et al., 2010.

El modelo «6S» establece un proceso jerárquico de búsqueda de información en forma de pirámide de seis pisos que facilita el uso de los recursos disponibles para la práctica basada en pruebas.

Evaluación crítica de las pruebas

Al finalizar la búsqueda de las pruebas se dispone de un listado de documentos potencialmente útiles. Dado que no existen garantías de que correspondan a estudios de calidad realizados con el suficiente rigor como para resultar verdaderamente útiles, es imprescindible evaluarlos de forma crítica. Incluso aunque se tengan garantías suficientes de que se han realizado correctamente, también debe evaluarse su capacidad de generalización y de aplicabilidad a un entorno determinado. Para ello se requiere no solo que el documento contenga toda la información necesaria, sino también que los profesionales estén capacitados para realizar esta valoración. Así pues, la lectura crítica, entendida como la capacidad para verificar la validez y aplicabilidad de las pruebas procedentes de la investigación con el fin de poder incorporarlas a la atención de los pacientes o de las poblaciones, es un proceso fundamental para el cual deben adquirirse las destrezas y habilidades necesarias.

No hay que creer todo lo que se lee: la publicación no es garantía de calidad ni de relevancia. Por ello los profesionales deben tener las habilidades necesarias para realizar una lectura crítica de la literatura científica.

Los procedimientos utilizados para evaluar si la calidad de estas pruebas permite basar en ellas la decisión de implementar o no una intervención se centran en tres aspectos principales: *a)* la validez de la investigación, es decir, si se ha realizado con el suficiente rigor para que sus conclusiones tengan la validez adecuada para basar en ellas la decisión de implementar o no una intervención; *b)* la relevancia de los resultados que se han encontrado en el estudio, y *c)* la aplicabilidad de los resultados a los receptores potenciales de la intervención, ya sean pacientes o poblaciones.

Una de las dificultades más importantes es que los criterios que se utilizan por lo común para realizar adecuadamente esta valoración están bien establecidos cuando se refieren a intervenciones, preventivas o terapéuticas, que se llevan a cabo en la práctica clínica, en el ámbito de la medicina basada en pruebas, pero son insuficientes para hacerlo cuando se refieren a intervenciones en el ámbito de la atención comunitaria o de la salud pública. Dichos criterios son evidentemente útiles para evaluar aspectos importantes relacionados con la calidad de las pruebas, pero en el ámbito de la atención comunitaria existen otros aspectos relevantes que no están cubiertos de forma adecuada.

Las intervenciones en salud comunitaria suelen ser complejas y dependen del contexto o entorno social, político y organizativo en que se llevan a cabo. Su evaluación, por tanto, debería tener en cuenta dicha complejidad, así

como ayudar a determinar, en el caso de que una intervención no resulte exitosa al implantarla, si el fracaso se debe a la falta de efectividad de la propia intervención o bien a la forma en que ha sido implementada. Por ello, los criterios deberían ampliarse para poder evaluar no solamente la calidad de la investigación y la relevancia y capacidad de generalización de sus resultados, sino también el impacto del contexto sobre la aplicabilidad del proceso de la intervención y la transferibilidad de la efectividad de la intervención a un entorno local determinado.

Evaluación de la validez interna

La validez interna es el grado de solidez o rigor de un estudio, en el sentido de que el modo en que ha sido diseñado y realizado permite estar razonablemente convencido de que sus resultados no están sesgados y proporcionan una respuesta correcta a la pregunta de investigación, es decir, si permiten confirmar la existencia de una relación causal entre la intervención y los efectos observados. Por consiguiente, la definición clara y precisa del objetivo del estudio, la elección del diseño adecuado y su realización con el rigor metodológico necesario son los elementos clave para que los resultados sean válidos.

En el cuadro 13.1 se resumen los aspectos metodológicos más relevantes relacionados con la validez interna de un estudio. En términos generales, estos aspectos se refieren a la existencia de una pregunta claramente definida, la utilización de un diseño adecuado, la idoneidad de la población estudiada, la comparabilidad de los grupos y las mediciones, la idoneidad de las variables de resultado

CUADRO 13.1

Características metodológicas
generales asociadas
a un mayor rigor científico

- Definición clara y precisa del objetivo:
 - Factor de estudio y de referencia adecuado
 - Variable de respuesta adecuada y de relevancia clínica
 - Población adecuada
- Adecuación del diseño a la pregunta de la investigación
- Muestra adecuada y representativa:
 - Criterios de selección adecuados
 - Procedimiento de selección adecuado
 - Tamaño suficiente
- Comparabilidad de la línea basal o de inicio en relación con los factores pronósticos (en ensayos clínicos, asignación aleatoria)
- Comparabilidad a lo largo del estudio:
 - Seguimiento de los sujetos:
 - Duración suficiente
 - Completo (proporción de pérdidas reducida)
 - Igual en todos los grupos
 - Mediciones de suficiente calidad
 - Igual en todos los grupos
 - Enmascaramiento
- Análisis de datos adecuado:
 - Ajuste por factores de confusión
 - Tratamiento adecuado de las pérdidas y exclusiones (en un ensayo clínico aleatorizado, análisis por intención de tratar)
 - Evaluación de un gradiente del tipo dosis-respuesta

utilizadas, la adecuación del análisis de los resultados y la concordancia de la conclusión del estudio con ellos.

Existen diferentes guías que pueden ayudar a los usuarios a realizar esta evaluación, y que presentan los criterios específicos de validez en función del tipo de estudio que se ha llevado a cabo y de la finalidad de la investigación (tabla 13.4). Las más conocidas son las desarrolladas por el *Evidence-Based Medicine Working Group* (Guyatt y Rennie, 2002; Straus et al., 2005).

El nivel de calidad o fuerza de la prueba se clasifica habitualmente en una escala jerárquica basada fundamentalmente en el diseño utilizado y en su capacidad para prevenir o eliminar los sesgos que pueden aparecer en la investigación (tabla 13.5). Como puede apreciarse en la figura 13.5, se considera que los ensayos controlados aleatorizados y las revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados son los que proporcionan las pruebas de mayor calidad. Sin embargo, cuando se evalúan pruebas sobre intervenciones en atención comunitaria y salud pública existe cierta controversia sobre dicha primacía, especialmente por las dificultades para realizar este tipo de estudios para evaluar intervenciones complejas y por la escasa contribución de los estudios observacionales.

Muchas intervenciones en AFyC son complejas y requieren estrategias múltiples, flexibles y adaptadas a la comunidad. A menudo se critica a los ensayos controlados aleatorizados por su dificultad para incorporar esta complejidad y flexibilidad en su diseño, dado que habitualmente se usan para evaluar intervenciones muy estandarizadas y utilizando al individuo como unidad de asignación.

TABLA 13.5 Sistema de gradación de las pruebas del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados o ensayos controlados aleatorizados de alta calidad con un muy bajo riesgo de sesgo
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados o ensayos controlados aleatorizados bien realizados con un bajo riesgo de sesgo
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados o ensayos controlados aleatorizados con alto riesgo de sesgo
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad Estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad con un muy bajo riesgo de confusión, sesgo o azar, y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con un bajo riesgo de confusión, sesgo o azar, y una probabilidad moderada de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con un alto riesgo de confusión, sesgo o azar, y un riesgo significativo de que la relación no sea causal
3	Estudios no analíticos (p. ej., informes de casos, series de casos)
4	Opinión de expertos

Modificada del Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2011.

TABLA 13.4 Principales criterios de validez de un estudio según su finalidad

Finalidad	Principales criterios de validez
Tratamiento	Asignación aleatoria de los sujetos a los grupos de estudio y oculta para los investigadores Variable de respuesta clínicamente importante Reducido número de pérdidas durante el seguimiento Estrategia de análisis de los resultados por intención de tratar
Diagnóstico	Muestra formada por el espectro apropiado de pacientes a los que la prueba sería aplicada en la práctica clínica Comparación a ciegas e independiente con un patrón de referencia (<i>gold standard</i>) adecuado Aplicación de la prueba en estudio y el patrón de referencia a todos los participantes
Pronóstico	Muestra representativa y bien definida formada por pacientes en un mismo momento del curso de la enfermedad y que no presentan el resultado de interés Criterios objetivos y no sesgados para medir resultados clínicamente importantes Seguimiento suficientemente largo y completo
Etiología	Grupos que se comparan claramente identificados y similares en los determinantes importantes del resultado excepto el de interés Medición de la exposición y el resultado no sesgada y de la misma manera en ambos grupos

Sin embargo, en muchas ocasiones los ensayos clínicos también pueden diseñarse para evaluar intervenciones no estandarizadas y utilizar agrupaciones de sujetos (p. ej., comunidades o escuelas) como unidades de asignación y análisis (*cluster trials*), y la calidad de las pruebas que pueden aportar es superior a la de otros diseños. El problema es que este tipo de estudios se hacen con poca frecuencia, dadas las dificultades prácticas para su realización y el coste

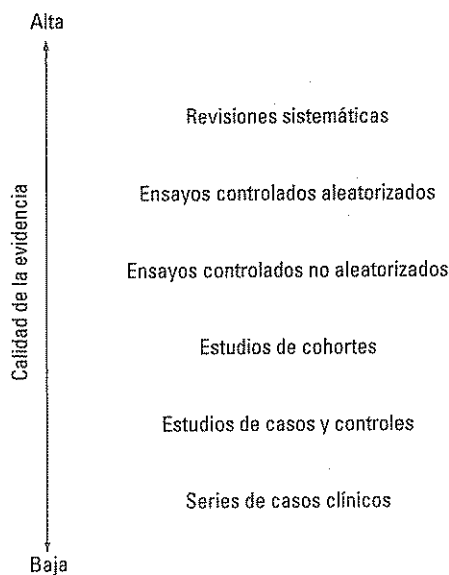


FIGURA 13.5 Calidad de las pruebas según el tipo de estudio.

que pueden suponer. Por ello, en muchas ocasiones los estudios observacionales suponen el diseño más apropiado, aceptable y factible para evaluar intervenciones en AFyC.

Uno de los problemas es que la mayoría de las clasificaciones del nivel de la prueba no distinguen entre los diferentes diseños observacionales, e incluso los denominados cuasi-experimentales, a pesar de que sus fortalezas y debilidades son bien conocidas. Es cierto que los estudios observacionales son más susceptibles a la introducción de sesgos, y por ello se clasifican en niveles de calidad de la prueba inferiores a los ensayos clínicos, aunque algunos estudios han demostrado que los resultados obtenidos por estudios observacionales bien diseñados y realizados son similares a los de los ensayos controlados aleatorizados. El problema de la evaluación crítica no radica tanto en poner en duda la clasificación de los niveles de las pruebas basados en el diseño, sino en la conveniencia de incorporar en la evaluación otros aspectos metodológicos relacionados con la posibilidad de existencia de sesgos.

Como hemos comentado, existe un amplio consenso en que las revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados son las que proporcionan las pruebas de mayor calidad. Por revisión sistemática se entiende la síntesis de las mejores pruebas disponibles dirigida a responder una pregunta concreta, realizada mediante una metodología explícita y rigurosa destinada a identificar, valorar críticamente y sintetizar los estudios más relevantes sobre el tema. Este tipo de documentos tienen una gran aceptación entre los profesionales sanitarios y un elevado impacto sobre su práctica, aunque a menudo se aceptan sin una evaluación crítica de la metodología que se ha utilizado para su elaboración, como si el simple calificativo de revisión sistemática fuera garantía suficiente de la validez de sus conclusiones. Sin embargo, pueden tener importantes limitaciones, y si no se han realizado con el suficiente rigor pueden conducir a conclusiones erróneas e incluso contradictorias con otras revisiones o con los resultados de nuevas investigaciones. Por ello, si se tienen garantías de que se han elaborado tras una identificación y una valoración crítica sistemática y rigurosa de las pruebas existentes puede obviarse la evaluación de su validez y pasar directamente a considerar su aplicabilidad a la práctica. No obstante, si no se tienen las suficientes garantías de su calidad, deben evaluarse críticamente antes de considerar la utilidad de sus resultados para la toma de decisiones.

Las revisiones sistemáticas proporcionan una síntesis de las mejores pruebas disponibles sobre los efectos de una intervención, y son por tanto un elemento fundamental en la toma de decisiones.

Diferentes textos comentan con detalle los aspectos metodológicos más importantes de las revisiones sistemáticas (Egger et al., 2001; Glasziou et al., 2001; Khan et al., 2003; Higgins y Green, 2009). Al evaluar críticamente una revisión sistemática, los aspectos más importantes que hay que considerar se refieren a la definición clara de una pregunta concreta e importante, la inclusión del tipo de estudios apropiado (p. ej., ensayos clínicos si el objetivo es evaluar la eficacia de una intervención)

CUADRO 13.2

Preguntas para la evaluación de una revisión sistemática

Validez interna

- ¿Aborda una pregunta clínica concreta e importante claramente definida?
- ¿Incluye el tipo de estudios adecuado?
- ¿La estrategia de búsqueda de los estudios relevantes está suficientemente detallada? ¿Es probable que no se hayan incluido estudios de relevancia clínica?
- ¿Los estudios incluidos tenían la suficiente calidad metodológica?
- ¿La evaluación de la calidad de los estudios era reproducible?

Relevancia de los resultados

- ¿Los resultados de los estudios son homogéneos?
- ¿Cuál es el resultado global de la revisión?
- ¿Cuál es la precisión del resultado?

Aplicabilidad práctica

- ¿Puedo aplicar los resultados en la atención en mi práctica habitual?
- ¿Se han tenido en cuenta todos los desenlaces importantes?
- ¿Los beneficios esperables compensan el coste y los riesgos potenciales?

Modificado de Greenhalgh et al., 2004.

y la adecuación y definición clara de los criterios de selección de estos estudios (cuadro 13.2). De hecho, dado que una revisión pretende sintetizar todas las pruebas disponibles sobre un tema, los aspectos relacionados con su identificación y selección son fundamentales. Si se limita a los estudios publicados puede conducir a una conclusión incorrecta debido a la introducción del denominado *sesgo de publicación*. Por ello debe valorarse cuidadosamente si la estrategia de búsqueda se considera apropiada y si se han intentado identificar todos los estudios relevantes, incluso los no publicados. También es importante comprobar si los estudios que se han incluido tenían la calidad suficiente, evaluando si los criterios y la estrategia utilizados para valorarla han sido los adecuados. Un aspecto clave es la valoración de si los estudios eran homogéneos y, por tanto, si puede obtenerse una estimación global del efecto de interés mediante un metaanálisis. En caso de que exista una heterogeneidad entre los estudios, deben presentarse los resultados de los estudios individuales, pero no es adecuado calcular una estimación conjunta. Por otro lado, los autores deberían haber realizado diferentes análisis de sensibilidad para evaluar si los resultados son sensibles a la forma en que han realizado la revisión. Si no se modifican sustancialmente los resultados puede asumirse que las conclusiones de la revisión son relativamente robustas. Si algunos resultados clave se modifican de forma relevante, las conclusiones deben interpretarse con mucha cautela.

Importancia de los resultados

Si puede considerarse que el estudio o la revisión sistemática tienen suficiente validez interna, el siguiente paso es la valoración de la importancia de sus resultados.

Esta evaluación no debe basarse exclusivamente en la existencia o no de significación estadística, sino que debe

tenerse en cuenta la magnitud de los efectos para determinar si son relevantes desde el punto de vista clínico. Precisamente, uno de los problemas más frecuentes es la tendencia a interpretar un resultado estadísticamente no significativo como indicativo de ausencia de efectividad, cuando en realidad este resultado puede ser debido a una incapacidad del estudio para demostrar efectividad. Por ello, los estudios negativos deben ser evaluados cuidadosamente, intentando determinar si la situación corresponde a que el estudio ha sido incapaz de detectar un efecto que existe, o bien a que realmente no existe tal efecto y, en este último caso, si esta ausencia de efecto puede atribuirse a que la intervención no es realmente efectiva o a que ha sido realizada incorrectamente.

Para cuantificar la magnitud del efecto existen diferentes medidas que pueden calcularse en función del objetivo del estudio y de su diseño, como el riesgo relativo o la diferencia de riesgos, por ejemplo. Independientemente de la medida que se utilice, la magnitud del resultado observado en un estudio no es más que una estimación puntual de la verdadera magnitud del efecto de interés. Por ello, la correcta interpretación de un resultado requiere valorar también la precisión con que se ha estimado este resultado, para lo que debe prestarse atención a los límites de su intervalo de confianza del 95%.

Las intervenciones en AFyC pueden tener un amplio rango de efectos como cambios en el estado de salud o en sus determinantes, en los procesos o en las características de los sujetos o de las poblaciones. Estos efectos pueden ser intencionados o no, y tanto esperables como inesperados. Por eso es importante que las pruebas evalúen todos los efectos relevantes en su conjunto y no se limiten solamente a los efectos esperables e intencionados, ya que incluso los no intencionados pueden ser beneficiosos.

Por otro lado, además de la efectividad, es necesario que se evalúe también la eficiencia (es decir, que se incluyan en el análisis los aspectos económicos), aunque se trata de un ámbito al que se presta poca atención en la práctica basada en pruebas. En el ámbito de la AFyC, al valorar las pruebas disponibles sobre una intervención es inevitable determinar si se han evaluado los aspectos relacionados con la eficiencia y si se ha hecho correctamente.

Aplicabilidad de los resultados

El tercer aspecto de la valoración crítica de un artículo se refiere a la utilidad práctica de los resultados del estudio. Dado que las intervenciones en atención comunitaria y salud pública dependen del contexto en que son implementadas, una intervención que se ha mostrado efectiva en un entorno puede no serlo en otro, incluso suponiendo que pudiera ser implementada allí. Por este motivo, la evaluación de la calidad de las pruebas debe complementarse con el análisis de la aplicabilidad del proceso de la intervención de interés y de la transferibilidad de su efectividad a un entorno local determinado, entendido como el contexto particular social, cultural, político y organizativo de una comunidad concreta. El término «aplicabilidad» se refiere al grado en que el proceso de una intervención puede ser implementado en otro entorno, y el de «transferibilidad» al grado en que la efectividad estimada de una intervención aplicable puede ser alcanzada en otro entorno (Wang et al., 2006).

La evaluación de la calidad de las pruebas debe complementarse con el análisis de la aplicabilidad del proceso de la intervención de interés y de la transferibilidad de su efectividad a un entorno local determinado.

La evaluación de la aplicabilidad de una intervención requiere elaborar una lista de sus posibles atributos y determinar su grado de presencia en el entorno local en que se quiere implementar, lo que requiere un conocimiento detallado de la misma. La evaluación de la transferibilidad debería realizarse para cada uno de los resultados de interés, y también requiere elaborar una lista de factores que pueden influir potencialmente sobre la efectividad de dicha intervención y analizar la similitud de estos factores entre el entorno del estudio original y el local en que quiere aplicarse. Entre estos factores se incluye la situación epidemiológica (prevalencia del problema de salud, distribución geográfica o entre grupos de población, etc.), la capacidad para implementar la intervención (disponibilidad de los recursos necesarios, habilidades de los profesionales, factores organizativos, etc.) y las características de la población diana.

Dado que los atributos de la aplicabilidad y la transferibilidad son específicos para cada intervención, la evaluación de los estudios debería proporcionar información detallada sobre los aspectos del proceso de la intervención y del contexto que pueden influir sobre ellas, lo que resulta imprescindible para evaluar la relevancia de la evaluación. Si el estudio no incluye esta información, lo que es frecuente dadas las restricciones de su extensión, es necesario disponer de alguna fuente adicional que la proporcione.

Así, es preciso disponer de información detallada sobre el diseño, desarrollo y ejecución de la intervención, de las características de la población a la que se ha aplicado, así como de los sujetos en los que ha sido efectiva y de aquellos en los que no lo ha sido, y de los factores que influyen sobre su sostenibilidad y diseminación, tanto los relacionados con la propia intervención como con el contexto, distinguiendo entre los componentes que son muy dependientes del contexto y los que lo son menos.

La evaluación de la aplicabilidad y la transferibilidad puede llevar a diferentes resultados (Wang et al., 2006). En un extremo puede concluirse que no se han encontrado diferencias importantes entre el contexto local y el del estudio, de manera que puede esperarse que su implementación conduzca a resultados positivos en el nuevo contexto. En el otro extremo pueden encontrarse diferencias considerables entre ambos contextos, de manera que se concluye que la intervención no puede aplicarse en el nuevo contexto. En esta última situación, los planificadores deben tomar en consideración aproximaciones alternativas para abordar el problema de salud, o bien tratar de modificar las circunstancias para hacer el contexto local más receptivo a la intervención.

Toma de decisiones según las pruebas disponibles

La AFyC basada en pruebas requiere que las decisiones se fundamenten en las mejores pruebas disponibles. Como acabamos de exponer, los procedimientos utilizados para

evaluar la calidad de las pruebas proporcionadas por la investigación se centran sobre todo en la práctica clínica, de manera que utilizan los conocimientos de la estadística y la epidemiología para evaluar los resultados, determinando la validez interna y externa de los estudios primarios. Sin embargo, para la evaluación de las intervenciones en AFyC, además de estos aspectos, también es importante analizar la aplicabilidad de la intervención de interés en un entorno local determinado. Dado el contexto actual de recursos limitados, no suele ser factible estudiar todas las posibles intervenciones que podrían resultar efectivas en un entorno determinado, de manera que con frecuencia la decisión debe basarse en pruebas obtenidas en otros entornos. Además, cuando el problema de interés tiene un impacto importante sobre la salud de la comunidad no es ético esperar hasta disponer de pruebas en el contexto local concreto, y la decisión debe tomarse basándose en las pruebas disponibles en ese momento. Retrasar la decisión hasta disponer de pruebas tiene también sus costes y perjuicios.

La toma de decisiones debe basarse en un análisis amplio de las fortalezas, debilidades y lagunas de las pruebas disponibles. Basarse solamente en la calidad de las pruebas fundamentada en el diseño del estudio favorece intervenciones con enfoque biomédico más que social, las que se dirigen a individuos más que las que lo hacen a comunidades o poblaciones, y las que se centran en resultados próximos más que finales (Rychetnik et al., 2002). También hay que tener en cuenta que las pruebas sobre la efectividad de las intervenciones alternativas probablemente proceden de estudios realizados con diseños diferentes y en entornos y tiempos distintos.

Es importante tener en cuenta que no existe la misma capacidad para generar pruebas de alta calidad de todas las intervenciones. Así, por ejemplo, las intervenciones farmacológicas disponen de pruebas de alta calidad con mayor frecuencia, dado que se han destinado muchos más recursos a obtenerlas, sin que ello quiera decir necesariamente que las intervenciones sean mejores. También se dispone de más pruebas sobre las intervenciones dirigidas a grupos de población fácilmente accesibles que de las dirigidas a grupos marginales, lo que implica la consideración de la equidad en el proceso.

La decisión requiere ponderar diferentes factores tales como la magnitud e importancia del problema, la efectividad potencial de las intervenciones y sus efectos negativos, la factibilidad de su implementación, su aceptabilidad política y la presión pública para actuar. Diferentes grupos de opinión pueden presionar para diferentes recomendaciones competitivas, o incluso las recomendaciones basadas en la misma prueba pueden variar en el tiempo o entre contextos. Debe evitarse el riesgo de interpretar la ausencia de información sobre un problema como indicativa de que no es importante, o el de no considerar intervenciones potencialmente útiles solamente por la falta de pruebas de alta calidad sobre su efectividad.

La decisión requiere ponderar diferentes factores tales como la magnitud e importancia del problema, la efectividad potencial de las intervenciones y sus efectos negativos, la factibilidad de su implementación, su aceptabilidad política y la presión pública para actuar.

IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA BASADA EN PRUEBAS

El fin primordial de la implementación de la práctica basada en pruebas en los sistemas sanitarios es mejorar los cuidados en salud de la población. Además, hoy en día existe una importante presión social que reclama la mejor atención posible con la mejor utilización de los recursos disponibles y la justificación de cómo los recursos invertidos en investigación, desarrollo e innovación (I + D + i) se traducen en beneficios en la sociedad. Por todo ello, en general, las políticas sanitarias reconocen la importancia y fomentan el desarrollo del proceso de la práctica basada en pruebas, sin embargo, su implementación representa un reto importante.

La adopción, aceptación y utilización de la práctica basada en pruebas en los servicios sanitarios es un proceso de *innovación* que requiere de estrategias multifactoriales que transmitan la información de manera activa e identifiquen y aborden los elementos que pueden representar barreras para el *cambio de práctica* y fortalezcan los que lo favorecen.

La implementación de la práctica basada en pruebas implica *cambios* tanto a nivel de la organización de los servicios sanitarios como a nivel del profesional, en su manera habitual de trabajar. Por ello, a menudo se trata de un proceso prolongado que consta de múltiples pasos con varios grados de complejidad (Rycroft-Malone y Bucknall, 2010). Asimismo, debe contemplarse como la ejecución de un proceso sistematizado, adaptado al contexto institucional, social e individual al que se dirige, y, por supuesto, evaluable. Durante dicho proceso, con el fin de aumentar la probabilidad de éxito, es necesario, además de un análisis detallado de las potenciales barreras y elementos facilitadores para el cambio, identificar los recursos disponibles y determinar las características específicas de los protagonistas implicados, profesionales y población. Aunque, en la actualidad, aún no se dispone de resultados concluyentes sobre cuáles son las intervenciones más efectivas dirigidas a superar determinadas barreras para el cambio de práctica de los profesionales (Baker et al., 2015), las diseñadas en función de las necesidades detectadas y el contexto en el que se persigue desarrollarlas han mostrado mejoras en la atención prestada y en sus resultados en los pacientes. Por supuesto, no hay que olvidar que la evaluación y la retroalimentación de los resultados son componentes imprescindibles en cualquier proceso de implementación.

La implementación de la práctica basada en pruebas implica cambios tanto a nivel de la organización de los servicios sanitarios como a nivel del profesional en su manera habitual de trabajar.

Tipos de barreras para la implantación de la práctica basada en pruebas

Para implantar con éxito el proceso de práctica basada en pruebas, previamente se necesita identificar y comprender los diferentes tipos de barreras con el fin de elaborar un

enfoque que permita superarlos. En general, los tipos de barreras que más frecuentemente nos encontramos en los servicios sanitarios en la implementación de la práctica basada en pruebas son los relacionados con los factores que se indican a continuación (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007).

Conciencia y conocimiento

Para que un cambio ocurra es necesario tomar conciencia y tener conocimiento de lo que debe cambiar y por qué. Los profesionales sanitarios a menudo lo desconocen o bien, aunque lo conozcan, no saben en qué y cómo tiene que cambiar su forma de trabajo actual para poder ofrecer una atención de salud en función del proceso de práctica basada en pruebas.

Motivación

Representa uno de los estímulos fundamentales que impulsa a las personas a realizar determinadas acciones y persistir en ellas. Esta puede depender de factores externos (incentivos) e internos (propios de la persona).

Aceptación y creencias

Las creencias y actitudes de las personas condicionan sus conductas. Por ello, aspectos como los beneficios percibidos de los cambios propuestos en comparación con la práctica habitual, las percepciones de las opiniones de otros colegas, o la creencia de que no se van a producir mejores resultados en los pacientes, condicionan el éxito de la implementación. Estas creencias de los profesionales pueden conducir a interpretaciones sesgadas de las pruebas disponibles y a la aceptación o no de las recomendaciones. Asimismo, las creencias y actitudes sobre las propias capacidades para adoptar una nueva manera de trabajar también tienen una fuerte influencia a la hora de adoptar cualquier cambio de práctica.

Habilidades

Las personas necesitan saber no solo lo que deben cambiar, sino también cuál es la mejor manera de realizar el cambio; por eso mismo, los profesionales sanitarios necesitan desarrollar las habilidades que les ayuden a ofrecer las mejores prácticas. Sin embargo, sería ingenuo creer que simplemente mejorando estas habilidades es suficiente, ya que es necesario, además, un cambio cultural y del entorno que lo permita.

Factibilidad

Para establecer cualquier tipo de cambio previamente hay que evaluar la disponibilidad de: recursos humanos y económicos, equipamientos y estructuras. Un aspecto altamente relevante es determinar cuál es la factibilidad (posibilidad) de que los cambios que se quieren instaurar, o ya se han instaurado, se puedan mantener en el tiempo. En algunas ocasiones también debe valorarse no solo la disponibilidad sino además la facilidad con la que se puede modificar la organización de determinados servicios o sus infraestructuras.

Contexto

El contexto financiero, político y social tiene un fuerte impacto en la motivación y la capacidad de los profesionales sanitarios para realizar cambios. Una mala situación económica a nivel de país puede limitar el pago de incentivos económicos a los profesionales sanitarios o reducir los recursos necesarios para la implantación del proceso. Por otra parte, aunque existan mecanismos de incentivos, estos pueden no estar en consonancia con el proceso de práctica basada en pruebas. El desarrollo profesional continuo es también un elemento que puede verse fuertemente influenciado por el contexto externo y los planes de formación pueden ser inadecuados o escasamente promotores de la práctica basada en la evidencia.

Los tipos de barreras para la implantación de la práctica basada en pruebas están relacionados con la conciencia y el conocimiento, la motivación, la aceptación y las creencias, las habilidades, la factibilidad y el contexto.

Atributos y elementos a tener en cuenta para el éxito de la implantación

Durante el proceso de implantación de un cambio de práctica, la velocidad de la adopción de las innovaciones varía de una persona a otra y de un servicio sanitario a otro. Por otra parte, no solamente es importante su rapidez sino también el grado de adopción (se adopta la innovación en su totalidad o solo una de sus partes) y su mantenimiento en el tiempo.

Desde el punto de vista de los posibles adoptantes existen una serie de atributos (Greenhalgh et al., 2004) del cambio o innovación que explican dicha variabilidad y que, por tanto, pueden condicionar el éxito de la implementación; estos son: la ventaja comparativa, la compatibilidad, la complejidad, la capacidad de ser sometido a prueba, la observabilidad y la reinención (cuadro 13.3).

CUADRO 13.3

Atributos de las innovaciones que han demostrado en estudios empíricos que influyen en su velocidad y su grado de adopción por las personas

- Ventaja comparativa* (el cambio o innovación supone un beneficio tanto para el paciente como para el profesional)
- Compatibilidad* (con las prácticas y valores existentes, las experiencias pasadas y necesidades de los posibles adoptantes y su sistema social)
- Complejidad* (el grado en que la innovación es percibida como difícil de comprender y utilizar)
- Capacidad de ser sometida a prueba* (trialability) (el grado en que la innovación puede ser sometida a experimentación)
- Observabilidad* (el grado en que los resultados de una innovación son visibles para los demás)
- Reinención* (la medida en que la innovación puede ser cambiada o modificada durante el proceso de adopción e implantación)

Los atributos del cambio que pueden condicionar el éxito de un proceso de implantación son: la ventaja comparativa, la compatibilidad, la complejidad, la capacidad de ser sometido a prueba, la observabilidad y la reinención.

Por otra parte, en general, existen cinco elementos que hay que tener en consideración a la hora de planificar un proceso de implementación de la práctica basada en pruebas. Algunos de ellos están estrechamente relacionados con los componentes del proceso (v. fig. 13.1) y son: las pruebas, el profesional, la organización de los servicios de salud, la comunicación y la facilitación, así como el paciente y la comunidad (Rycroft-Malone y Bucknall, 2010).

Pruebas

El tipo, la calidad, el volumen y la dispersión de las pruebas científicas condicionan la implementación del proceso de la práctica basada en pruebas. Pueden no existir pruebas de calidad sobre muchas intervenciones, aunque esto no debe utilizarse como excusa para no tomar decisiones en el ámbito de la práctica profesional. Cuando esto ocurre es preciso potenciar la investigación que genere las pruebas necesarias. Por otra parte, a veces para determinadas situaciones se dispone de un gran volumen de pruebas, lo cual puede dificultar su integración en la toma de decisiones; por ello, la elaboración, la diseminación y la implantación de herramientas que faciliten la valoración, la síntesis de las pruebas científicas y su posterior traslado a la práctica habitual son elementos clave. Entre estas herramientas destacan: los sistemas de apoyo a la toma de decisiones integrados en los sistemas de información, las revisiones sistemáticas y las guías de práctica clínica elaboradas bajo unos criterios de calidad (The Agree Collaboration, <http://www.agreetrust.org>).

Profesional

Para que un profesional integre el proceso de práctica basada en pruebas dentro de su práctica habitual debe conocerlo y tener las habilidades para aplicarlo. Por consiguiente, la falta de cualquiera de estos aspectos representa una de las barreras más importantes para la práctica basada en pruebas relacionadas con el profesional. Igualmente, las actitudes de los profesionales pueden desempeñar un papel muy importante en la adopción del proceso. Entre los aspectos que pueden influenciar de manera negativa las actitudes hacia la implantación del proceso y, por tanto, actuar como barreras destacan: el grado de acuerdo con el mismo, la aplicabilidad del proceso en la práctica cotidiana y, sobre todo, la percepción de pérdida de autonomía en sus decisiones. Por otra parte, el comportamiento de los profesionales también está influenciado por sus características personales: edad, sexo, disciplina, especialidad, motivación, estilos de aprendizaje, capacidad y personalidad. La utilización de incentivos económicos puede ayudar a modificar actitudes negativas de ciertos profesionales hacia el proceso de implementación.

Las características del contexto influyen en que el profesional asigne un sentido a las pruebas y sea más receptivo

a cambiar de práctica. La opinión de los colegas representa en muchas ocasiones uno de los elementos más efectivos en el cambio de práctica que la diseminación de las pruebas científicas (Gerrish et al., 2008; Coumou y Meijman, 2006; Dawes y Sampson, 2003), sobre todo si se trata de la de un líder profesional de prestigio reconocido. En este caso, la identificación y la utilización de estos líderes de opinión pueden representar la mejor manera de diseminar los nuevos conocimientos y vencer estas barreras.

Organización de los servicios de salud

La falta de tiempo es una de las barreras identificadas con más frecuencia por los profesionales. Es recomendable invertir en recursos humanos que lideren y coordinen la implementación del proceso en un determinado servicio u organización, ya que la mayoría de las veces no es posible asumir dichas funciones durante el horario laboral, pues el tiempo disponible es escaso. La falta de disponibilidad de recursos materiales es otra de las barreras; en cualquier plan de implementación es imprescindible valorar su disponibilidad y adecuación en relación con las estrategias planificadas. La falta de sistemas de información, o bien su falta de flexibilidad y su complejidad, son aspectos que dificultan la evaluación y la retroalimentación de sus resultados, y por ello no favorecen el éxito del proceso de implantación. Es fundamental que los profesionales puedan disponer de la información que necesitan para tomar sus decisiones en el lugar y en el momento adecuado; para ello deberían aprovecharse al máximo las ventajas que ofrecen las tecnologías de la información y la comunicación y las organizaciones sanitarias deberían adaptar su estructura para facilitarlas.

No obstante, uno de los obstáculos más importantes para la implementación de la práctica basada en pruebas en una organización o servicio es la falta de soporte e implicación de sus directivos y gestores. Su estilo de liderazgo condiciona la capacidad de cambio de la organización hacia la práctica basada en pruebas. Un liderazgo eficaz en este sentido iría dirigido a impulsar las actividades de formación continuada en la práctica basada en pruebas, la accesibilidad a las fuentes de información (bases de datos bibliográficas, publicaciones, etc.), la incorporación de instrumentos de ayuda a la toma de decisiones en la práctica clínica, el seguimiento y la evaluación del proceso de cambio y la retroalimentación de sus resultados a los profesionales. De igual modo, el hecho de que las directrices nacionales de salud promuevan intervenciones basadas en pruebas puede representar una influencia muy positiva en la implantación del proceso de práctica basada en pruebas entre los profesionales.

Comunicación y facilitación

La comunicación es un elemento clave en el proceso de implantación de la práctica basada en pruebas; puede actuar como elemento facilitador cuando esta es eficaz o, por el contrario, como barrera cuando es ineficaz o está ausente. Las iniciativas que faciliten la creación de redes sociales y que ayuden a compartir el conocimiento suponen estrategias que contribuirán al éxito de la implementación. También puede resultar extremadamente útil la identificación y la utilización de líderes del cambio,

cuya misión será promover y apoyar las nuevas prácticas dentro de su grupo. Por lo general, se trata de líderes de opinión informales, muy motivados por la práctica basada en pruebas, que mantienen una buena relación laboral con el resto de profesionales y gozan de su confianza y, además, pueden desempeñar su rol en diferentes niveles de la organización. Estos líderes pueden proceder tanto de la propia organización como de organizaciones externas, y actuarían como vínculos entre el proceso de práctica basada en pruebas y los profesionales.

Paciente y comunidad

Las características del paciente o la comunidad influyen en la implementación del proceso de práctica basada en pruebas. Factores como el sexo, la edad, la etnia, la cultura, el nivel socioeconómico y el estado de salud, entre otros, determinan las expectativas de las personas respecto a cuáles son las mejores pruebas diagnósticas o tratamientos que deben recibir, o bien los estilos de vida y autocuidados que más pueden beneficiar su salud. Por este motivo, al igual que en el proceso de práctica basada en pruebas (v. fig. 13.1) es imprescindible integrar en la toma de decisiones las preferencias y los valores del paciente o la comunidad, también lo es en la planificación de estrategias de implementación, y es necesario valorar aspectos relacionados con su grado de implicación, sus competencias, su motivación y la importancia que le atribuye. Por otra parte, las actuales tecnologías de la información y la comunicación han aumentado la disponibilidad y la accesibilidad a la información sobre múltiples aspectos relacionados con la salud, por lo que los pacientes y las comunidades tienen más capacidad de entender y valorar las propuestas que se les ofrecen y, por ello, también más interés en participar en las decisiones que afectan a su salud. En este sentido, han surgido estrategias, tanto a nivel nacional como internacional, cuyo objetivo es mejorar las competencias de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud (Universidad de los Pacientes, <http://www.universidadpacientes.org>; Escuela de Pacientes, <http://www.escueladepacientes.es/ui/index.aspx>), así como presentar un espacio de comunicación entre los pacientes, asociaciones y familiares de pacientes, los profesionales y las sociedades científicas (Foro Español de Pacientes, <https://forodepacientes.org/>). La participación de los pacientes y de las comunidades en el proceso de implementación de la práctica basada en pruebas es un elemento clave.

Hay cinco elementos a considerar en la planificación de la implementación de la práctica basada en pruebas: las pruebas, el profesional, la organización de los servicios de salud, la comunicación y la facilitación, y el paciente y la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health* 2009;30:175-201.

Artículo que revisa ampliamente los conceptos y componentes clave de la salud pública basada en pruebas y analiza las herramientas para su dissemination e implementación así como los posibles retos y oportunidades

Muir Gray JA. Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions. 2.ª ed. Londres: Churchill Livingstone; 2001.

Libro dedicado a la toma de decisiones en atención sanitaria sobre grupos de pacientes o poblaciones basada en pruebas, que revisa los procesos de su identificación y valoración, desarrollo de las organizaciones para utilizarlas y su implementación en la práctica

Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:119-27.

Artículo que revisa las limitaciones que presentan los criterios utilizados habitualmente para evaluar la calidad de las pruebas disponibles sobre los efectos de las intervenciones en salud pública y comunitaria

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2 [consultado 3 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/pdf/bmj00524-0009.pdf>.

Publicado por los pioneros de la «medicina basada en pruebas», representa uno de los textos más relevantes para conocer qué es y qué no es la práctica basada en pruebas.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Baker R, Carnosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;17:CD005470.

Barratt A. Evidence Based Medicine and Shared Decision Making: the challenge of getting both evidence and preferences into health care. *Patient Educ Couns* 2008;73:407-12.

Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health* 2009;30:175-201.

Coumou HC, Meijman FJ. How do primary care physicians seek answers to clinical questions? A literature review. *J Med Libr Assoc* 2006;94:55-60.

Curry LA, Nembhard IM, Bradley EH. Qualitative and mixed methods provide unique contributions to outcomes research. *Circulation* 2009;119:1442-52.

Dawes M, Sampson U. Knowledge management in clinical practice: a systematic review of information seeking behavior in physicians. *Int J Med Inform* 2003;71:9-15.

DiCenso A, Bayle L, Haynes RB. ACP Journal Club. Editorial: Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Ann Intern Med* 2009;151:JC3.

Egger M, Smith GD, Altman DG, editors. Systematic reviews in health care: meta-analysis in context. 2.ª ed. Londres: BMJ Publishing Group; 2001.

Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, Bailey J. Developing evidence-based practice: experiences of senior and junior clinical nurses. *J Adv Nurs* 2008;62:62-73.

Glasziou P, Irwig L, Bain C, Colditz G. Systematic reviews in health care: a practical guide. Cambridge: Cambridge University Press; 2001.

Greenhalgh T, Bate R, Kyriakidou O, McFarlane F, Peacock R. How to spread good ideas: a systematic review of the literature on diffusion dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation. Londres: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO); 2004.

Guyatt G, Rennie D, editors. Users' Guides to the Medical Literature: a manual for evidence-based clinical practice. Chicago: American Medical Association; 2002.

Higgins and Green, Higgins JPT, Green S, editors. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration; 2011 [actualizado marzo de 2011]. Disponible en: <http://training.cochrane.org/handbook>.

Ho PM, Peterson PN, Masoudi FA. Evaluating the evidence: is there a rigid hierarchy? *Circulation* 2008;118:1675-84.

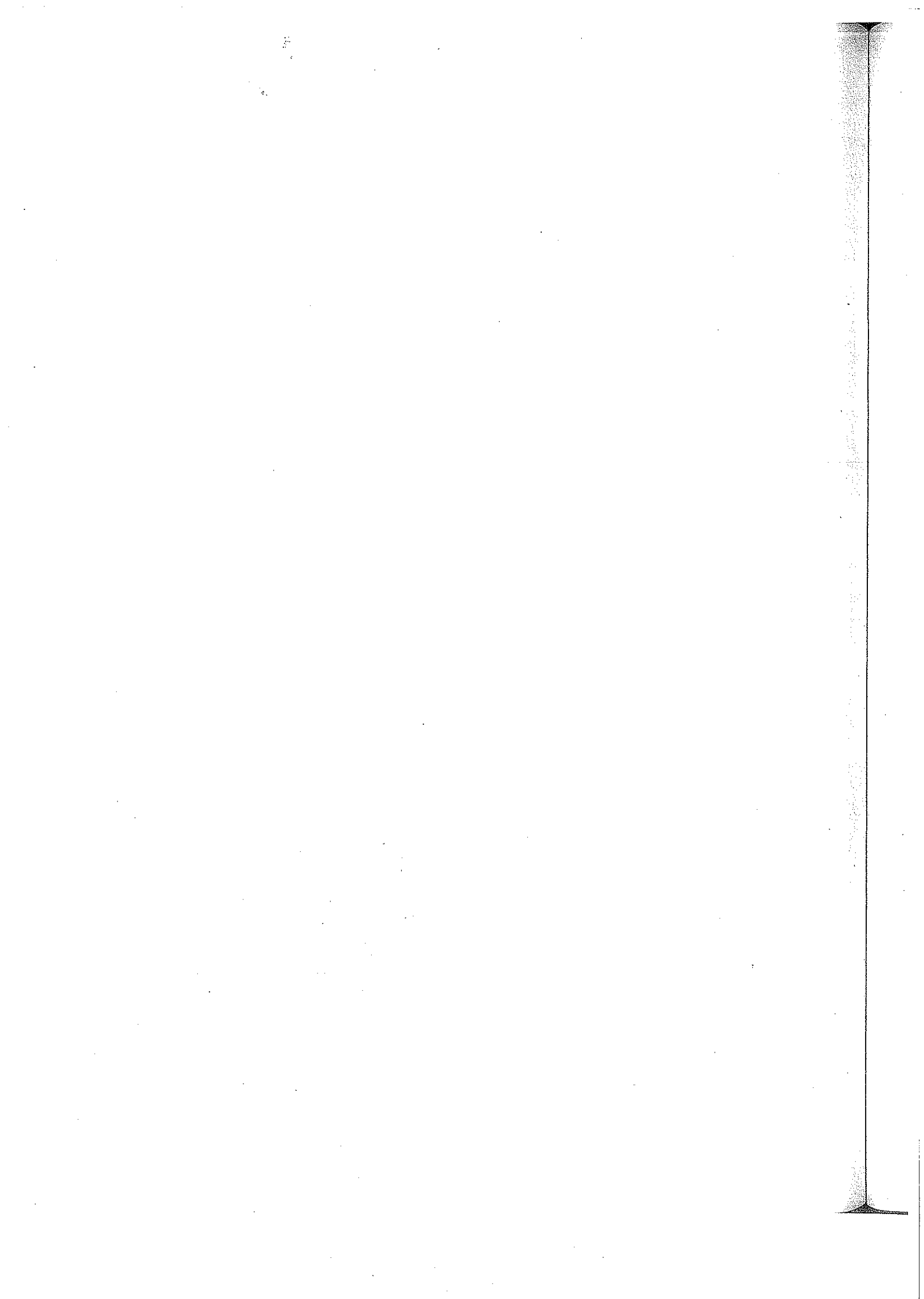
Jack SM. Utility of qualitative research findings in evidence-based public health practice. *Public Health Nurs* 2006;23:277-83.

Kawamoto K, Houlihan CA, Balas EA, Lobach DF. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *BMJ* 2005;330:765.

Khan KS, Kunz R, Kleijnen J, Antes G. Systematic reviews to support evidence-based medicine: how to review and apply findings of health-care research. Londres: Royal Society of Medicine Press Ltd; 2003.

Kuper A, Reeves S, Levinson W. An introduction to reading appraising qualitative research. *BMJ* 2008;337:a288.

Muir Gray JA. Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions. 2.ª ed. Londres: Churchill Livingstone; 2001.



ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Salomé Basurto Hoyuelos • Itziar Vergara Micheltoarena

INTRODUCCIÓN

ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

PROMOCIÓN DE LA SALUD A NIVEL POBLACIONAL

Evaluación del impacto en salud

PROMOCIÓN DE LA SALUD A NIVEL COMUNITARIO

Salud comunitaria basada en activos

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Qué es la educación para la salud?

Modelos de educación para la salud

Modelos de cambio de conducta

Métodos o técnicas educativas dirigidas
al aprendizaje de los contenidos

PROMOCIÓN PARA LA SALUD A NIVEL GRUPAL

PROMOCIÓN PARA LA SALUD A NIVEL INDIVIDUAL

Consumo de alcohol

Sedentarismo y obesidad

Consumo de frutas, verduras y otros
alimentos

Comunicación terapéutica en los procesos
de educación para la salud

Rol de los profesionales sanitarios en
promoción y educación para la salud

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS Y RECURSOS SANITARIOS

Hiperconsumo sanitario

EVALUACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

¿Cómo evaluar la promoción de la salud?

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ÉTICA

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. El abordaje de los determinantes de la salud es el fin de la promoción de la salud.
- Se proponen cuatro niveles para la promoción de la salud: individual, grupal, comunitario y poblacional y cada uno de ellos requiere de diversas herramientas para su desarrollo.
- Existe un gradiente social de la salud que discurre desde la cúspide hasta la base del espectro socioeconómico. Este debe ser considerado siempre con el fin de garantizar la equidad en la promoción de la salud.
- La educación para la salud consiste en acercar a las personas oportunidades de aprendizaje dirigidas a conocer los factores que condicionan su salud y la de su comunidad y capacitarse para elegir las mejores opciones, entendiendo por estas la adopción de estilos de vida saludables dentro de un marco de libertad.

- A la hora de llevar a cabo intervenciones con el fin de promover la salud hay que aplicar una mirada ética. No todo lo que es posible es éticamente aceptable, y es necesario salvaguardar la autonomía de las personas, no hacer daño y no coaccionar ni estigmatizar.
- Es necesario evaluar los planes y programas de promoción de la salud aunque la identificación de resultados en salud pueda ser limitada y difícil.

INTRODUCCIÓN

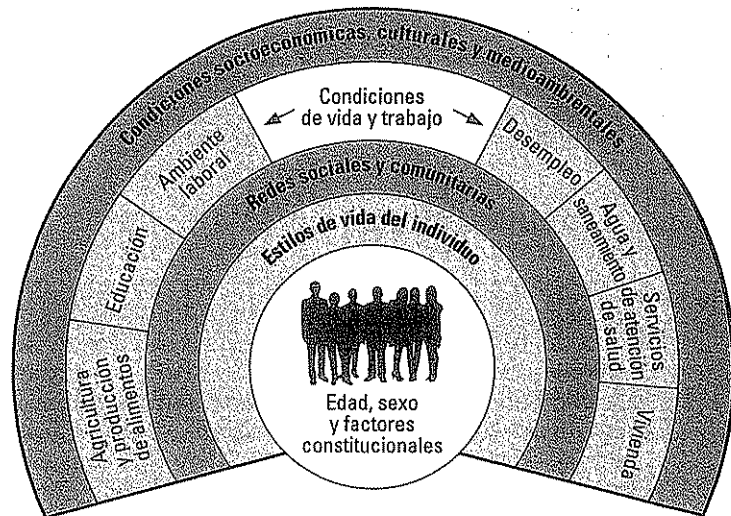
Desde una perspectiva biomédica tradicional y simplificada, algunos de los principales problemas de salud pública del momento actual, como la elevada prevalencia de las patologías crónicas (cáncer, diabetes, patología cardiovascular, entre otras), se atribuyen a comportamientos individuales denominados «de riesgo», como la dieta poco saludable, la falta de ejercicio físico o el consumo de alcohol o tabaco. Esta interpretación, además de ser simplista, esconde severas implicaciones en la práctica de

la salud pública en general y de la promoción de la salud en particular, ya que colocan la responsabilidad de estos y otros problemas de salud en los individuos exclusivamente, ignorando la importancia de los determinantes sociales y ambientales de la salud y, por tanto, la necesidad de los abordajes globales e intersectoriales de dichos problemas de salud pública.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.

El movimiento formal de promoción de la salud que comenzó en 1970 centraba su atención en los estilos de vida y la importancia de la modificación de los comportamientos, basándose para ello en el cuerpo teórico de la psicología. Tras poner en evidencia que esta aproximación lograba efectos muy limitados, se inició el trabajo dirigido a la valoración de las condiciones de vida diaria de las personas. En este sentido, el modelo salutogénico supuso una enorme aportación (Antonovsky, 1987). Este modelo fue el primero en introducir una visión positiva de la salud prestando atención a los factores que hacían que determinados sujetos tuvieran buena salud. De este modo se rompía el paradigma biomédico donde la salud se entendía solo desde la perspectiva de riesgos y se avanzaba en el estudio de los factores que contribuyen a que las personas mantengan y aumenten su bienestar (Juvinya-Canal, 2013) (fig. 14.1).

La incorporación de dicho modelo a las propuestas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se produjo a partir del año 1992 (Rivera de los Santos, 2011). Desde entonces se ha ido prestando especial atención a la importancia de los factores ambientales como determinantes de la salud. Al citar el medio ambiente se hace referencia no solo al medio ambiente físico, sino también a los aspectos psicosociales y, de forma muy relevante, a los factores socioeconómicos como determinantes fundamentales de la salud.



CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD



FIGURA 14.2 ■ Carta de Ottawa para la promoción de la salud, 1986.

La OMS considera que la promoción de la salud es el proceso por el cual se capacita a las personas para tomar el control y mejorar su salud. Su alcance trasciende el de los comportamientos individuales y alcanza un amplio número de intervenciones sociales y ambientales.

Esta organización, en sucesivas conferencias, ha ido definiendo el marco conceptual de la promoción de la salud. La primera conferencia internacional en promoción de la salud se celebró en Ottawa en 1986 (OMS, 1986). En esta conferencia se definió el primer documento de promoción de la salud, que ha servido de referencia hasta nuestros días. La Carta de Ottawa supuso el cambio de paradigma desde el abordaje individual de la promoción de la salud al de los determinantes de la salud (fig. 14.2).

Esta declaración definía tres estrategias principales para promocionar la salud: generar liderazgo para el desarrollo de acciones favorables para la salud; facilitar la creación de ambientes que apoyen la salud y proporcionar información para que las personas puedan tomar las decisiones más adecuadas para su salud, y mediar entre distintos grupos para avanzar hacia la salud.

FIGURA 14.1 ■ Modelo de Dahlgren y Withehead de producción de inequidades en salud. De Dahlgren y Whitehead, 1991.

Además, propuso *cinco áreas de acción* principales que han constituido el eje del desarrollo de la promoción de la salud, entendida desde su perspectiva más amplia:

- Construir políticas públicas saludables.
- Crear ambientes que apoyen la salud.
- Reforzar la acción comunitaria.
- Desarrollar las habilidades personales.
- Reorientar los servicios de salud.

La segunda conferencia en promoción de la salud, que se celebró en Adelaida en 1988, se centró en las políticas sanitarias como medio de desarrollar ambientes favorables a la salud que acabarían por hacer de la opción saludable la más sencilla. La siguiente conferencia, celebrada en Sundsvall, en 1991, reconoció la importancia del ambiente social y la influencia de las normas y de la cultura en el comportamiento.

La cuarta conferencia se celebró en Yakarta (Declaración de Yakarta, 1997) y trataba de definir los principios de la promoción de la salud en el siglo XXI. Esta declaración entendía la salud como un derecho y también como un instrumento para el desarrollo social y económico y sus principios fueron recogidos en la resolución de la OMS sobre promoción de la salud en mayo de 1998. La quinta conferencia global en promoción de la salud, celebrada en 2000 en México, se centró en reducir la brecha de desigualdad social.

Finalmente, en la conferencia de Bangkok, celebrada en 2005, se definieron cuatro compromisos clave para la promoción de la salud:

- Ha de ser prioritaria en la agenda de desarrollo global.
- Ha de ser una responsabilidad central para todos los gobiernos.
- Ha de ser un objetivo para las comunidades y la sociedad civil.
- Es un requisito indispensable para las empresas y las corporaciones.

La principal aportación de la conferencia de Bangkok fue la importancia otorgada a los ámbitos locales y comunitarios como escenario ideal para el abordaje de los determinantes de la salud. Gestionar los retos y las oportunidades de la globalización en los niveles global, nacional y local requiere el máximo nivel de colaboración y compromiso intersectorial, de modo que se pueda garantizar que los beneficios de la globalización, en lo que a la salud de la población se refiere, se maximicen, y los riesgos y perjuicios sean minimizados y mitigados.

En 2013 se celebró la 8.ª Conferencia de Promoción de la Salud en Helsinki y tuvo como eje principal el fomento de la salud en todas las políticas. En su declaración final se afirma que las desigualdades sociales son inaceptables y evitables y que estas se encuentran directamente afectadas por las políticas desarrolladas por todos los sectores. La salud de las personas no es responsabilidad únicamente del sector sanitario. Mientras algunas enfermedades desaparecen gracias a la mejora de las condiciones de vida, otras permanecen inalterables en países aún en vías de desarrollo, y en otros el estilo de vida y de trabajo se encuentra sometido a cambios determinados por los requerimientos del mercado y los patrones de consumo. La salud en todas las políticas toma en consideración las implicaciones que tienen para la salud las iniciativas propuestas desde otros

ámbitos de decisión y pone en valor las consecuencias de las políticas públicas en los sistemas de salud, en los determinantes de la salud y en el bienestar de la población.

La OMS ha celebrado nueve Conferencias para la Promoción de la Salud incorporando los elementos clave que definen el concepto de promoción de la salud que tenemos hoy en día.

ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Tal y como ha definido la OMS, principal referente en este tema, la salud debe ser promocionada en diversos ámbitos o niveles. La OMS identifica varios escenarios para la promoción de la salud, como el ámbito escolar, el laboral y el comunitario, entre otros. Sin embargo, esta propuesta, a pesar de que resulta muy útil para la planificación y también para la evaluación, tiene el inconveniente de dejar fuera a los grupos poblacionales que no se enmarcan en ninguno de los ámbitos considerados. Como alternativa proponemos identificar varios niveles para la promoción de la salud. Estos podrían ordenarse de lo más concreto a lo más general, del siguiente modo: el individual, el comunitario y el poblacional. En cada uno de ellos será necesario y conveniente emplear estrategias y herramientas diferenciadas e idóneas para la promoción de la salud.

Este capítulo se plantea definir algunas de las estrategias y herramientas útiles en los niveles propuestos y añade, por sus particularidades y su relevancia para la atención primaria, un cuarto nivel de actuación, el grupal, en el que la educación para la salud (EpS), herramienta clásica para la promoción de la salud, cobra una gran relevancia.

Se plantean a continuación los niveles propuestos comenzando por el más «macro», el poblacional, hasta llegar al «micro», en este caso, el individual.

Se proponen cuatro niveles en los que promocionar la salud: individual, grupal, comunitario y poblacional.

PROMOCIÓN DE LA SALUD A NIVEL POBLACIONAL

A partir de la consideración del modelo salutogénico en la promoción de la salud, el desarrollo de los conceptos de determinantes de la salud (Lalonde, 1974; Marmot et al., 1991; Diez Roux, 2003) ha permitido construir el marco teórico de las causas en el que se basa la promoción de la salud actual.

La aportación clave de la promoción de la salud en las últimas décadas ha sido centrarse en los determinantes socioambientales de la salud más que en los comportamientos individuales. Pero, ¿cómo actuar sobre estos determinantes?, ¿quién dispone de los mecanismos que pueden modificarlos? Desde este punto de vista, las políticas de salud son uno de los instrumentos clave que permiten la generación de ambientes saludables en los que las personas desarrollan vidas sanas.

La principal estrategia para promover la salud a nivel poblacional es la salud en todas las políticas. Ya se ha mencionado anteriormente que esta línea de trabajo constituyó el eje fundamental de la 8.ª Conferencia de Promoción de la Salud celebrada en Helsinki. La salud en todas las políticas constituye una aproximación a las políticas públicas que toma en consideración, de forma sistemática, la salud y las implicaciones para la salud y los sistemas de salud de las decisiones y políticas desarrolladas en otros ámbitos de gobierno público. La clave de esta propuesta es que no hace referencia exclusivamente a las políticas del ámbito de la salud y de los servicios de salud sino que valora, de forma oportunista y continuada, los impactos que sobre la salud pueden tener políticas procedentes de ámbitos diversos, desde la urbanística a la energética o la alimentaria, entre otras muchas.

Salud en todas las políticas es un enfoque de salud pública que toma en cuenta las implicaciones de las decisiones sobre la salud, busca sinergias y evita impactos negativos sobre la salud.

La aplicación de esta aproximación implica estar atentos para identificar las propuestas legislativas desarrolladas en cualquier sector, con capacidad de tener un impacto en la salud y la equidad. Esta aproximación no es sencilla en absoluto. Implica tener la oportunidad de conocer lo que se está haciendo en otros departamentos y proponer abrir un debate y analizar, e incluso modificar, iniciativas surgidas de cualquier departamento o sección. Considerando la secular dificultad de trabajar de forma colaborativa e intersectorial, se propone emplear el marco teórico de flujos múltiples (Kingdon, 2001). Este modelo toma en consideración tres ejes: el problema, la propuesta política y la oportunidad. Analizando estos elementos de forma simultánea es posible entender las dinámicas de la generación de políticas e identificar las oportunidades de intervenir sobre ellas. Revisiones posteriores de este trabajo proponen completarlo con la consideración del papel de los agentes que intervienen en el proceso de diseño de las políticas (Knaggård, 2016) con el fin de optimizar las posibilidades de influir en el desarrollo de las políticas en cuestión (fig. 14.3).

Uno de los elementos clave de la salud en todas las políticas es la lucha por la equidad. Existe evidencia sobre

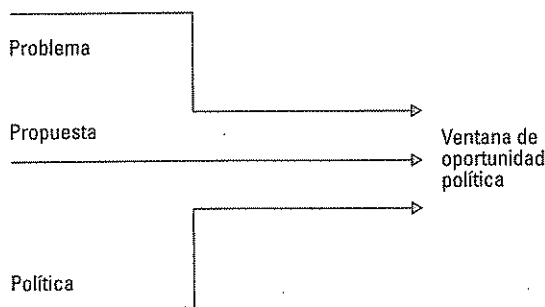


FIGURA 14.3 Marco teórico de flujos múltiples. Adaptada de Kingdon JW. Agendas, Alternatives and Public Policies. 2nd ed. New York: Harper Collins; 1995.

la existencia de un gradiente social en la salud, de tal modo que el estado de salud es mejor a medida que aumenta el nivel socioeconómico. Desde el punto de vista de la promoción de la salud es necesario definir políticas que actúen a lo largo de todo el gradiente, así como intervenciones dirigidas a los que se encuentran en los niveles inferiores del mismo. La consecución de estos objetivos requiere diseñar políticas universales pero con capacidad de prestar atención proporcional a las necesidades observadas (universalismo proporcional).

Los datos muestran que, en general, cuanto más baja es la situación socioeconómica de una persona, peor salud tiene. Existe un gradiente social de la salud que discurre desde la cúspide hasta la base del espectro socioeconómico.

Evaluación del impacto en salud

Una herramienta de gran utilidad para el desarrollo de la salud en todas las políticas es la evaluación del impacto en salud (EIS). Esta herramienta, desarrollada y propuesta por la OMS, ofrece importantes posibilidades para el desarrollo de políticas saludables (EIS, 2010).

Se define la EIS como una combinación de procedimientos, métodos y herramientas para valorar el potencial efecto en la salud poblacional de una política, un proyecto o un programa.

Tal y como se ha venido describiendo en este apartado, las políticas relacionadas con la salud no hacen referencia exclusivamente a acciones relacionadas con la gestión sanitaria o la provisión de servicios. Por el contrario, dada la variedad de los determinantes de la salud, las políticas que tienen capacidad de afectarlos son igualmente amplias y variadas. La OMS viene defendiendo, a través de sus conferencias y declaraciones, la importancia de la valoración de los efectos que en la salud tienen las políticas de los gobiernos, así como las acciones de grupos, empresas e instituciones. Para esta valoración, la EIS resulta una herramienta fundamental porque permite desarrollar políticas conociendo su impacto y proporciona la oportunidad de adaptarlas para prevenir daños evitables. Los principales beneficios de la EIS son: promover políticas equitativas, sostenibles y saludables, mejorar la calidad en el proceso de toma de decisiones en el ámbito de la salud, apoyar la participación ciudadana en debates sobre políticas públicas y demostrar que las políticas relevantes para la salud son más amplias que los asuntos sanitarios propiamente dichos (EIS, 2010).

Se describen tres tipos de EIS:

- *Prospectiva*: predice los efectos de las políticas antes de que estas sean implementadas.
- *Retrospectiva*: identifica las consecuencias de las políticas ya implementadas.
- *Concurrente*: trata de identificar las consecuencias de las políticas a medida que estas se van implementando, especialmente cuando se sospecha algún impacto negativo y hay incertidumbre al respecto. Permite la valoración precoz de dicho impacto y evita que se generen consecuencias negativas.

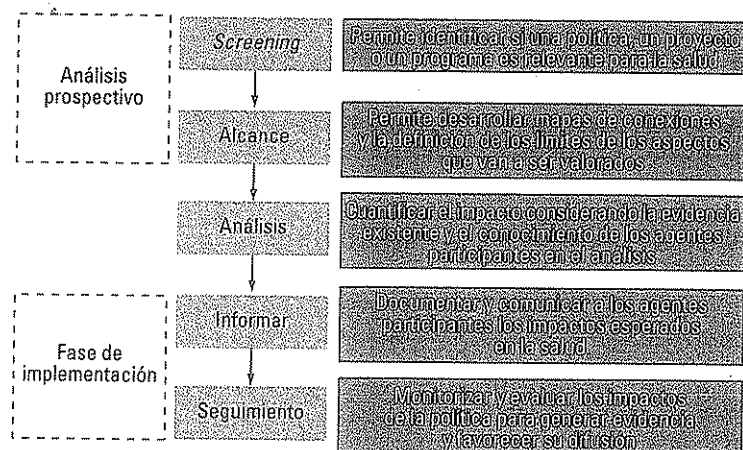


FIGURA 14.4 ■ Componentes y etapas de la evaluación del impacto en salud.

Las principales etapas de la EIS son las siguientes (fig. 14.4):

- Análisis rápido para identificar si una política, un proyecto o un programa son relevantes para la salud.
- Identificación del alcance de los aspectos que deben valorarse durante el análisis. Esta fase genera preguntas, permite desarrollar mapas de conexiones y la definición de los límites de los aspectos que van a ser valorados.
- Análisis para identificar y, cuando sea posible, cuantificar el impacto potencial sobre la salud, en el contexto de la evidencia existente y el conocimiento y la experiencia de los agentes participantes en el análisis. Este análisis puede hacerse de forma breve y rápida o en mayor profundidad en función de las circunstancias en las que se desarrolle.
- Documentar y comunicar a los agentes participantes los impactos esperados en la salud y el modo en el que las políticas pueden ser modificadas evitando así sus posibles repercusiones negativas.

- Monitorizar y evaluar los impactos de la política tras su implantación con el fin de generar evidencia y favorecer su difusión.

PROMOCIÓN DE LA SALUD A NIVEL COMUNITARIO

Como ya se ha mencionado, según la OMS los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Esas circunstancias son resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, y dependen a su vez de las políticas vigentes. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las desigualdades en salud, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países por lo que respecta a la situación de salud (fig. 14.5).

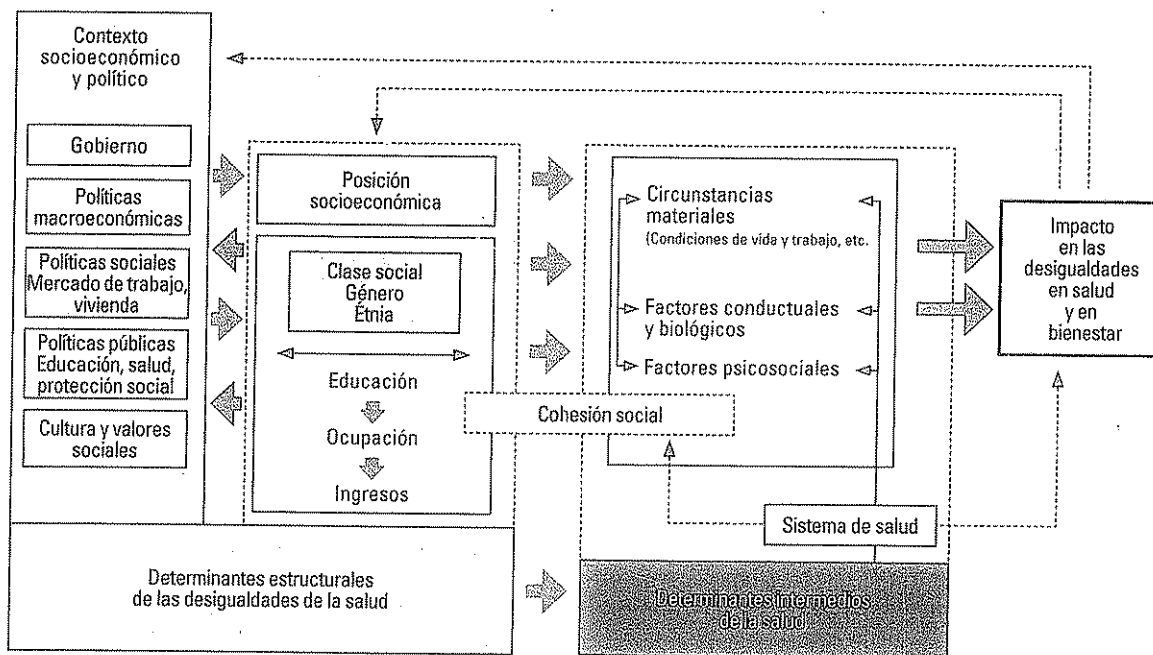


FIGURA 14.5 ■ Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud. De Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization; 2010.

El ámbito comunitario es el contexto «micro» en el que cristalizan un buen número de determinantes intermedios de la salud y en el que es probable que las políticas de salud pública y otras impacten de forma desigual. Esta es la justificación fundamental de la necesidad de abordar dichos determinantes desde una perspectiva diferente a la de la política sanitaria habitual y más cercana a la realidad del contexto «micro» en cuestión. Dicho abordaje constituye la salud comunitaria.

La salud comunitaria es la expresión colectiva de la salud de los individuos y grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características de los individuos, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales, es decir, por los determinantes sociales de la salud (Gofin y Gofin, 2010).

La salud comunitaria es la expresión de la salud de una comunidad definida, determinada por la interacción entre las personas, el medio social, cultural y ambiental, y la influencia de factores sociales, políticos y globales.

En general, los procesos comunitarios para el abordaje de los determinantes sociales de la salud precisan de la intervención de diversos agentes, cada uno con su propio papel y sus funciones (Departamento de Salud Gobierno Vasco, 2016): las administraciones (local u otras administraciones públicas), de las que depende la legislación, la planificación, los recursos y la financiación a nivel local; los recursos profesionales y técnicos, personas que se relacionan directa y diariamente con la población y que gestionan servicios, programas y prestaciones (educativas, sociales, sanitarias, económicas, etc.), y la ciudadanía, tanto sus organizaciones sociales (asociaciones y grupos formal e informalmente constituidos) como otras personas, especialmente aquellas con liderazgo social.

El volumen de experiencias en promoción de la salud en el nivel comunitario ha permitido la elaboración y publicación de la Guía NICE *Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities*. Esta guía tiene como objetivo, entre otros, revisar diversos abordajes de participación comunitaria con el fin de reducir las desigualdades en salud y asegurar que las iniciativas para mejorar la salud y el bienestar son efectivas.

Entre las recomendaciones recogidas en la guía destacan: apoyar el desarrollo de colaboraciones para dar respuesta a las necesidades locales de salud y facilitar la participación de las comunidades en iniciativas de mejora de su salud y bienestar.

Salud comunitaria basada en activos

Una herramienta de gran utilidad para la promoción de la salud en el nivel comunitario es el modelo de activos para la salud (Kretzmann y McKnight, 1993). Este modelo se basa en la identificación de las capacidades de la comunidad de forma que estas sean empleadas como parte de un proceso de capacitación y participación. La relevancia de esta aproximación ha llevado a la propuesta de emplear la frase «Promoción de la Salud/Salud Comunitaria basada

en activos» como una definición operativa para trabajar de forma intersectorial y participativa en el ámbito local en salud (Cofiño et al., 2016) (fig. 14.6).

Este modelo propone trabajar en seis etapas: preparación y contextualización; identificación de activos; análisis, interpretación y presentación de la información recogida; difusión; conexiones y dinamización de los activos, y evaluación.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

¿Qué es la educación para la salud?

En todas las estrategias contempladas desde la promoción de la salud para posibilitar mayores niveles de salud en la población tiene un protagonismo relevante la EpS, que nos permite actuar tanto a nivel individual como familiar y grupal y que se hace operativa a través de la actividad educativa.

La OMS define la EpS como «una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos». La EpS pretende crear oportunidades de aprendizaje que supongan una forma de comunicación destinada a mejorar el conocimiento de la población sobre los factores que condicionan su salud y la de su comunidad y al desarrollo de valores, actitudes y habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. La finalidad es promover la adquisición y conservación de hábitos de salud sanos y la capacitación para tomar, individual o colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en el que viven (Consejo Integral en Estilo de Vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta, 2015) dentro de un marco de libertad, evitando que se conviertan en vehículo de adoctrinamiento de las personas (Delgado et al., 2007). También busca la alfabetización sanitaria con el fin de que los ciudadanos aprendan a usar más juiciosamente los servicios sanitarios que tienen a su disposición.

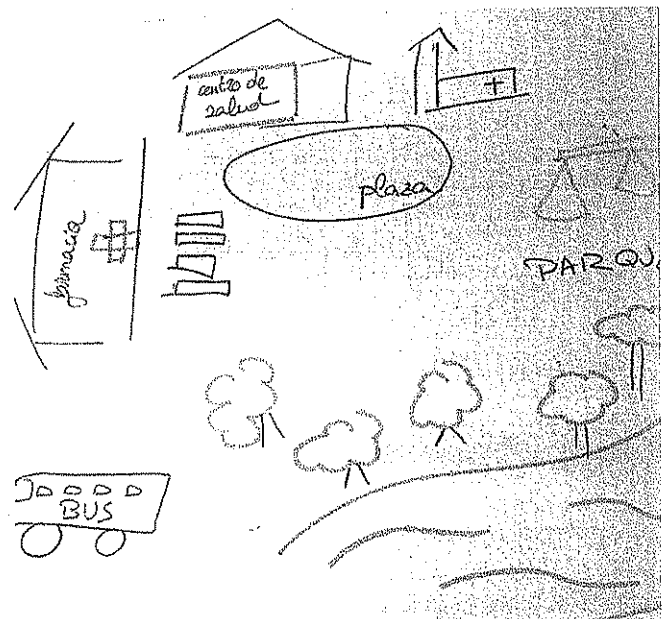


FIGURA 14.6 ■ Ejemplo de mapa de activos.

La EpS es una estrategia valiosa para ayudar a las personas, familias y comunidades a mejorar sus condiciones de salud y vida a través de la capacitación para el autocuidado y la toma de decisiones responsables.

Asimismo, a través de la EpS se pretende el desarrollo de la capacidad crítica y autocrítica necesarias para tomar la decisión de autocuidarse y posicionarse ante la presión que los medios de comunicación social ejercen, incrementando, en definitiva, sus recursos personales para la vida.

No se trata de prescribir un comportamiento, sino de impulsar al paciente a tomar decisiones que mejoren su salud y para ello es esencial partir de sus necesidades y realidades psicosociales (Consejo Integral en Estilo de Vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta, 2015).

Las áreas de intervención incluyen los problemas de salud crónicos tales como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades cardiovasculares, esquizofrenia, artrosis, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida, demencias y procesos agudos o de mediana duración como lumbalgias u otras dolencias osteoarticulares y otros problemas tales como los relacionados con situaciones de dependencia, violencia y maltrato.

Incluyen también las transiciones vitales como el embarazo, la infancia y adolescencia, la maternidad o paternidad, la menopausia/madurez, el envejecimiento y la dependencia.

Otro campo de actuación son los estilos de vida, ya que se convierten en factores de riesgo. Los factores sobre los que se planea incidir la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, aprobada el 18 de diciembre del 2013 por el Consejo Internacional del Sistema Nacional de Salud son: actividad física, alimentación, consumo de tabaco y consumo de riesgo de alcohol, bienestar emocional y la seguridad del entorno para prevenir lesiones no intencionales. Añadiríamos la importancia de trabajar la autoestima y la asertividad (fig. 14.7).

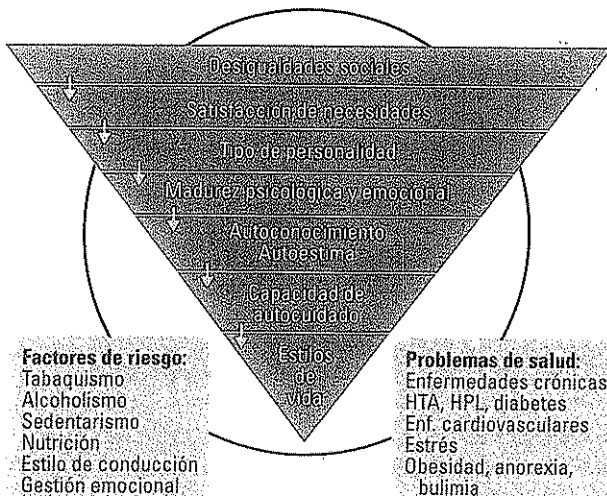


FIGURA 14.7 ■ Elementos que afectan a los estilos de vida y su relación con la salud.

Los factores de riesgo interaccionan entre sí de tal manera que el efecto de la exposición simultánea a varios de ellos es mayor de lo esperado por la suma de sus efectos y, a su vez, la intervención sobre cualquiera de ellos potenciará la reducción de los demás factores con determinantes comunes.

Es fundamental tener un enfoque integrado en las intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y a la prevención abordando no solo los factores de salud/riesgo y sus interacciones, sino teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud y los diferentes entornos vitales de cada población. Trabajar eficazmente en EpS requiere contextos facilitadores tanto políticos como técnicos: apoyo institucional y en la gestión, apoyo técnico (formación, materiales, asesorías, etc.) y apoyo económico, tal y como se dice ya en la primera parte de este capítulo.

Modelos de educación para la salud

Sobre EpS se ha escrito mucho desde diversas perspectivas, por lo que encontramos varios modelos que proponen maneras eficaces de desarrollarla. Entre estos podemos mencionar:

- *Enfoque ecológico*: establece la importancia que tienen los factores individuales, interpersonales, organizacionales, comunitarios y los relacionados con las políticas públicas debido a su efecto en los cambios de conducta individuales y en la salud. Estos factores están interrelacionados, de tal manera que los programas que se pongan en marcha en cada uno de los niveles potenciarán el resultado final de todos ellos (Brownson et al., 2011).
- *Teoría del aprendizaje social*: esta teoría preconiza tener en cuenta la credibilidad de los modelos sociales, potenciar la autoeficacia planteando objetivos alcanzables y proporcionando ayuda y seguimiento a través de la retroalimentación y el refuerzo, ya que el refuerzo positivo ayuda a repetir la conducta manteniéndola en el tiempo.
- *Modelo de creencias de la salud*: este modelo defiende la importancia de trabajar los pros y contras del cambio y la percepción de susceptibilidad y severidad de la enfermedad. Plantea la búsqueda de estímulos que se asocian a la conducta no deseada para cambiarlos por otros, capacitar en estrategias de afrontamiento y crear nuevos estímulos asociados a la nueva conducta.
- *Modelo de acción de la salud*: propone potenciar la autoestima de las personas y buscar el apoyo del entorno.
- *Modelo de procesamiento de la información por el consumidor*: aborda la importancia de conocer la información que tiene la persona y de la que quiere tener, ya que la capacidad de procesamiento de la información es limitada, por lo que habría que seleccionar la más relevante y comunicarla con el fin de que la persona pueda tomar decisiones. Aspectos importantes a tener en cuenta son asegurarse de que dispone de la información, de que esta se percibe como útil y novedosa y de que es procesable (que tenga un formato agradable y atractivo) (Marqués et al., 2009).

Existen varios modelos de EpS: enfoque ecológico, teoría del aprendizaje social, modelo de creencias de la salud, modelo de acción de la salud y modelo de procesamiento de la información por el consumidor.

Otros autores aluden a otros modelos como el que parte de la comunicación persuasiva, el basado en la política económica, el pragmático y el integrador, y consideran que actualmente el modelo pragmático es el más aceptado por la mayor parte de los educadores sanitarios y por las administraciones (entre los que se encuentra la OMS). Este modelo tienen muchas coincidencias con varios de los aspectos comentados en los modelos anteriores, ya que plantea incidir sobre los individuos no solo a través de la comunicación persuasiva, informativa y motivadora, sino mediante leyes aprobadas por los parlamentos democráticos que incidan sobre el medio ambiente físico, socio-cultural y socioeconómico, con el objetivo de favorecer los cambios de conducta preconizada (Sánchez et al., 2008).

El modelo pragmático coincide con las ideas vertidas por los otros modelos, planteando que además de la información y motivación individual hay que mejorar los entornos y contar con la familia como aliada.

El modelo integrador aúna las ideas de la mayoría de los existentes, recogiendo los factores que se consideran fundamentales para la modificación de conductas y comportamientos de la población. Considera necesario incluir a la familia como unidad de atención, entendiéndola como la gran aliada de los profesionales, puesto que para promover cambios de hábitos hay que intervenir sobre el núcleo familiar, pues es en su seno donde se desarrollan ciertos aprendizajes y conductas.

Modelos de cambio de conducta

Muchas intervenciones e investigaciones sobre el cambio de conductas se basan en el modelo transteórico de los estadios de cambio, llamado también de Prochaska y DiClemente (Zimmerman et al., 2000). Este modelo defiende que, ante un cambio de conducta, las personas pueden situarse en diferentes fases del proceso: precontemplación, contemplación, preparación o acción y mantenimiento, según su grado de motivación, para la adquisición de la nueva conducta en salud. Es importante identificar la fase en la que se encuentran para actuar en consecuencia y tener posibilidades de éxito. Por ejemplo, a una persona que no se haya planteado la posibilidad de un cambio de hábito habría que empezar por plantearle pensar en dicha posibilidad a través de un consejo breve y/o un interrogante que le movilizara hacia la siguiente fase, la de preparación, para que fuera avanzando a la de acción:

- *Fase de precontemplación:* en esta fase no existe intención de cambiar la conducta en un futuro previsible (medido normalmente como los siguientes 6 meses). El individuo no es consciente del riesgo o niega sus consecuencias.

- *Fase de contemplación:* en esta fase se es consciente de la existencia de un problema y se piensa en abordarlo, pero aún no se ha comprometido para actuar.
- *Fase de preparación:* en esta fase existe intención de actuar en un futuro cercano (medido normalmente como dentro del siguiente mes) y es posible que haya pasado a realizar alguna acción.
- *Fase de acción:* en esta fase se produce la modificación de la conducta y/o del entorno para abordar un problema. El cambio es relativamente reciente (medido normalmente como los últimos 6 meses).
- *Fase de mantenimiento:* en esta fase se trabaja para mantener la conducta en un período largo de tiempo (más de 6 meses) (Córdoba et al., 2016) (fig. 14.8).

Este modelo resulta de fácil comprensión y operativo para utilizar en las consultas de atención primaria, pero se considera limitado para el abordaje de nuevos comportamientos más complejos como el cambio en los hábitos nutricionales o la realización de actividad física (Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, 2013) y la evidencia sobre su efectividad es dudosa (Córdoba et al., 2016).

Existe otro modelo, más reciente, para diseñar intervenciones orientadas al cambio de conducta denominado *la rueda del cambio de comportamiento* (Michie et al., 2011). En el centro de la rueda se encuentran tres condiciones fundamentales para el cambio que se relacionan entre ellas como son la capacidad, la motivación y la oportunidad. La capacidad vendría dada por la competencia, tanto psicológica como física, para llevar adelante el cambio y exige tener los conocimientos y las habilidades necesarios para hacerlo. Despertar la motivación conlleva ayudar a la persona en la búsqueda de intereses que le impulsen para la puesta en marcha y la consecución de sus objetivos. Estos intereses surgen desde el área emocional y no solamente desde la razón, y no es algo que se pueda imponer desde fuera sino que es necesario que cada uno los encuentre dentro de sí, a lo cual podemos ayudar los profesionales a través de la relación terapéutica. La oportunidad viene dada por todos los recursos externos que rodean al individuo y que facilitan que el cambio de comportamiento sea posible (fig. 14.9).

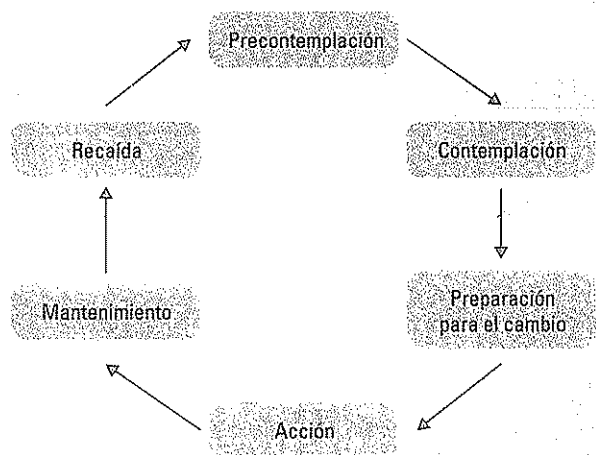
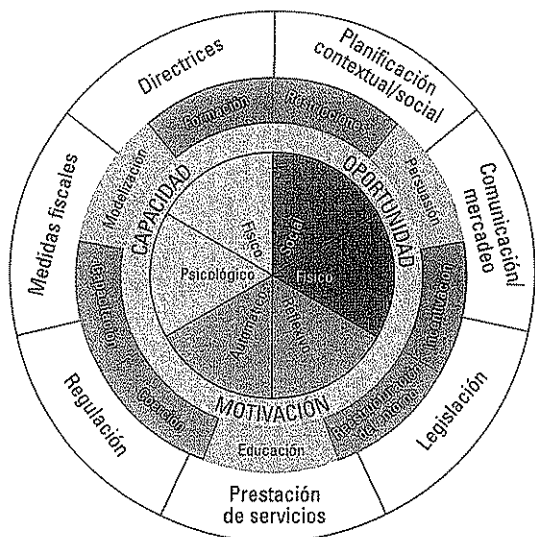
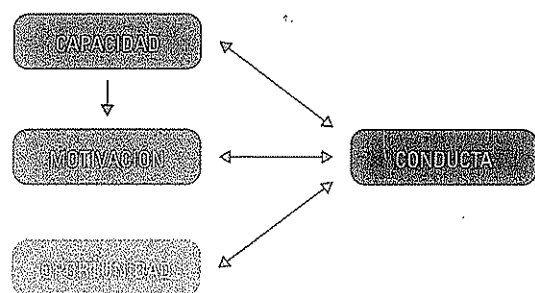


FIGURA 14.8 ■ Estadios del proceso de cambio de una conducta. Adaptada de DiClemente y Prochaska, 1991.



■ Fuentes de comportamiento ■ Funciones de intervención □ Política

FIGURA 14.9 ■ Modelo de la rueda del cambio de comportamiento. De Michie et al., 2011.

En el círculo externo de la rueda se encuentran las posibles intervenciones que se pueden llevar a cabo, entre las que se hallan: trabajar las limitaciones, la formación, la persuasión, la incentivación, las medidas coercitivas, la capacitación, la posibilidad, los modelos de conducta y la reorganización medioambiental.

Métodos o técnicas educativas dirigidas al aprendizaje de los contenidos

Existen diversidad de métodos educativos que se exponen a continuación.

Métodos unidireccionales

- Directos: diálogo y consejo educativo, clase o aula, charla, discusión en grupo.
- Indirectos: visuales como carteles, vallas, folletos, cartas circulares, prensa; sonoros como la radio y mixtos como la televisión.

Estos métodos, a diferencia de los bidireccionales, tienen mayor cobertura y se utilizan para dirigirse a grandes grupos o colectividades. Tienen una eficacia menor que los bidireccionales y se usan generalmente para informar, crear opinión, concienciar o dar normas. Entre las

limitaciones de estos métodos se encuentra el hecho de que solo sensibilizan mientras dura la campaña, ya que la información proporcionada se olvida o rechaza al cesar esta, entre otras razones porque los mensajes no pueden adaptarse a las necesidades del grupo. Esto hace que no incidan en cambios de comportamiento, por lo que son poco eficaces si no se combinan con otros métodos más personalizados.

Métodos bidireccionales

Son los más recomendables para la EpS porque permiten una mayor participación de la persona y la interacción con el profesional. Estos métodos incluyen técnicas educativas como el diálogo y la discusión de grupo.

El diálogo es el método más adecuado para la educación sanitaria individual si se lleva a cabo teniendo en cuenta los componentes de un buen diálogo que coinciden con los de una buena comunicación, descritos más adelante en el apartado «Comunicación terapéutica en los procesos de educación para la salud».

La discusión no utiliza ningún medio audiovisual ni ningún método de juego. Se trata de discusiones en el sentido más simple de la palabra. La discusión se puede llevar a cabo con animador o sin animador. En este último caso, el grupo discute sobre un tema impuesto, que puede ser un problema o un asunto polémico, y son los participantes en la discusión los que determinan el enfoque a dar al tema y la dinámica. Se acuerda un tiempo para la discusión que puede ir desde 30 minutos a una hora. A los participantes se les puede pedir que lean previamente bibliografía sobre el tema e incluso se podrían indicar algunas claves sobre los aspectos que deberían tratarse, pero en todo caso, para que la discusión sea de calidad, exige la responsabilidad de los participantes (De Lorenzo, 2013, Pérez Jarauta et al., 2006).

Técnicas de investigación en aula

Tormenta de ideas, foto-palabra, dibujo-palabra, rejilla, entrevista, cuestionarios, frases incompletas, cuchienco, Phillips 66, etc.

Técnicas expositivas

Exposición con discusión, exposición participada, síntesis teórica; investigación o lectura bibliográfica con discusión, panel de expertos, mesa redonda, etc.

Técnicas de análisis

Casos, análisis de textos (paneles, frases, refranes, canciones o publicidad), discusiones (en grupo pequeño o grande, abiertas o estructuradas, discusión en bandas, sesión de tribunal), ejercicios diversos, etc.

Técnicas de desarrollo de habilidades

Ejercicios y simulaciones, tales como *role-playing*, simulación operativa, demostración con entrenamiento y ejercicios de distintos tipos, juegos, ayudar a decidir (Pérez Jarauta et al., 2006).

Autocreación de métodos educativos

Consiste en que las personas que participan en el grupo de cambio de conducta realicen uno o varios medios educativos. Puede tratarse de algo sencillo como un folleto informativo, un cartel o algo más complejo como la realización de un vídeo, una producción audiovisual, una fotonovela o una obra de teatro.

Este método propicia una gran implicación de los participantes potenciando la consecución de los objetivos tanto cognitivos como afectivos y actitudinales propuestos. Autores como Deakin et al. (2005) encontraron que no estaba claro cuál era el método más eficaz para impartir educación sobre la autogestión. Sin embargo, Berzins et al. (2009) encontraron en su estudio que la educación del paciente parece ser mejor cuando se utiliza una variedad de métodos, incluidas las sesiones de enseñanza adaptadas y discusiones en grupos pequeños apoyados por material escrito.

PROMOCIÓN PARA LA SALUD A NIVEL GRUPAL

Consiste en una serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de personas, encaminadas al desarrollo de capacidades para el autocuidado sobre una situación de salud. Puede realizarse a grupos y familias y a personas sanas o con problemas de salud ya instaurados. También se incluyen intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad encaminadas a aumentar su conciencia sobre factores sociales, políticos y ambientales que influyen en la salud.

De la revisión de varios autores sobre el concepto de grupo podemos concluir que un grupo son dos o más individuos a los que les unen los mismos intereses y preocupaciones, que entran en contacto para lograr un objetivo y se influyen mutuamente a través de la interacción social (Sáez y Calvo, 2004).

Entre las potencialidades del trabajo grupal está el aprovechamiento del recurso tiempo, el apoyo que las personas participantes se dan entre sí al compartir conocimientos y recursos y tener los mismos intereses, el descubrir que lo que viven no es único, así como los lazos afectivos que se crean. Además, el grupo sirve de estímulo a cada participante para comprometerse de una manera más seria en el cambio de actitudes y comportamientos más saludables.

El tamaño idóneo para desarrollar procesos educativos que puedan provocar un cambio de actitudes oscila entre 10 y 20 personas (Berzins et al., 2009; Challis et al., 2010; Davies, 2010). Con este número se pueden utilizar metodologías educativas participativas altamente eficaces. Grupos de mayor tamaño pueden ser idóneos para dar información, pero es más dudosa su efectividad para lograr el cambio de actitudes, aunque Duke et al. (2009) encontraron que el tamaño del grupo no cambió la efectividad de la educación y que los programas individuales y de grupo tuvieron el mismo impacto.

Para formar un grupo hay que tener en cuenta que los participantes tengan unas características similares en cuanto al nivel socioeconómico y el nivel intelectual, que se encuentren en un mismo rango de edad y que estén motivados por conseguir sus objetivos de cara a planificar tanto

los contenidos como los métodos y estrategias educativas. Es importante a la hora de llevar a cabo las sesiones de EpS proporcionar momentos para la expresión de inquietudes, dificultades y sentimientos, lo que permitirá ajustar la programación, realizada *a priori* por los educadores, a las necesidades de los participantes, ya que los programas educativos deben ser flexibles con los pacientes (Corben y Rosen, 2005). Asimismo, se debe dar un enfoque integral abordando tanto el área de los conocimientos como el área emocional y actitudinal, teniendo en cuenta la relación intrínseca que se establece entre estos tres niveles. Con frecuencia caemos en el error de hablar de intervenciones integrales cuando en realidad hacemos intervenciones dirigidas en exclusiva al área de los conocimientos y dejamos las otras áreas sin abordar.

PROMOCIÓN PARA LA SALUD A NIVEL INDIVIDUAL

Los determinantes sociales afectan a los estilos de vida, siendo responsables de porcentajes importantes de enfermedad.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011/12, los estilos de vida relacionados con la salud siguen un patrón de género diferencial según el grupo de edad. A medida que ascendemos en los grupos de edad son los hombres los que tienen peores hábitos como fumar y beber alcohol, mientras que en la población más joven se igualan en mayor medida al incorporar las mujeres estos hábitos de consumo. Algunos factores que pueden influir en este cambio de conductas entre generaciones pueden ser la entrada de las mujeres al mercado laboral y el desarrollo de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. En cambio los hábitos más saludables, como la realización de ejercicio físico en el tiempo libre, son menos frecuentes en mujeres, debido principalmente a la falta de tiempo, que invierten por otro lado en el cuidado de la familia. Son las mujeres las que asumen principalmente el cuidado de menores (el 2,2% de hombres frente al 33% de mujeres), de personas con limitaciones o discapacidad (el 16,6% de hombres frente al 49,4% de mujeres de 15 años y más) y las tareas del hogar (el 9,7% de hombres frente al 44,5% de mujeres de 15 años y más) (Encuesta Nacional de Salud 2011/12) (tabla 14.1).

TABLA 14.1 Datos sobre estilos de vida en España según la Encuesta Nacional de Salud 2011/12

	Consumo de tabaco	Consumo de alcohol	Actividad física	Obesidad
Hombres de 15 y más años	27,9%	52,4%*	49,4%	18%†
Mujeres de 15 y más años	20,2%	25,0%*	32,4%	16%†

*Porcentaje de hombres y mujeres que beben al menos una vez a la semana.

†Porcentaje de población de 18 y más años.

El consumo de tabaco siguió siendo la principal causa evitable de muerte y enfermedad en nuestra sociedad. Se trata de uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades cardíacas y de los vasos sanguíneos, la bronquitis crónica y el enfisema, el cáncer de pulmón y otras enfermedades.

Revisando la evolución en el consumo de tabaco desde 1993 a 2012 encontramos que el porcentaje de población que consume tabaco a diario (15 y más años) muestra un continuo descenso, fundamentalmente a expensas de los hombres, aunque también ha descendido en las mujeres. El hábito tabáquico entre 15 y más años se encuentra en el 27,9% de los hombres y el 20,2% de las mujeres. Entre los jóvenes de 15 y 24 años afecta al 21,7% de hombres y el 21,0% de mujeres.

Consumo de alcohol

En los últimos años ha descendido el consumo habitual de alcohol mientras que destaca el consumo intensivo de riesgo entre los jóvenes. El 34,4% de la población de 15 y más años no ha bebido en el último año y el 18,9% solo lo hace una vez al mes o menos. El 38,3% bebe habitualmente, al menos una vez a la semana. El consumo habitual es el doble en hombres (el 52,4% lo hace al menos una vez a la semana) que en mujeres (25,0%). En los jóvenes se reduce esta diferencia por sexo.

Por lo que se refiere al consumo intensivo, con riesgo de producir problemas agudos, el 13,4% de la población de 15 y más años ha consumido alcohol de manera intensiva al menos una vez en el último año (el 19,7% de los hombres y el 7,3% de mujeres). Entre los que consumen de forma intensiva, al menos una vez al mes, es más alto el porcentaje de hombres (11,0%) que de mujeres (5,6%).

La mayor prevalencia de consumo intensivo se da en hombres de 15 a 34 años: uno de cada 10 se expone mensualmente a los riesgos del consumo intensivo de alcohol y casi uno de cada 20 lo hace semanalmente.

Sedentarismo y obesidad

Cuatro de cada 10 personas (41,3%) se declaran sedentarias (no realizan actividad física en su tiempo libre), uno de cada tres hombres (35,9%) y casi una de cada dos mujeres (46,6%). Si tenemos en cuenta tanto la actividad principal como el tiempo libre, el 40,9% de los adultos entre 15 y 69 años realiza actividad física intensa o moderada, el 49,4% de los hombres y el 32,4% de las mujeres.

Aunque se observa una disminución del sedentarismo, mayor en las clases más favorecidas, se registra un aumento de la obesidad (índice de masa corporal igual o superior a 30 kg/m²) en ambos sexos en los últimos años, más acentuada en hombres que en mujeres y que afecta al 17,0% de la población de 18 y más años (el 18,0% hombres y 16,0% mujeres). Un 53,7% de la población mayor de 18 años padece obesidad o sobrepeso. A mayor edad es más frecuente, excepto en mayores de 74 años. Crece según se desciende en la escala social, oscilando de un 8,9% en la clase I a un 23,7% en la clase VI.

En lo que se refiere a la obesidad infantil (2 a 17 años) se mantiene relativamente estable desde 1987, año en que se hizo la primera encuesta de salud nacional, con altibajos.

Un 27,8% de esta población padece obesidad o sobrepeso. Uno de cada 10 niños tiene obesidad y dos sobrepeso, con una incidencia similar en ambos sexos.

Consumo de frutas, verduras y otros alimentos

El 61,4% de la población (uno y más años) consume fruta a diario y el 45,8% verduras a diario. El consumo diario de estos alimentos desciende los primeros años de vida hasta el grupo de 15 a 24 años, volviendo a aumentar hasta el grupo de 75 y más años.

El 12,5% de la población consume refrescos con azúcar a diario, aunque se ha reducido el porcentaje desde el año 2006 (17,2%). El 2,1% declara que consume comida rápida a diario. El impacto de las intervenciones dirigidas a la modificación de los determinantes de la salud es variable (Dahlgren y Whitehead, 1991). Así, las políticas macroeconómicas (de empleo, de derechos, etc.) influyen en mayor medida y sobre más cantidad de personas que las intervenciones más cercanas a los individuos. Además, la acción simultánea en diversos niveles suele potenciar los efectos de las intervenciones, por lo que conviene alinear las acciones sobre la persona y su entorno próximo, como la familia, el lugar de estudio o de trabajo y el barrio, con las políticas sobre ámbitos más generales (Pasarín y Díez, 2013). Como ejemplos podemos mencionar, en nuestro país, la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud (EPSP), que interviene sobre los estilos de vida saludables abordando no solo factores de riesgo sino también los determinantes de la salud y los entornos (Gómez, 2016), y La Estrategia «Salud 2020» de la Región Europea de la OMS, que presenta como objetivos estratégicos mejorar la salud de todos y mejorar el liderazgo y la gobernanza participativa para la salud, estableciendo cuatro áreas prioritarias para la acción:

1. Invertir en salud con un abordaje de curso de vida y de empoderamiento de la población.
2. Abordar las principales cargas de enfermedades transmisibles y no transmisibles en Europa.
3. Fortalecer los sistemas de salud centrados en las personas y la capacitación en salud pública.
4. Crear entornos de apoyo y comunidades resilientes.

Entre las intervenciones que realizan los profesionales de la salud para promover estilos de vida saludables a nivel individual se encuentra el *consejo breve*. Este consiste en una intervención breve de tipo oportunista que incluye información y propuesta motivadora de cambio a las personas, aprovechando el encuentro profesional. Esta actuación no está encaminada a educar como tal sino que va dirigida a despertar una inquietud para llevar a cabo un cambio de hábitos. Serviría sobre todo para que las personas se movilizaran.

La *educación individual* está dirigida a que la persona se capacite para el autocuidado sobre el proceso que esté viviendo (problema de salud crónico, transición vital, crisis situacional, cambio en el estilo de vida), interviniendo para el desarrollo de conocimientos, la disposición de ánimo favorable, la búsqueda de motivación y voluntad, la capacitación en gestión emocional, las habilidades, y los recursos tanto familiares y/o comunitarios de tipo instrumental, afectivos y sociosanitarios.

Está demostrado que detrás de las actitudes y comportamientos de las personas existen pensamientos, sentimientos, valores y creencias, una manera de gestionar las emociones y un nivel de autoestima, resultantes del aprendizaje a lo largo de la vida y de las condiciones socioeconómicas y ambientales, así como interacciones sociales, que impulsan a la persona hacia unas actitudes y comportamientos determinados, más o menos sanos. Por eso cualquier intervención en EpS debe tener en cuenta la identificación de los mismos, la valoración de cómo se afronta la situación, así como las dificultades que genera llevar a cabo los cambios propuestos y los recursos personales, familiares y sociales con los que se cuenta (fig. 14.10).

Existen diferentes tipos de intervenciones en educación para la salud: el consejo breve, la educación individual y la educación grupal.

Es importante empezar los procesos educativos descubriendo el punto de vista de las personas al respecto de las implicaciones que para ellas tiene el proceso por el que están pasando, lo que denominamos ideas previas, e identificar las *barreras* existentes que pueden estar relacionadas con cualquiera de las tres áreas: cognitiva, afectiva y actitudinal. Asimismo, para tener éxito en los cambios de estilos de vida es necesario acercar la intervención a las necesidades de la persona, teniendo en cuenta una perspectiva integral e individualizando los mensajes, los contenidos educativos y las técnicas a utilizar, tanto si se trata de una intervención individual como grupal. Por ejemplo, si únicamente se da formación dirigida al área cognitiva, en los casos que existan barreras en el nivel emocional, es muy probable que no se tenga el éxito esperado. Esto puede condicionar situaciones de hiperfrecuentación poco resolutivas.

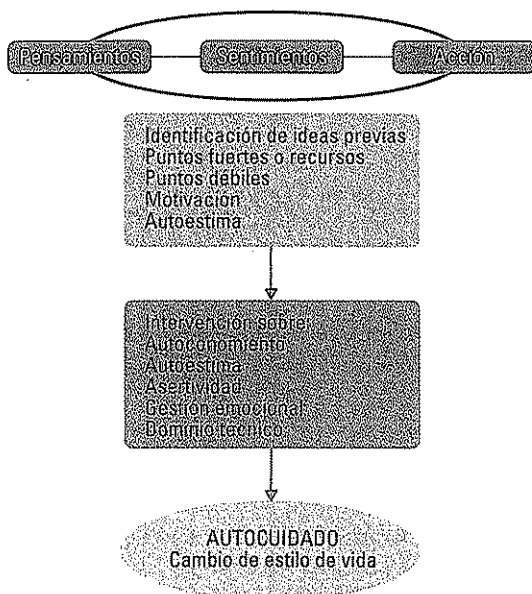


FIGURA 14.10 ■ Áreas a abordar en los procesos de educación para la salud.

Pueden existir barreras a varios niveles:

- En la manera de afrontar los cambios: evitación, supresión emocional, búsqueda de información, planificación de actividades, con estrés.
- En la existencia o inexistencia de recursos personales: posicionamientos incapacitantes (infantiles), no asunción de responsabilidad para el autocuidado, incapacidad de adaptación, incapacidad de aprendizaje e incapacidad para encontrar nuevos modos y una filosofía de vida que resulten beneficiosos y satisfactorios a su situación de salud.
- Limitaciones: falsas creencias, antivalores, aislamiento social, falta de conocimiento, falta de motivación, baja autoestima, dificultades en la gestión emocional, desinterés por la propia vida y/o precariedad económica, entre otras.
- Apoyo social de que disponen: familia, amigos, vecinos, asociaciones, ayuda profesional.

Es importante valorar conocimientos previos y barreras, así como recursos personales, familiares y comunitarios para ayudar en los cambios de estilos de vida.

Comunicación terapéutica en los procesos de educación para la salud

Abordar procesos de EpS exige establecer un proceso relacional y comunicacional con el individuo, las familias y/o grupos. La relación terapéutica se podría definir como una negociación intersubjetiva en la que, a través del diálogo que se establece entre el profesional y el paciente, se va construyendo/reconstruyendo el binomio salud/enfermedad (García et al., 2005). Por tanto, es considerada como un proceso, método o instrumento por medio del cual son transmitidos los significados entre personas y grupos (Oliveira et al., 2006).

Esta relación persigue unos fines previamente establecidos entre los que se cuenta tanto el deseo de captar la información necesaria para conocer la problemática existente como para dar la respuesta terapéutica más adecuada a la situación, tanto en el momento intracomunicativo como *a posteriori*.

La relación terapéutica persigue ayudar a la persona. Utiliza el diálogo para entender cómo vive el proceso y dar las respuestas terapéuticas (profesionales) más adecuadas, encaminadas a la resolución del problema.

Para conseguir que las personas hagan cambios hacia estilos de vida saludables no basta con dar la información sino que es necesario conocer las técnicas de comunicación y mantener una actitud que manifieste al otro el deseo de ayudarle. Esta actitud lleva implícita la escucha activa, la mirada, la empatía, la palabra portadora de mensajes específicos, seleccionados para dar respuesta a las necesidades detectadas en la valoración individualizada, y el tacto (fig. 14.11).

La relación terapéutica debe basarse en la horizontalidad y el respeto mutuo, ya que el otro es el que verdaderamente sabe sobre sí mismo, aunque en ocasiones

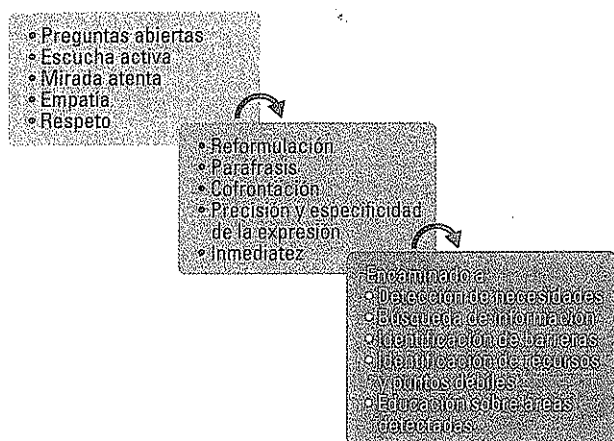


FIGURA 14.11 ■ Comunicación terapéutica en los procesos de educación para la salud.

tengamos que ayudarlo a descubrirlo, aspecto que incide de manera significativa en la realización de cambios de vida. Además, una clave fundamental para que el proceso de cambio tenga éxito radica en fomentar que la persona asuma su responsabilidad y desarrolle la *autonomía*, huyendo de modelos paternalistas que se perpetúan aun a día de hoy en las organizaciones sanitarias.

La relación terapéutica implica la escucha activa para identificar la problemática existente, una mirada atenta que transmita interés y exhorte al paciente a hablar, el uso de la palabra portadora de mensajes específicos a la situación, y empatía.

Otros aspectos importantes a considerar son la búsqueda de los puntos fuertes y débiles de la persona para potenciar la utilización de sus propios recursos (p. ej., disciplina) y ayudarlo a desarrollar aquellos de los que carece (p. ej., voluntad). La motivación es un elemento necesario a incentivar a la hora de poner en marcha cualquier proceso de cambio dirigido a potenciar, recuperar o mejorar la salud y la calidad de vida, ya que actuará como motor, y sin ella es imposible conseguir los objetivos.

Por último, y para que el proceso avance y se consolide, es importante *consensuar* el plan terapéutico con la persona, asegurándonos de obtener su compromiso para llevar a cabo ese plan. Aun así, es posible que a lo largo del proceso de cambio aparezcan dificultades y recaídas, pero serán menos frecuentes. Ante posibles recaídas la actitud idónea no es penalizar sino incentivar la continuación del proceso a través de refuerzos positivos acerca de lo conseguido y del apoyo recibido ante las dificultades encontradas con el fin de ayudarles a continuar hasta que se produzca una *adaptación al cambio* o, mejor aún, hasta que lo integren en su vida de manera normalizada y puedan valorar lo positivo del cambio.

Además de abordar el área cognitiva y emocional se va a trabajar en el desarrollo de habilidades para el *autocuidado* y esto exige que las personas experimenten aquello que tienen que aprender, bajo la supervisión del profesional, hasta que consigan el dominio para realizarlo por sí mismos. No es suficiente con decir qué hacer y cómo hacer,

es necesario practicarlo. Solo así se pueden captar las dificultades para personalizar la formación hasta que se desarrolle la *capacidad de autocuidado*. Esta es la única manera de aprender a realizar ciertos cuidados, por ejemplo manejar la administración de medicación inhalada para el asma a través de una cámara o un inhalador, aprender a relajarse, planificar una dieta adecuada o administrarse la insulina. *Educar no es informar* y aunque ambos son importantes, con la información no se logra el cambio de actitudes, aunque puede servir para tomar conciencia, movilizar y reforzar conocimientos previos. Además, apoyar los elementos enseñados de cualquier programa educativo con información escrita es más eficaz para el paciente (Murray et al., 2009; Challis et al., 2010; Goodwin et al., 2010).

Rol de los profesionales sanitarios en promoción y educación para la salud

El papel asignado a los profesionales sanitarios y sociales es el de actuar como agentes activos para mediar entre los intereses que van en contra y a favor de la salud (Organización Mundial de la Salud, 1986) mejorando el liderazgo y la gobernanza participativa para la salud (World Health Organization, 2012) y la investigación. Por tanto, el reto actual de los promotores y educadores para la salud está en crear las condiciones sociales y de salud que permitan conseguir un nivel de vida saludable a todos los ciudadanos y disminuir las desigualdades sociales. Los educadores desempeñan un papel importante a la hora de impulsar las estrategias necesarias encaminadas a conseguir que la salud se convierta en un tema prioritario para los políticos y gestores, asignando los recursos económicos necesarios, y a que se trabaje junto a otros grupos sociales que comparten el objetivo de conseguir esos cambios, así como en comprometerse personalmente con la mejora social, actuando según esas claves expuestas anteriormente a la hora de desarrollar el trabajo en el día a día asistencial.

Los equipos de atención familiar y comunitaria, formados por médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y en algunos casos por otros profesionales, tienen la capacitación y están situados en un lugar privilegiado del sistema para establecer objetivos comunes y una relación de corresponsabilidad que posibilite el desarrollo armónico y conjunto de las actividades que permitan conseguir estos fines de manera exitosa (Martín Zurro, 2003).

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS Y RECURSOS SANITARIOS

Hiperconsumo sanitario

Numerosos estudios evidencian que una parte importante (30-40%) de las consultas de atención primaria son realizadas por una pequeña proporción de pacientes (5-10%). Son los denominados hiperfrecuentadores (Calvo Rojas, 2016).

La hiperfrecuentación es motivo de preocupación para los sistemas sanitarios de gran número de países de Occidente por la alta carga de trabajo que genera y el alto coste de material y humano que lleva implícito. Según los

resultados extraídos de numerosas investigaciones, el perfil sociodemográfico de las personas que presentan una mayor probabilidad de sobreutilizar los servicios de atención primaria estaría formado por mujeres, mayores de 50 años, solteros, divorciados o viudos, los que tienen un bajo nivel socioeconómico, jubilados, desempleados, así como los que están en situación de baja laboral. En cuanto al perfil clínico, los profesionales están de acuerdo en que no hay un perfil de hiperfrecuentador sino múltiples características y situaciones que hacen que los pacientes acudan con mayor asiduidad, como es el caso de los pacientes con polipatología crónica, con mayor frecuencia trastornos cardiorrespiratorios, circulatorios, musculoesqueléticos (Vicente y Serrano, 2008) y muy dependientes del sistema, y los mayores de 65 años, que acuden para visitas de seguimiento de su enfermedad y por problemas sintomáticos (Sandín-Vázquez y Conde-Espejo, 2010). Otras situaciones a considerar son la soledad, especialmente en mujeres sin una red familiar de apoyo, la entrada en la etapa de jubilación, especialmente en hombres, los problemas familiares, sociales y laborales que dan lugar a situaciones de insatisfacción, de hipocondría (más en hombres que en mujeres) y el cuidado a familiares (más en mujeres que en hombres). Otro caso serían los hombres que acuden en exceso para mantener las bajas laborales, el grupo de población inmigrante que acude frecuentemente por síntomas relacionados con las duras y estresantes condiciones de trabajo a las que suelen estar sometidos en el caso de los hombres y para visitas relacionadas con problemas ginecológicos en el caso de las mujeres (Sandín-Vázquez y Conde-Espejo, 2010). Otros autores identifican elevados índices de estrés, una actitud negativa ante la vida y la presencia de síntomas depresivos (Arillo et al., 2006) detrás de las situaciones de hiperfrecuentación.

Existe otra categoría de hiperfrecuentador, el joven, poco estudiada hasta hace poco y que estaría relacionada con la hipocondría y con los problemas de afrontamiento, especialmente en mujeres en este último caso, y adaptación a situaciones vitales (Sandín-Vázquez y Conde-Espejo, 2010).

La hiperfrecuentación puede estar relacionada con una perspectiva biomédica centrada en los síntomas que ignora factores emocionales, psicológicos, sociales, existenciales, así como con una actuación paternalista creadora de dependencia en lugar de capacitadora de autonomía.

Desde un punto de vista cuantitativo hay *variabilidad* a la hora de considerar cuál es el número de consultas a partir del cual se podría considerar esta situación: de 6 a 12 o consultar el doble de la media poblacional.

Otros estudios tienen en cuenta el juicio médico como elemento para definir esta categoría, considerando a la persona hiperfrecuentadora como la que acude más de un determinado número de veces sin una causa suficientemente relevante o es considerada persona «difícil o problemática». Aunque la mayoría de los pacientes difíciles son hiperfrecuentadores, ambos términos se refieren a cuestiones diferentes y no se pueden solapar. Ante esta variabilidad creemos necesario analizar este fenómeno considerando la

relación profesional-paciente con el fin de evitar definiciones reduccionistas sobre un concepto complejo.

Si, como se afirma, la mayor parte de estas consultas están asociadas a patologías de tipo crónico, puede que no se estén abordando de forma efectiva los problemas y, por tanto, desde el propio sistema sanitario se esté induciendo a crear mayores niveles de *dependencia y medicalización*.

Para poder dar respuesta a la problemática que está detrás del malestar por el que estos pacientes acuden a consulta repetidamente se requiere una visión amplia que ahonde en las implicaciones que subyacen en estas situaciones únicas y ambiguas. Esta *mirada compleja* tendrá en cuenta la valoración de los aspectos sociales, psicológicos (emocionales), relacionales, afectivos, educacionales y económicos presentes en cada caso, huyendo de una valoración centrada exclusivamente en los síntomas desde una perspectiva biomédica. Se ha puesto en tela de juicio la eficacia de este modelo para solventar los problemas de salud de la población (Alameda y Pazos, 2009) (fig. 14.12).

Para valorar, identificar y ayudar en la resolución de los problemas que afectan a las personas es necesario investigar qué factores subyacen en las situaciones únicas y ambiguas desde una mirada compleja.

Para los pacientes, lo importante es la resolución a sus problemas (Hernán, 2002), por lo que si continúan percibiendo que sus síntomas y enfermedades están tratados inadecuadamente por parte de sus médicos, siempre tendrán una razón justificada para acudir de nuevo a consulta (Hodgson et al., 2004).

Aunque los profesionales que trabajan en el Sistema Nacional de Salud, en su inmensa mayoría, son personal muy cualificado que desarrolla su tarea con grandes niveles de implicación, responsabilidad y compromiso con el sistema, una gran parte de ellos lo hacen desde una perspectiva biomédica que es a todas luces insuficiente (Colomer y Álvarez-Dardet, 2006). Es necesaria una formación que potencie el desarrollo de competencias para la gestión clínica de procesos y el uso de instrumentos de comunicación para desarrollar una práctica efectiva y eficiente que capacite para abordar los problemas de salud desde una

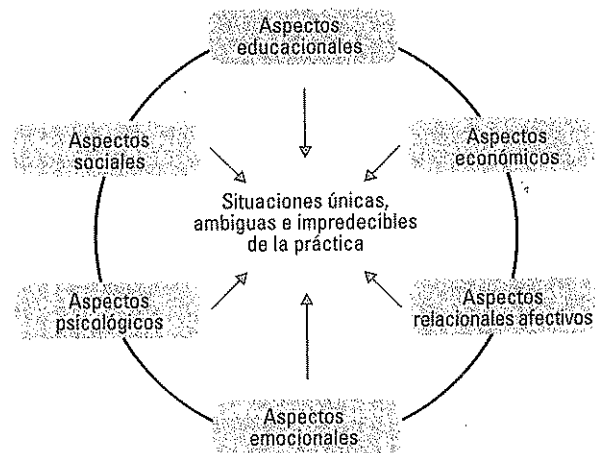


FIGURA 14.12 ■ Perspectiva compleja de la salud.

perspectiva integral; dicha perspectiva debe ir más allá de la visión objetiva, individual y biologicista centrada en signos y síntomas (es decir, en enfermedad) y adoptar una mirada interdisciplinaria que se centre en el autocuidado.

El papel del profesional de atención primaria es esencial y requiere un manejo adecuado de la empatía para motivar al paciente a llevar una vida normal. No en vano la escucha aparece como el elemento fundamental y más apreciado en los profesionales sanitarios por parte de las personas (Ariño et al., 2006).

Además de la formación de los profesionales, es necesario el apoyo de las organizaciones en la planificación de los recursos sociales y sanitarios destinados a la población teniendo en cuenta los objetivos que se pretenden conseguir. Los profesionales tienen la sensación de falta de tiempo para llevar a cabo un diagnóstico, lo que repercute en que el paciente vuelva a consulta y añade más presión al profesional (Sandín-Vázquez y Conde-Espejo, 2010). Hay que tener amplitud de miras al distribuir tiempo para las consultas teniendo en cuenta las necesidades y razones individuales. El tiempo es una variable relativa, y cómo se utilice va a repercutir en una adecuada gestión del gasto sanitario.

Los estudios realizados en países como Estados Unidos y Gran Bretaña indican que los hiperfrecuentadores suponen el 10% del gasto sanitario total de un país desarrollado, por el impacto en el tiempo de dedicación de los profesionales y por la petición de pruebas complementarias. Una gestión adecuada en el abordaje y tratamiento de los hiperfrecuentadores puede reducir el gasto sanitario entre un tercio y la mitad, aparte de mejorar su calidad de vida.

EVALUACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Cualquier intervención en promoción de la salud ha de ser evaluada con el fin de conocer su capacidad de producir el impacto para el que fue diseñada y aplicada. En la actualidad, y dada la limitación de los recursos existentes y las dificultades para financiar intervenciones de promoción de la salud, la necesidad de evaluar y poder así mostrar los resultados de las intervenciones es evidente, pero también lo es la necesidad de evaluar para generar mayor conocimiento sobre el potencial impacto de las intervenciones desarrolladas en ámbitos reales.

La evaluación, por tanto, constituye una parte fundamental del ciclo de las intervenciones en promoción de la salud, de tal modo que, a partir de sus resultados, se puedan incluir las modificaciones necesarias en la intervención y garantizar que está produciendo los resultados esperados.

¿Cómo evaluar la promoción de la salud?

La cuestión fundamental a la hora de evaluar cualquier intervención o al desarrollar una investigación evaluativa en promoción de la salud es la validez de los instrumentos empleados para dicha evaluación. Los instrumentos han de ser robustos y permitir valorar la efectividad de la intervención. En general, el ensayo clínico aleatorizado se considera el diseño de investigación que proporciona un mayor grado de evidencia y una mayor robustez a la hora

de probar la efectividad de las intervenciones. Sin embargo, existe una amplia discusión sobre la adecuación de este tipo de diseño para la evaluación de las intervenciones en promoción de la salud (Green y Tones, 2010).

Una de las dificultades principales de la evaluación de la promoción de la salud tiene que ver con los valores. Como venimos exponiendo a lo largo de este capítulo, la promoción de la salud solo tiene sentido si se desarrolla de forma interdisciplinaria y contando con la participación de los individuos y las comunidades. Esta diversidad de participantes ha de tener su reflejo también en el proceso evaluativo, y es aquí donde pueden surgir las primeras dificultades sobre qué elementos evaluar. ¿Cuáles son los indicadores que reflejan verazmente el proceso que se desea evaluar? Es frecuente encontrar participantes cuyo principal interés es demostrar el coste-efectividad de la intervención, mientras que para otros lo prioritario es la medida del impacto en la salud de la población que toma parte en el proceso o valorar el proceso participativo y la capacitación de los individuos y la comunidad.

La medición de resultados en salud es compleja, lo que hace que se preste especial atención a la medición de los resultados intermedios y al proceso de cambio en sí. Se centra en la importancia de conocer no solo que una intervención ha producido unos u otros resultados, sino cuál es el proceso seguido por dicha intervención, la identificación de los elementos clave que la han hecho útil en esas circunstancias y la relación de esos elementos con los resultados finales obtenidos (Green y Tones, 2010).

La medición de resultados en salud es compleja, lo que hace que se preste especial atención a la medición de los resultados intermedios y al proceso de cambio en sí.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ÉTICA

Mejorar el nivel de salud debe ser el principal objetivo de un sistema de salud, que además «debe conseguir el máximo nivel posible con las mínimas diferencias entre individuos y grupos». Debe caracterizarse por *calidad* y *equidad*, que responda bien a lo que la gente espera de él y que responda a todos por igual, sin discriminación (World Health Organization, 2000).

Estamos defendiendo la utilidad de la promoción de la salud para conseguir este objetivo, pero es importante que la promoción de la salud incorpore una mirada de tipo moral y ético, individual y colectivo, para poder discernir la bondad o maldad de las acciones teniendo en cuenta un *ethos* social y cultural generalmente aceptado por todos (Peláez y Rosa, 2009) y tomar decisiones basadas en la aplicación explícita de los principios éticos utilizando la evidencia avalada y la teoría apropiada (Tannahill, 2008).

Resulta obvio que la salud es un valor importante y que promoverla es un elemento central dentro de las cuestiones éticas, pero su importancia se relativiza al entrar en relación con otros valores como la *libertad* o la *equidad* (Colomer y Álvarez-Dardet, 2006) con los que está íntimamente relacionada. Tener libertad de decisión implica un proceso de reflexión sobre las consecuencias de tales elecciones y asumir la *responsabilidad*. Con frecuencia los

profesionales sanitarios, empujados por los planes emitidos por las autoridades sanitarias y rígidos protocolos se alejan de un enfoque centrado en el paciente, intrínsecamente paternalista (Weingarten y Matalon, 2010) y pueden incluso actuar utilizando la coacción, tomando decisiones e interviniendo sin respetar la autonomía en pro de conseguir los objetivos de salud de la población. La coacción irrazonable es una preocupación central en la ética de la salud pública (Rychetnik, et al., 2011).

Hay que evitar utilizar la coacción y la estigmatización a las personas en pro de promocionar la salud, empujados por los planes de las autoridades sanitarias y los protocolos, ya que no todo vale.

La literatura sociológica sobre el tema de la salud específica otro concepto, el de estigmatización. La *estigmatización* es una forma de iatrogénesis potencial en la promoción de la salud y, como tal, es otro concepto clave para la ética de la promoción de la salud (O'Neill 2002; Bayer, 2008; Guttman y Ressler, 2001; McLean et al., 2009; Bell et al., 2010). El estigma es una forma de identidad denigrada, ya que vincula a los individuos con estereotipos negativos y puede resultar en prejuicios y discriminación. La gente interactúa de manera diferente con aquellos que son estigmatizados, lo que puede socavar aún más el sentido de sí mismo que tiene una persona estigmatizada.

No todo lo que es posible es éticamente aceptable, y es necesario salvaguardar la autonomía del paciente en la toma de decisiones preventivas (Martín Zurro, 2016). La consecuencia de intervenciones dirigidas es el aumento de *dependencia* de la población de los servicios sanitarios en lugar del tan promulgado desarrollo de la *autonomía* para el *autocuidado* y otras consecuencias negativas, puesto que no hay intervención sanitaria sin riesgos (por muchos beneficios que aporte). Siempre conviene contemplar la prudencia y el rigor científico para evitar las cascadas diagnósticas y terapéuticas innecesarias (Pérez Fernández y Gervas, 2002).

La promoción de la salud oportunista ofrece mayores expectativas de beneficio, así como una asignación equitativa de los riesgos asociados a medicina preventiva, que un enfoque sistemático (Weingarten y Matalon, 2010).

Hay que tener en cuenta que la capacidad de autocuidado es mayor cuando las personas se conocen, se valoran (autoestima) y cuentan con una buena situación socioeconómica, por lo que debe evitarse culpabilizar a la víctima cuando no consigue los objetivos que, con frecuencia, nos hemos marcado los profesionales sin consensuarlos con ellos previamente. Hay que tener en cuenta que la *libertad de elección* está desigualmente distribuida y los resultados de un estilo de vida no son verdaderamente elegidos (Ferrer, 2003). Disponer de medios para vivir con salud y tomar decisiones libres es un derecho de los ciudadanos, pero el cuidado de la salud es también un deber si tenemos en cuenta las repercusiones que los estilos de vida de la sociedad actual están teniendo para los países, familias e individuos, tanto desde el punto de vista económico como de malestar. Desde la perspectiva económica, debe considerarse especialmente lo relativo al gasto que conlleva la atención a enfermedades prevenibles y a los años de vida

perdidos, que inciden directamente en la pobreza y esta a su vez en la enfermedad; en lo relativo al malestar, debe considerarse el sufrimiento generado como consecuencia de la enfermedad evitable. Esta es una decisión difícil: hasta qué punto respetar la libertad de decisión de los individuos sobre sus hábitos de vida o intervenir con el fin de promover conductas saludables, evitar sufrimiento y un gasto que va a ser difícilmente asumible por la sociedad del futuro.

Una situación preocupante a tener en cuenta es la relacionada con la equidad en la distribución de los recursos, esto es, si se están dando a cada uno en función de lo que necesita o se están utilizando en mayor medida con los que más medios tienen, perpetuando y aumentando las desigualdades en salud y por tanto la brecha entre las condiciones de salud de las personas pertenecientes a diferentes clases sociales (Leichter, 1997; Kawachi et al., 1999). Desde una perspectiva mundial son las clases más favorecidas las que más se benefician de los programas preventivos y las que menos riesgos tienen de padecer la enfermedad (World Health Organization, 2008). Cuanto más justa es una sociedad, más saludable es su población. Es este hecho, junto con el conocimiento de esas diferencias, lo que ha hecho que el logro de la equidad se incluya como uno de los principales objetivos de las agendas de los gobiernos y de los organismos internacionales.

La inequidad en la distribución y utilización de los recursos puede aumentar la brecha en la situación entre las condiciones de salud, incrementando las desigualdades tanto de clase social, entre culturas, como de género.

Para actuar éticamente en promoción de la salud es necesario deliberar sobre el caso concreto a la luz de los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia, responsabilidad, libertad, equidad, defensa del bien común, solidaridad y justicia social (Beauchamp y Childress, 1999). A la hora de orientar las intervenciones de promoción de la salud hay que tener en cuenta sus dimensiones básicas, a saber:

- Que estén centradas en el *bienestar colectivo* más que en el individual.
- Que se orienten a las *raíces de los problemas* de salud y no a los efectos.
- Que impliquen la *participación y movilización* de las comunidades y que prioricen el interés colectivo sobre el particular.

Tener en cuenta estas dimensiones implica integrar nuevos principios éticos como son: la defensa del bien común, la responsabilidad, la solidaridad y la equidad (Colomer y Álvarez-Dardet, 2006). Para desarrollar actuaciones éticas en promoción de la salud es necesario incorporar una *moral interrogativa y dinámica*, que ilumine las decisiones concretas con sabiduría práctica, capaz de deliberar sobre el caso concreto bajo un doble punto de vista: la de la situación concreta y la de unos criterios, fines o valores que orientan la vida humana (Masiá, 1998). Esto implica reflexionar sobre las consecuencias de la intervención así como considerar los contextos en los que se realiza teniendo en cuenta los valores de los agentes de salud y de las personas objeto de actuación.

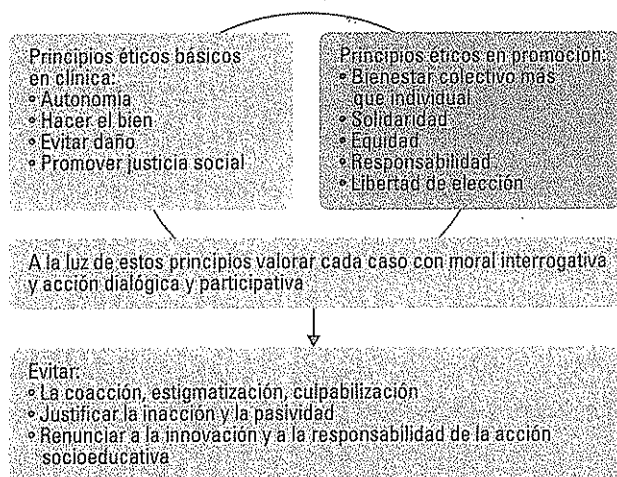


FIGURA 14.13 ■ Promoción de la salud y ética.

De esta manera evitaríamos justificar la inacción y la pasividad sin renunciar a la innovación y a la responsabilidad de la acción socioeducativa y sin obviar el derecho de los ciudadanos a tomar decisiones que afecten a su vida (fig. 14.13).

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Palmar Santos AM. Métodos educativos en salud. Madrid: Elsevier; 2014.

Nuevo volumen de la colección «Cuidados de Salud Avanzados» que ayuda a desarrollar proyectos educativos en salud en diferentes ámbitos, como los centros de salud, las escuelas y entornos comunitarios u hospitalarios

Presenta la teoría y la práctica de los abordajes educativos en salud desde una perspectiva crítica permitiendo comprender los aspectos que determinan los comportamientos, su origen, sus características y su abordaje para ayudar a su transformación a través del proceso educativo.

Ofrece las claves para desarrollar la elaboración de proyectos de educación para la salud y las herramientas y los recursos metodológicos básicos para una programación efectiva en proyectos de educación para la salud.

Perea Quesada R. Promoción y Educación para la salud. Tendencias innovadoras. Madrid: Díaz de Santos; 2009.

En este texto se presenta un trabajo reflexivo, sistemático y unitario sobre los elementos básicos de la educación para la salud en tres bloques temáticos: el primer bloque contiene el marco teórico y conceptual de la promoción y la educación para la salud, el segundo bloque se dedica al estudio de campos emergentes de intervención y un tercer bloque versa sobre cuestiones metodológicas de la enseñanza y la investigación.

Sarría Santamera A, Villar Álvarez F, editores. Promoción de la salud en la Comunidad. Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED; 2014.

Al identificar los diversos agentes que intervienen en el proceso de creación de la salud de una comunidad puede adoptarse una posición constructiva que permita el desarrollo coordinado, multiprofesional e intersectorial de programas que actúen al nivel de sus determinantes fundamentales. Se necesita una acción en colaboración y el compromiso conjunto de diversos agentes para dar respuesta a problemas de salud y de bienestar social. Este libro aporta información sobre diseño, desarrollo y evaluación de programas efectivos de promoción de la salud desde una perspectiva integradora.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Alameda A, Pazos A. Investigación cualitativa sobre la conceptualización de la hiperfrecuentación por parte del personal médico de Atención Primaria. *Rev Esp Salud Pública* 2009;83:863-75.

Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. 1.ª ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.

Ariño A, Vilches C, Mayor M, Gurpegui JR, Arroyo C, Estremera V. Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿cómo se sienten tratados por sus médicos? *An Sist Sanit Navar* 2006;29:47-58.

Bayer R. Stigma and the ethics of public health: not can we but should we. *Soc Sci Med* 2008;67:463-72.

Beauchamp TL, Childress JF. Principios de Ética Biomédica, versión española de la 4.ª ed. inglesa. Barcelona: Masson; 1999.

Bell K, Salmon A, Bowers M, Bell J, McCullough L. Smoking, stigma and tobacco "denormalization": further reflections on the use of stigma as a public health tool. A commentary on *Social Science & Medicine's* Stigma, Prejudice, Discrimination and Health Special Issue (67:3). *Soc Sci Med* 2010;70(6):795-9.

Berzins K, Reilly S, Abell J, Hughes J, Challis D. UK self-care support initiatives for older patients with long-term conditions: a review. *Chronic Illn* 2009;5:56-72.

Brownson RC, Baker EA, Leet TL, Gillespie KN, True WR. Evidence-Based Public Health. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2011.

Calvo Rojas V. Hiperfrecuentadores versus normofrecuentadores en Atención Primaria de salud: Factores asociados, Estilos de Personalidad y Psicopatología. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2016.

Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud. Ottawa: 1986 [consultado 15 abril de 2017]. Disponible en: <http://goo.gl/TycVqz>.

Challis D, Huges J, Berzins K, Reilly S, Abell J, Stewart K. Self-care and case management in long-term conditions: the effective management of critical interfaces. Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme; 2010 [consultado 15 abril de 2017]. Disponible en: <http://tinyurl.com/nq269hh>.

Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit* 2016;30:93-8.

Colomer C, Alvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 2006.

Corben S, Rosen P. Self-management for long-term conditions: patient perspectives on the way ahead. London: King's Fund; 2005 [consultado 15 abril de 2017]. Disponible en: <http://tinyurl.com/obszex5>.

Córdoba R, Camaralles F, Muñoz E, Gómez J, Díaz D, Ramírez JL, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPs. *Aten Primaria* 2016;48:27-38.

Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.

Davies NJ. Improving self-management for patients with long term conditions. *Nurs Stand* 2010;24:49-56.

Declaración de Alma Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma-Ata (URSS); 1978 [consultado 15 abril de 2017]. Disponible en: <http://goo.gl/A9xAnL>.

Delgado MA, Gargiulo ML, Masciovecchi MC, Moreira V. ¿Cómo participamos? La intervención del equipo de salud en los procesos de Participación Social. Actas del 3.º Congreso de Atención Primaria de Salud. Participación comunitaria y problemáticas sociales complejas. Buenos Aires; 2007.

Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane database Syst rev* 2005;18(2):CD003417. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846663#>.

DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991;59(2):295-304.

Diez Roux A. Residential Environments and Cardiovascular Risk. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* [Internet]. 2003 [consultado 15 abril de 2017];80:569-89. Disponible en: <http://www.who.int/hia/policy/en/>.

Duke SAS, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus (review). En: *The Cochrane Collaboration, Issue 1*. Wiley [Internet]; 2009 [citado el 15 de abril]. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005268.pub2/abstract>

EIS (evaluación del impacto en salud) 2016. Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible en <http://www.creis.es/>

Ferrer M. Equidad y justicia en salud: implicaciones para la bioética. *Acta bioeth.* [Internet]. 2003 [consultado 12 julio de 2010];9:113-26. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2003000100011&lng=es&nrm=iso.

García A. La profesionalización en educación para la salud. *Pedagogía Social: revista interuniversitaria*. 2005-2006;12-13: 33-41.

García Laborda A, Rodríguez Rodríguez JC. Factores personales en la relación terapéutica. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría* 2005;25:29-36.

Gofin J, Gofin R. Essentials of global community health. 1st ed. Sudbury (MA): Jonesand Bartlett learning; 2010 [consultado 15 abril de 2017]. Disponible en: <http://goo.gl/Ce0hI3>.



PREVENCIÓN DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Francisco Buitrago Ramírez • Manuel Tejero Mas • Leoncio Lorenzo Rodríguez Pérez

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

INTRODUCCIÓN

ÉTICA DE LA PREVENCIÓN

PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO MATERNO-INFANTIL Y JUVENIL

Cribados y consejos

Vacunaciones

Supervisión del crecimiento y desarrollo físico

Prevención del embarazo no deseado en la adolescencia

Prevención de las infecciones de transmisión sexual

PREVENCIÓN EN EL ADULTO Y EL ANCIANO

Estilos de vida no saludables

Prevención de enfermedades infecciosas

Cribados del cáncer

Cribado de factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares

Prevención de los problemas de salud mental

Prevención de la dependencia en los mayores

FUNCIONES DE LOS DISTINTOS PROFESIONALES DEL EQUIPO DE SALUD

Médicos, enfermeros y trabajadores sociales

Otros profesionales del equipo de salud y comunitarios

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- La provisión de procedimientos eficaces de prevención y promoción disminuye la morbimortalidad de las poblaciones y facilita la redistribución de recursos hacia otras necesidades no resueltas.
- La actividad asistencial que los profesionales sanitarios realizamos con quienes acuden a nuestras consultas puede complementarse con actuaciones preventivas.
- La prevención no está exenta de riesgos, y proteger al paciente del efecto nocivo de las medidas preventivas no fundamentadas es un compromiso de todos los profesionales del ámbito de la atención primaria.
- Las actividades preventivas que se recomiendan han de disponer de suficientes pruebas de evidencia que justifiquen su aplicación y de una adecuada relación riesgo/beneficio.
- Los profesionales de atención primaria están en una posición clave para ofrecer servicios preventivos adaptados a las condiciones generales de cada paciente.
- La mitificación de la salud y el fascinante atractivo de la alta tecnología propician consultas apremiantes en busca de garantías de prevención y, sobre todo, de descartar la presencia de una determinada enfermedad o tumor.
- La existencia de recomendaciones dispares para la actuación ante un mismo problema explica, al menos en parte, que la implantación de muchas de las intervenciones preventivas sea baja.
- Los beneficios de una recomendación preventiva deben explicarse de forma comprensible al paciente y cuando la eficacia es discutible o existen opiniones contradictorias el paciente debe conocer los datos a favor y en contra, aceptando que la decisión última le compete a él.
- Las vacunaciones y las intervenciones sobre los estilos de vida son las intervenciones preventivas que más beneficio pueden aportar en la mejora de la salud de las poblaciones.
- No existen pruebas suficientes, salvo quizás para el cáncer de mama, colon y cérvix uterino, de que los cribados de tumores disminuyan la morbimortalidad de las poblaciones.

INTRODUCCIÓN

Las medidas de salud pública iniciadas a finales del siglo XIX (provisión de agua potable, eliminación de basuras y aguas residuales, mayor nivel socioeconómico y disponibilidad de alimentos, entre otras) lograron mejoras espectaculares en la salud de las poblaciones de los países desarrollados. Posteriormente, medidas dirigidas a los individuos, como las vacunaciones, han contribuido a disminuir la morbimortalidad por determinadas enfermedades infecciosas. También los sistemas de salud de los países desarrollados han dedicado importantes recursos al diagnóstico y al tratamiento, permitiendo que el descubrimiento de nuevos avances técnicos y de nuevas armas terapéuticas logre vencer enfermedades, sobre todo enfermedades agudas, para las que en otras épocas no existía un tratamiento efectivo. Sin embargo, la mayoría de las enfermedades crónicas, que suelen estar vinculadas a los hábitos de salud de los individuos y a factores de riesgo, presentan todavía una prevalencia preocupante.

La prevención puede definirse como cualquier intervención que reduzca la probabilidad de que una enfermedad o trastorno afecte a un individuo o que interrumpa o ralentice su progreso. Incluye un conjunto de procedimientos tan variados como el consejo sanitario, los cribados, las inmunizaciones o la quimioprofilaxis. Desde hace años existe evidencia científica de que numerosas intervenciones de prevención son capaces de reducir la morbimortalidad. Por tanto, la población diana para la medicina preventiva serían los individuos asintomáticos o los de alto riesgo para determinadas enfermedades. Y es importante señalar que la mayor parte de las principales causas de muerte en España se relacionan con factores de riesgo modificables o susceptibles de cribado para su detección precoz (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es).

ÉTICA DE LA PREVENCIÓN

En cualquier relación asistencial, toda intervención de tipo clínico tiene unas connotaciones éticas evidentes. En el ámbito de la prevención, los profesionales deben ser especialmente conscientes de este hecho. Las actividades de prevención y promoción van dirigidas fundamentalmente a personas sanas o que se sienten libres de enfermedad y, por tanto, su motivación en relación con el cumplimiento de las medidas recomendadas no es comparable a la de los individuos enfermos. Por esta razón, la primera preocupación del profesional sanitario en las actividades de prevención debe ser, ante todo, preservar la salud existente, evitando la iatrogenia, con el objetivo último de mejorar el nivel de salud de los individuos mediante intervenciones de contrastada eficacia.

Las actividades de prevención y promoción van dirigidas fundamentalmente a personas sanas o que se sienten libres de enfermedad y, por tanto, su motivación en relación con el cumplimiento de las medidas recomendadas no es comparable a la de los individuos enfermos.

PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO MATERNO-INFANTIL Y JUVENIL

Un resumen de las actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas por el grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia se muestra en el cuadro 15.1.

Cribados y consejos

Trastornos de la agudeza visual

Definición y magnitud del problema. La ambliopía (ojo vago) se define como la reducción unilateral o bilateral de la agudeza visual causada por la estimulación visual inadecuada del cerebro durante el período crítico de desarrollo visual (desde los 4 meses hasta los 6 años). El cerebro debe recibir de forma simultánea imágenes igualmente focalizadas y claras de ambos ojos para aprender a fusionarlas y

CUADRO 15.1

Sumario de actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas por el grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia

- Atención de salud en la etapa prenatal
- Promoción de la lactancia materna y alimentación del lactante en el primer año
- Indicación de vitaminas y oligoelementos
- Supervisión de la alimentación infantil y juvenil
- Cribado neonatal
- Cribado de enfermedad celíaca
- Diagnóstico precoz de la displasia evolutiva de cadera
- Diagnóstico precoz de la criptorquidia
- Actividades preventivas en el gran prematuro (menor de 1.500 g)
- Vacunaciones sistemáticas y en grupos de riesgo
- Cribado de los trastornos visuales
- Supervisión del desarrollo físico
- Cribado de hipoacusia
- Consejo para la prevención de accidentes
- Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia
- Consejo para prevenir la incorporación a hábitos tóxicos: tabaco, alcohol y otras drogas
- Consejo de prevención del síndrome de muerte súbita del lactante
- Cribado de los trastornos del desarrollo psicomotor. Cribado de autismo
- Prevención del retraso psicomotor por déficit de yodo
- Prevención y diagnóstico precoz de la ferropenia
- Promoción de la salud bucodental (flúor y caries)
- Consejo sobre protección solar y prevención del cáncer de piel
- Cribado tuberculínico
- Cribado y prevención de la hipertensión arterial
- Cribado y prevención de la hipercolesterolemia
- Consejo sobre ejercicio y actividad física
- Cribado y prevención de la obesidad infantil
- Actividades preventivas en niños con síndrome de Down
- Prevención de las infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en adolescentes

elaborar una visión en relieve o estereoscópica. Esta visión existe ya al cuarto mes de vida. Cualquier problema que interfiera con ese proceso de aprendizaje visual provocará ambliopía, deteriorándose no solo la visión sino también la percepción de la profundidad o visión estereoscópica.

La ambliopía afecta al 2-5% de la población general y es la causa más común de disminución o pérdida de visión evitable en los países desarrollados. Se presenta exclusivamente durante la infancia y su tratamiento solo resulta eficaz durante este período, de ahí la importancia de su detección temprana, sobre todo en las etapas preverbal y preescolar. Los resultados del tratamiento en niños menores de 4 años son excelentes, buenos antes de los 6 años y pobres a partir de esa edad.

Los principales tipos de ambliopía, según su etiología, son:

- *Ambliopía estrábica.* Es la más frecuente y debida al estrabismo (desviación del eje visual o visión cruzada). El estrabismo afecta al 3-6% de la población y hasta un 50% de quienes lo sufren pueden desarrollar ambliopía. El cerebro ignora la imagen del ojo mal alineado (ambliopía por supresión).
- *Ambliopía por anisometría.* La anisometría afecta al 20% de los niños y representa la segunda causa en frecuencia de ambliopía. La anisometría se produce por una diferencia significativa (≥ 1 dioptría) en la capacidad refractiva de un ojo, generando imágenes de desigual claridad. El cerebro ignora las imágenes procedentes del ojo con visión borrosa (supresión), con el consiguiente riesgo de ambliopía. Esta forma de ambliopía es más difícil de diagnosticar en la etapa preverbal, porque no existe estrabismo ni otros signos de alerta ocular. Lo más común es que se diagnostique en el curso de las revisiones del niño sano.
- *Ambliopía por privación.* Es la forma más grave de ambliopía pero poco frecuente. Se produce cuando las imágenes no llegan claramente formadas a la retina. Las opacidades corneales o las cataratas suelen ser los factores desencadenantes.

La ambliopía afecta al 2-5% de la población general y es la causa más común de disminución o pérdida de visión evitable en los países desarrollados.

Pruebas de cribado y diagnóstico. La exploración ocular es fundamental en todos los controles periódicos de salud del niño. Durante los primeros meses es preciso investigar los antecedentes familiares de patología ocular y descartar la presencia de alteraciones en el tamaño de los ojos, alteraciones en la forma y transparencia de la córnea, presencia de cataratas, luxaciones del cristalino, leucocoria, aniridia, epífora, coloboma del iris o ptosis palpebral.

La alineación de los ojos se denomina ortoforia. Una foria es la tendencia latente de los ojos a desviarse del alineamiento perfecto y se clasifican anteponiendo los prefijos eso-, exo-, hiper- e hipo-, según la desviación sea hacia dentro, hacia fuera, hacia arriba o hacia abajo, respectivamente. La mayoría de las forias son benignas. Una exoforia importante (tendencia latente de los ojos a desviarse hacia fuera) puede causar un esfuerzo ocular

excesivo al leer. Una esoforia (tendencia latente de los ojos a desviarse hacia dentro) puede ser una manifestación de hipermetropía no corregida. Las tropías son desviaciones oculares manifiestas que no pueden ser controladas y se clasifican de la misma manera que las forias. En los lactantes es frecuente el pseudostrabismo. Consiste en la falsa sensación de que el niño «mete el ojo» (esoforia o esotropía). Se debe al hipertelorismo, al epicanto y al puente nasal chato, típico de los lactantes.

A partir de los 4 meses y hasta los 6 años debe explorarse la fijación de cada ojo por separado, en primer lugar observando a simple vista la alineación ocular, detectándose de esta manera los estrabismos más evidentes; a continuación, la presencia de reflejo rojo, la ausencia de estrabismo y la de otros defectos oculares. La prueba de Bruckner consiste en observar los ojos del niño con un oftalmoscopio a un metro de distancia aproximada para explorar el reflejo rojo: la reflexión de la luz en la retina debe ser rojo brillante, centrada en la pupila y simétrica en ambos ojos. Una asimetría en el brillo del reflejo rojo sugiere la existencia de diferencias de refracción, estrabismo u opacidades de la córnea o del cristalino.

El estrabismo debe descartarse explorando detalladamente la alineación de los ejes visuales en cada control hasta los 6 años. Las pruebas más utilizadas en el cribado de estrabismo son la prueba de Hirschberg y el test del ojo cubierto/descubierto (*cover/uncover test*).

La prueba de Hirschberg consiste en la observación del reflejo luminoso corneal procedente de una luz situada a 40 cm de los ojos. En el niño normal, los reflejos serán simétricos y centrados, cosa que no ocurre en el niño con estrabismo (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es). Puede resultar imposible completarlo en lactantes poco colaboradores. Si se sospecha una esotropía, esta se pondrá en evidencia mejor usando la exploración cercana, pero ocurrirá al contrario si lo que queremos descartar es una exotropía.

La prueba del ojo cubierto/descubierto consiste en tapar y destapar cada ojo por separado en varias ocasiones y observar qué ocurre. Si al destaparlo cambia de posición, la prueba es positiva e indica estrabismo (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es).

La exploración bienal de la agudeza visual es obligatoria a partir de los 3-4 años de edad mediante optotipos adecuados, como los dibujos de Allen para preescolares y la E de Snellen o los signos alfabéticos para escolares. Si es posible, debe continuar midiéndose en los controles del niño sano hasta la finalización del crecimiento.

A partir de los 4 meses y hasta los 6 años debe explorarse la fijación de cada ojo por separado, en primer lugar observando a simple vista la alineación ocular, ya que de esta manera se detectan los estrabismos más evidentes.

Hipoacusia infantil

Definición y magnitud del problema. La hipoacusia se define como la disminución o pérdida de la audición. Se puede clasificar en función de la intensidad (leve, moderada, grave), de sus causas (genética, adquirida, malformativa)

va), por la localización (de transmisión o de percepción) y por el momento de aparición en relación con el lenguaje (pre-, peri- o poslocutiva). Las principales causas de sordera infantil severa y profunda son genéticas (al menos en el 50% de todos los casos). La incidencia de hipoacusia en el recién nacido y el lactante se estima entre 1 y 5 casos por cada 1.000 nacidos vivos (según se trate de hipoacusia grave o de cualquier tipo, respectivamente). Todos los estudios demuestran que las personas afectadas de una hipoacusia padecen retraso en el lenguaje y en el rendimiento escolar y tienen peores expectativas laborales y profesionales.

Pruebas de cribado y diagnóstico. Para la detección de la hipoacusia neonatal existen algunos métodos de cribado objetivos como son los potenciales evocados acústicos del tronco cerebral y las otoemisiones acústicas. Pasado el período neonatal, la valoración de la hipoacusia se realiza basándose en métodos subjetivos de reacción a sonidos, desarrollo del lenguaje y opinión de los padres acerca de la audición de sus hijos.

Los potenciales evocados tienen una sensibilidad del 97-100% y una especificidad del 86-96% y evalúan la actividad de la vía auditiva desde el extremo distal del nervio auditivo hasta el mesencéfalo. Un estímulo auditivo de duración breve (chasquidos o tonos) produce la activación de la vía y genera unos potenciales detectables a través de electrodos situados en el cuero cabelludo.

Las otoemisiones acústicas son señales acústicas originadas en la cóclea de forma espontánea o provocadas mediante estímulos. Estas señales de energía vibratoria se desplazan a través de las estructuras del oído medio para ser transducidas como sonido en la membrana timpánica.

Las otoemisiones acústicas constituyen una prueba rápida, sencilla y económica, por lo que durante algún tiempo parecieron constituir la prueba más adecuada para el cribado universal y el de los grupos de riesgo, realizándose los potenciales evocados al grupo de niños con otoemisiones acústicas ausentes. En la actualidad, esta estrategia se está sustituyendo por la introducción de los potenciales auditivos automatizados. Esta tecnología consiste en el análisis automático informatizado de la respuesta auditiva troncoencefálica del recién nacido con un patrón de respuestas almacenado (plantilla) obtenidas de los potenciales de lactantes con audición normal. Con esta tecnología se han comunicado sensibilidades de prácticamente el 100% y especificidades del 98%. Además, los potenciales evocados automatizados son tan rápidos, sencillos y baratos como las otoemisiones, pero aventajan a estas en su mayor sensibilidad y especificidad y en que exploran toda la vía auditiva.

La timpanometría o impedanciometría, que evalúa las propiedades mecánicas de la membrana timpánica y el oído medio, no constituye una prueba de cribado de audición fiable, puesto que un oído medio normal no excluye hipoacusia.

Recomendaciones de los grupos de expertos. Se recomienda el cribado auditivo neonatal universal con potenciales auditivos automatizados de tronco cerebral. Como segunda opción pueden utilizarse las otoemisiones acústicas, aunque esta prueba tiene menor especificidad y no explora toda la vía auditiva. Si no existe cribado universal se recomienda la realización de una prueba objetiva a todo

recién nacido con indicadores de riesgo asociados a hipoacusia (infecciones intrauterinas, anomalías craneofaciales, historia familiar de sordera neurosensorial o necesidad de ingreso en una unidad de cuidados intensivos neonatales).

También se recomienda controlar periódicamente hasta los 3 años la audición en los lactantes y preescolares que presenten indicadores de riesgo asociados a sordera neurosensorial o de conducción adquirida, progresiva o de comienzo tardío (cuadro 15.2).

En el resto de los niños debe preguntarse a la familia sobre su audición, explorar la reacción al sonido y seguir la adquisición del lenguaje verbal en las revisiones del niño sano.

Las principales causas de sordera infantil severa y profunda son las genéticas (al menos el 50% de todos los casos).

Displasia evolutiva de cadera

Definición y magnitud del problema. La displasia evolutiva de cadera se define como una desviación del desarrollo normal de la articulación coxofemoral que puede ocasionar problemas de alteraciones de la marcha, dolor crónico y artrosis a largo plazo. Incluye un amplio espectro de alteraciones de gravedad diversa, desde la dislocación franca (o verdadera luxación de la cabeza femoral fuera del acetábulo en reposo) hasta las anomalías radiológicas o ecográficas sin repercusión clínica. Cuanto antes se detecte una cadera luxada, el tratamiento ortopédico y/o quirúrgico resultará más sencillo y eficaz, mejorando el pronóstico.

CUADRO 15.2	Indicadores asociados a sordera neurosensorial o de conducción desde lactantes de 29 días hasta niños de 3 años
-------------	---

- Preocupación de los padres o cuidadores sobre el habla, la audición, el lenguaje o el desarrollo
- Historia familiar de sordera neurosensorial infantil de aparición tardía
- Estigmas y otros hallazgos asociados con un síndrome que incluya pérdida auditiva, sensorial o de conducción
- Infecciones posnatales asociadas con pérdidas auditivas neurosensoriales, incluyendo meningitis bacteriana
- Infecciones intrauterinas (citomegalovirus, herpes, rubeola, sífilis y toxoplasmosis)
- Indicadores neonatales específicos: hiperbilirrubinemia a un nivel sérico que requiera exanguinotransfusión, hipertensión pulmonar persistente del recién nacido asociada con ventilación mecánica y situaciones que requieran el uso de oxigenación por membrana extracorpórea
- Síndromes asociados con pérdida auditiva progresiva, como la neurofibromatosis, osteopetrosis y el síndrome de Usher
- Enfermedades neurodegenerativas como el síndrome de Hunter o neuropatías sensoriomotoras como la ataxia de Friedreich y el síndrome de Charcot-Marie-Tooth
- Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conocimiento o fractura
- Otitis media recidivante o persistente con derrame al menos 3 meses
- Exposición a fármacos ototóxicos

La incidencia estimada es de 20-40 casos por cada 1.000 nacimientos. La mayoría son displasias transitorias que se resuelven espontáneamente en los primeros meses de la vida. De hecho, se ha podido comprobar que el 60-80% de las displasias evolutivas de cadera detectadas en los exámenes clínicos evolucionan favorablemente de forma espontánea en 2-8 semanas y que el 90% de las ecográficamente positivas serán normales entre las 6 semanas y los 6 meses. Por eso los esfuerzos preventivos deberían centrarse en las luxaciones y subluxaciones de cadera (displasias reales o progresivas) por ser estas las entidades que, si no se tratan, evolucionan hacia una incapacidad grave.

Pruebas de cribado y diagnóstico. El cribado de la displasia evolutiva de cadera se efectúa mediante las siguientes pruebas:

- **Maniobras de Ortolani y Barlow.** Se realizan en el periodo neonatal precoz. La maniobra de Ortolani pretende comprobar la reducción de una cadera previamente luxada. Se realiza con el neonato en decúbito supino y relajado. Conviene explorar primero una cadera y luego la otra. Con una mano se estabiliza la pelvis y con la otra se flexionan la rodilla y la cadera del otro lado 90° (hasta formar un «4»), pinzando el muslo entre el dedo pulgar (sobre la cara interna) y los dedos índice y medio que se colocan sobre el trocánter mayor (por la cara externa). De forma suave se realiza la abducción del muslo con el pulgar, a la vez que se empuja el trocánter mayor hacia dentro-arriba con los otros dedos. La maniobra resulta positiva cuando el explorador nota que el fémur entra; se trata de una sensación propioceptiva o clic de entrada.
- **Maniobra de Barlow.** Busca comprobar la luxabilidad de una cadera reducida. Se realiza en decúbito supino con las caderas flexionadas y en ligera abducción; manteniendo fija una cadera, la otra se movilizará suavemente en aducción-abducción intentando luxarla al aducir, empujando el cuello del fémur hacia atrás y afuera, y luego reduciéndola en abducción. Cuando la prueba sea positiva se notará la sensación de salida de la cabeza femoral del acetábulo (clic de salida).
- **Exploración de las caderas (abducción y asimetrías).** La exploración de las caderas a partir del primer mes pretende detectar signos indirectos de luxación que se deben a la retracción de los músculos abductores. La limitación de la abducción es el signo clínico más fidedigno asociado a la displasia evolutiva de cadera después de los 3 meses. Se coloca al niño en decúbito supino, flexionando caderas y rodillas, y se realiza la abducción suave de la cadera de un lado; en caso de que exista luxación resultará imposible una abducción mayor de 60° (se considera normal una abducción de al menos 75°). El signo de Galeazzi aprecia un acortamiento relativo del fémur y se observa, con el niño en la misma posición que en la exploración anterior, cómo una rodilla queda más baja que la otra. Otros signos indirectos, como la asimetría de pliegues, el acortamiento relativo de un miembro o la desviación de la vulva en las niñas, tienen una baja especificidad y solo deben considerarse como signos de alerta para realizar una exploración más cuidadosa.

La maniobra de Ortolani pretende comprobar la reducción de una cadera previamente luxada.

- **Exploración ecográfica y radiológica.** La ecografía es un método preciso para examinar la cadera hasta los 5-6 meses de edad. Permite observar el cartílago, determinar la morfología del acetábulo y evaluar la estabilidad de la cadera, y constituye la prueba de elección para aclarar una duda diagnóstica y evaluar a todo lactante de alto riesgo. En cuanto a la radiografía no es aconsejable su realización antes del cuarto mes porque a esa edad ni están formados los núcleos de osificación ni se detecta el componente cartilaginoso del acetábulo, pudiendo inducir errores diagnósticos.

Recomendaciones de los grupos de expertos. No hay evidencia directa entre la realización de cribado y la disminución de las necesidades de cirugía y/o mejoría de resultados funcionales. Tampoco es posible establecer un balance coste/beneficio ni entre los beneficios y los riesgos del cribado, aunque la mayoría de los grupos aceptan las recomendaciones recogidas en el cuadro 15.3.

Cribado de metabolopatías

Magnitud del problema. La detección sistemática de metabolopatías neonatales comienza a realizarse en nuestro país, como en la mayoría de los países desarrollados, a finales de la década de los setenta del siglo pasado, siendo el cribado del *hipotiroidismo congénito* y de la *fenilcetonuria* los más universalmente aceptados. Otras metabolopatías (hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística, drepanocitosis, déficit de biotinidasa, enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce o galactosemia) también han sido incluidas en distintos programas de cribado, dependiendo de su incidencia concreta en cada país, de la disponibilidad de recursos y de la política sanitaria.

La *fenilcetonuria* es un error innato del metabolismo, de carácter autosómico recesivo, caracterizado generalmente por un déficit de fenilalanina-hidroxilasa que impide la hidroxilación de la fenilalanina y su conversión en tirosi-

CUADRO 15.3	Recomendaciones para el cribado de la displasia evolutiva de cadera
--------------------	--

Realizar una exploración clínica de caderas a todo recién nacido, con maniobras de Ortolani y Barlow en el periodo neonatal (primer mes de vida)

Posteriormente realizar un examen cuidadoso de signos indirectos de luxación en los controles posteriores del niño sano hasta 1 año de edad

Solicitar una ecografía de caderas entre las 4 y 6 semanas de vida, o una radiografía si es mayor de 3 meses, ante una exploración clínica dudosa o anormal o ante la presencia de al menos dos factores de riesgo de entre los tres siguientes: sexo femenino, parto de nalgas y antecedente familiar de displasia evolutiva de cadera

na. Su padecimiento conlleva un retraso psicomotor y un deterioro intelectual irreversibles en poco tiempo si no se instaura lo antes posible el tratamiento adecuado (dieta pobre en fenilalanina).

El *hipotiroidismo congénito* acontece como consecuencia de una disminución de la actividad biológica de las hormonas tiroideas en los primeros momentos de la vida. Clínicamente afecta al crecimiento y desarrollo cerebral del niño, produciendo un cuadro de retraso mental e hipocrecimiento si no se trata de forma temprana con la suplementación adecuada de tiroxina.

Se estima que cada año el cribado de estas metabopatías permite que se diagnostiquen en España unos 100 recién nacidos con hipotiroidismo congénito y unos 25 con fenilcetonuria; estas enfermedades presentan unas incidencias aproximadas de 1 por cada 2.000 y 1 por cada 11.000 recién nacidos, respectivamente.

Pruebas de cribado y diagnóstico. La prueba de cribado consiste en la determinación de hormonas tiroideas y fenilalanina en una muestra de sangre capilar. En cuanto al hipotiroidismo, existen diferentes estrategias en los programas de cribado, desde medir inicialmente los niveles de tiroxina (T_4) o de tirotrópina u hormona estimulante del tiroides (TSH) hasta la determinación simultánea de ambas hormonas. Generalmente las determinaciones se realizan entre los 3 y 5 días de vida, y si no se hacen antes del alta del recién nacido se realizarán en el centro de salud. Respecto al hipotiroidismo congénito, existen circunstancias en que se requiere realizar una segunda determinación a los 14-16 días de vida: recién nacidos con menos de 30 semanas de gestación, peso inferior a 1.500 g, hijos de madres con patologías tiroideas, que hayan recibido contrastes yodados o con síndrome de Down. También en los casos de altas precoces, en las primeras 24-48 horas, es necesario realizar nuevas pruebas a los 3-5 días para valorar correctamente la fenilalaninemia, al igual que en los recién nacidos que fueron sometidos exanguinotransfusiones, diálisis o nutrición parenteral.

Generalmente las determinaciones se realizan entre los 3 y 5 días de vida, y si no se hacen antes del alta del recién nacido se realizarán en el centro de salud.

Retraso psicomotor

Definición y magnitud del problema. El desarrollo psicomotor es el proceso de incremento de capacidades neuromotoras, cognitivas y psicosociales que tiene lugar durante los primeros años de la vida del niño. Conlleva la adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la marcha independiente, el lenguaje o la interacción social.

Aunque a nivel docente se incluya el retraso psicomotor entre las actividades de cribado, mediante la utilización de una serie de escalas y herramientas, lo cierto es que tanto la supervisión como la promoción del desarrollo psicomotor abarcan un campo mucho más amplio que las actividades de cribado.

En cuanto a la frecuencia de diferentes entidades que cursan con retraso psicomotor se estima, por ejemplo, que

el retraso mental aparece en aproximadamente el 3% de la población, la parálisis cerebral infantil en el 0,3-0,5% y los trastornos de la comunicación y autismo en 4 casos por cada 10.000 niños.

Pruebas de cribado y diagnóstico. No hay un acuerdo definitivo sobre cómo realizar la supervisión del desarrollo psicomotor, si bien la tendencia dominante es la detección de signos de alarma en todas las visitas del niño sano (cuadro 15.4) y la utilización de algún test de cribado. Estas pruebas tienden a analizar el desarrollo psicomotor por áreas, y aunque son útiles pueden conllevar errores al no considerar la globalidad del niño. El test más extensamente utilizado e investigado es el de Denver (*Denver Development Screening Test-II*) y su adaptación a nuestra población, el test de Haizea-Llevant (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es). Este test incluye un total de 97 elementos agrupados en diferentes áreas (socialización, lenguaje y lógica matemática, manipulación y desarrollo postural) y permite comprobar el nivel del desarrollo cognitivo, social y motor del niño desde los 3 meses hasta los 4-5 años de edad.

El test más extensamente utilizado e investigado es el de Denver (*Denver Development Screening Test-II*) y su adaptación a nuestra población, el test de Haizea-Llevant.

CUADRO 15.4	Signos de alarma en las diferentes áreas que hay que tener presentes en la supervisión del desarrollo psicomotor
--------------------	---

SOCIAL

- No presenta sonrisa social después de los 2 meses de edad
- No fija la mirada después de los 2 meses de edad
- Irritabilidad permanente
- Persistencia del reflejo de Moro después de los 6 meses de edad
- Pasar ininterrumpidamente de una actividad a otra después de los 3 años de edad
- No hay desarrollo del juego simbólico después de los 2 años de edad

MANIPULACIÓN

- Aducción permanente de los pulgares después de los 3 meses de edad
- Asimetría permanente de las manos

POSTURAL

- Hipertonía de aductores después de los 6 meses de edad
- No hay sujeción cefálica después de los 3 meses de edad
- No deambula después de los 18 meses de edad

LENGUAJE

- Pérdida de balbuceo
- Esteretotipias verbales después de los 2 años de edad
- Lenguaje incomprensible después de los 3 años de edad

Recomendaciones de los grupos de expertos. Debe supervisarse el desarrollo psicomotor en las revisiones de salud de toda la población infantil desde el nacimiento hasta los 6 años de edad. En cualquier visita se debe identificar la presencia de los principales signos de alarma (v. cuadro 15.4) mediante la anamnesis y deben valorarse especialmente las preocupaciones de la familia sobre el desarrollo psicomotor. Debe procederse al estudio de las causas del retraso psicomotor y a su derivación a centros especializados.

Como instrumento de cribado de trastornos, el test de Haizea-Llevant (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es) es el más adecuado para nuestro país. Se someterán a test más específicos los hermanos de pacientes con trastornos del espectro autista y quienes presenten algunas características, síntomas o indicadores de riesgo de trastornos del espectro autista u otros trastornos del desarrollo psicomotor.

Trastornos en el desarrollo del lenguaje

Definición y magnitud del problema. El lenguaje es un fenómeno muy complejo con bases biológicas, emotivas, cognitivas y sociales. Su plena adquisición tiene una notable variabilidad interpersonal y no sigue rígidamente una secuencia ordenada de elementos. En sentido estricto, debiera reservarse el término «trastornos del lenguaje» para aquellos problemas que afectan a la estructuración lógica o sintáctica del lenguaje, y el término «trastornos del habla» para referirse a los problemas de comunicación verbal limitados a la mecánica de pronunciación verbal. Sin embargo, el término «trastornos del lenguaje» se utiliza habitualmente para englobar el conjunto de trastornos del habla y del lenguaje.

Los *trastornos del habla y del lenguaje* son frecuentes en la infancia, pero a veces son de difícil diagnóstico. Se estima en un 6% la cifra media de niños que los presentan, y son más frecuentes en niños que en niñas (4:1). Los trastornos del lenguaje suelen asociarse a dificultades en el aprendizaje, rendimiento escolar deficiente, dificultades en la interacción con el entorno y retraso en el desarrollo cognitivo. La detección precoz permite una intervención temprana y minimizar sus repercusiones individuales, escolares y sociales. Entre los trastornos del habla (de la expresión verbal) se incluyen el retraso simple del habla, los trastornos fonológicos (dislalias, disfonías, disglосias) y la disfemia o tartamudez. El retraso simple del habla es el trastorno más frecuente del área del lenguaje y se caracteriza por una manifestación tardía del habla, entre los 15 y los 24-36 meses de edad, pero después se consigue un nivel lingüístico suficiente. Es un trastorno transitorio, no ligado a deficiencia mental ni a déficit auditivo ni a trastorno de la personalidad, con escasa o nula repercusión sobre la evolución del niño.

Los trastornos fonológicos son perturbaciones mecánicas en la emisión de algunos sonidos: disfonías, disglосias, dislalias. Las disfonías están relacionadas con alteraciones funcionales o patológicas de los órganos fonadores y precisan exploración y tratamiento otorrinolaringológico. Las disglосias suelen achacarse a malformaciones de los órganos fonadores. Las dislalias más frecuentes suelen consistir en deformaciones de la pronunciación de algunas consonantes u omisión o sustitución de unos sonidos por otros.

La disfemia o tartamudez consiste en una alteración de la fluidez normal y la estructuración temporal del habla caracterizada por repeticiones o prolongaciones de sonidos o sílabas, interjecciones, fragmentación de palabras, bloqueo audible o silencioso, palabras producidas por un exceso de angustia o circunloquios para evitar los síntomas anteriores.

Los trastornos expresivos del lenguaje son deficiencias en el desarrollo del lenguaje expresivo que solo pueden considerarse como trastorno cuando interfieren los rendimientos académicos, relacionales o la comunicación social del niño. Sus características varían en función de su gravedad y la edad del niño: retraso o limitación del habla, utilización de una gama reducida de vocabulario, dificultad para la adquisición de palabras nuevas, frases simplificadas, omisión de partes críticas de las oraciones o utilización de un orden inusual en las palabras.

Los trastornos mixtos del lenguaje receptivo-expresivo son considerados como tales cuando interfieren en el rendimiento académico, relacional o en la comunicación social. Hay que diferenciarlos de los efectos sobre el habla de los trastornos psicopatológicos severos, tales como el trastorno generalizado del desarrollo, la psicosis o el autismo. La disfasia suele acompañarse de dificultades articulatorias y semánticas y repercute gravemente sobre el rendimiento escolar. En la jergofasia el niño habla una jerga incomprensible o difícilmente comprensible.

Pruebas de cribado y diagnóstico. No se conoce ninguna prueba específica, sencilla y fiable que identifique problemas propios del área del lenguaje y que sea accesible y práctica en el ámbito de la atención primaria.

Recomendaciones de los grupos de expertos. Debe realizarse sistemáticamente una valoración del desarrollo psicomotor y del lenguaje en todos los controles del niño sano hasta los 6 años de edad, y pueden utilizarse pruebas de cribado como la tabla de Haizea-Llevant (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es).

Criptorquidia

Definición y magnitud del problema. La criptorquidia (etimológicamente «testículo oculto») es la falta de descenso testicular completo, unilateral o bilateral, de forma que la gónada se encuentra fuera del escroto, detenida en algún punto de su trayecto anatómico normal (en el abdomen o en el canal inguinal).

Desde un punto de vista práctico, la criptorquidia comprende la ausencia de testículo palpable, la incapacidad para hacerlo descender al escroto manualmente y la situación en la que, una vez descendido mediante maniobras adecuadas, el testículo vuelve inmediatamente a su posición anterior, fuera de la bolsa escrotal. El testículo retráctil, o «en ascensor», a diferencia de la criptorquidia se encuentra alojado en el conducto inguinal pero se lleva con facilidad a la bolsa escrotal, tanto manualmente como de forma espontánea, y permanece allí durante un tiempo.

La criptorquidia se observa hasta en el 3-4% de los niños nacidos a término y en más del 30% de los prematuros (más frecuente a menor edad gestacional). El riesgo de cáncer testicular en pacientes criptorquídicos es 4-10 ve-

ces mayor que en la población control. El tratamiento realizado antes de los 10 años de edad reduce 1-2 veces el riesgo oncológico.

Recomendaciones de los grupos de expertos. No existen estudios controlados que comparen pacientes criptorquídicos con y sin tratamiento. No obstante, se recomienda la exploración de los genitales externos en el primer control de salud de los niños a los 6 meses de edad, a los 12 meses y en cualquier momento si no se hubiese efectuado con anterioridad. La exploración ha de realizarse con el niño tumbado en decúbito supino y las piernas abiertas, y hay que observar el aspecto de los genitales y la simetría del escroto. Deben explorarse los dos testículos por separado y evitar las manos y los ambientes fríos.

Los niños con criptorquidia deben ser derivados al cirujano infantil si la situación persiste a los 6 meses de edad. En el caso de niños prematuros puede esperarse un descenso más tardío.

Los niños con criptorquidia deben ser derivados al cirujano infantil si la situación persiste a los 6 meses de edad.

Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante

Definición y magnitud del problema. El síndrome de muerte súbita del lactante se define como «la muerte súbita e inesperada de un niño menor de 1 año de edad a la que no se le encuentra explicación tras una investigación minuciosa del caso, incluyendo la realización de una autopsia completa, el examen de la escena del fallecimiento y la revisión de la historia clínica». En los países desarrollados constituye la primera causa de muerte en niños de 1 a 12 meses, representando entre un 40-50% de dicha mortalidad. En nuestro país, el Instituto Nacional de Estadística (INE) estima una incidencia de alrededor de 0,2 casos por 1.000 niños, con cierto predominio en el sexo masculino. En los últimos años las tasas de prevalencia se han estabilizado en la mayoría de los países, por lo que persiste el interés por encontrar nuevos factores de riesgo y disminuir su frecuencia.

La mayoría de los episodios ocurren entre la medianoche y las 9 de la mañana, con más frecuencia en los meses fríos y húmedos. Los factores de riesgo y las recomendaciones preventivas se recogen en el cuadro 15.5.

Prevención de enfermedades bucodentales

Definición y magnitud del problema. Las principales enfermedades bucodentales en la infancia incluyen la caries dental, la enfermedad periodontal, los traumatismos dentales y la maloclusión dentaria; de todas ellas, la caries dental es la más prevalente. Las medidas de prevención primaria de la caries dental son más eficientes que las recomendaciones que puedan realizarse para los traumatismos dentales o las maloclusiones.

La caries dental es una enfermedad infecciosa multifactorial caracterizada por la destrucción de las estructuras dentarias, originando cavitación y pérdida de los dientes. En nuestro país afecta a más de la mitad de los niños mayores de 5 años de edad, originando pérdida de su calidad de vida. Cualquier niño puede desarrollar caries, pero se

CUADRO 15.5

Factores de riesgo y recomendaciones para la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante

FACTORES DE RIESGO

Relacionados con la madre

- Tabaquismo materno
- Lactancia artificial
- Cohabitación (dormir en la misma cama)
- Otros: paridad superior a tres, consumo de drogas psicoactivas, alcohol, café, ausencia de pareja estable

Relacionados con el niño

- Antecedentes de otro hermano fallecido por síndrome de muerte súbita del lactante
- Prematuridad y bajo peso al nacer

Factores ambientales

- Bajo nivel socioeconómico
- Postura de decúbito prono del lactante en la cuna
- Factores climáticos: subida de temperatura tras un período frío
- Arropamiento excesivo y sobrecalentamiento de la cuna
- Colchones blandos en la cuna

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

- Evitar la posición de decúbito prono durante el sueño hasta los 12 meses de edad y aconsejar el decúbito supino. Solamente si existe una situación médica específica (reflujo gastroesofágico grave, malformaciones craneofaciales que afectan a la vía respiratoria superior) puede recomendarse el decúbito prono
- Desaconsejar con insistencia el tabaquismo en los padres y, si son fumadores, desaconsejar que compartan la cama con el bebé
- Desaconsejar también compartir la cama, sofá o sillones con el bebé si los padres han consumido alcohol, ansiolíticos, antidepresivos o hipnóticos y en situaciones de cansancio extremo
- Evitar los colchones muy blandos o de lana, los almohadones y cojines, los colgantes al cuello y cualquier otro objeto que pueda provocar asfixia durante el sueño
- Mantener la habitación a una temperatura estable de 20-22 °C, evitando el arropamiento excesivo, especialmente si el niño tiene fiebre
- Promover la lactancia materna
- No rechazar, al menos en una primera fase, el uso del chupete para el sueño durante el primer año

han descrito factores de riesgo relacionados con una mayor probabilidad de padecerla (cuadro 15.6).

Recomendaciones de los grupos de expertos. Las principales recomendaciones para la prevención de la caries se recogen en el cuadro 15.7.

Prevención de accidentes infantiles

Definición y magnitud del problema. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define accidente como «todo suceso eventual, involuntario o anómalo, independiente de su gravedad, que conlleva un daño físico o psíquico como consecuencia de una falta de prevención o defecto de seguridad». En nuestro país, los accidentes infantiles

CUADRO 15.6

Factores de riesgo de caries dental en la infancia

FACTORES NUTRICIONALES

Prenatales

- Infecciones graves o déficit nutricional importante en el tercer trimestre gestacional
- Ingesta materna de tetraciclinas durante el embarazo
- Prematuridad

Posnatales

- Ingesta insuficiente de calcio, fosfatos y flúor
- Hábitos alimentarios inadecuados
- Chupetes, tetinas o biberones endulzados para dormir
- Consumo de bebidas azucaradas (bebidas carbónicas, zumos, etc.)
- Consumo de jarabes endulzados

FACTORES RELACIONADOS CON LA HIGIENE DENTAL

Ateraciones morfológicas de la cavidad oral

- Malformaciones orofaciales y uso de ortodoncias

Higiene oral deficiente

- Mala higiene oral de los padres y hermanos mayores
- Eliminación incorrecta de la placa dental
- Minusvalías psíquicas importantes

FACTORES ASOCIADOS CON XEROSTOMÍA

- Hipertrofia adenoidea
- Consumo de anticolinérgicos
- Síndrome de Sjögren
- Displasia ectodérmica

FACTORES RELACIONADOS CON ENFERMEDADES EN LAS QUE LA MANIPULACIÓN DENTAL ES FRECUENTE

- Cardiopatías
- Inmunosupresión
- Hemofilia y otros trastornos de coagulación

constituyen la primera causa de muerte en el grupo de edad de 1 a 18 años, y además es la primera causa de años potenciales de vida perdidos y también la primera causa de costes médicos. Las diferentes Encuestas Nacionales de Salud revelan que alrededor del 11% de los menores de 15 años sufrieron un accidente en el año anterior, siendo los traumatismos los más frecuentes (90% de las lesiones accidentales). Los tipos de lesiones incluyen los traumatismos (contusiones, heridas, esguinces, fracturas), las lesiones producidas por cuerpo extraño, las quemaduras, las intoxicaciones por ingesta de fármacos o productos de limpieza, los ahogamientos y las mordeduras, arañazos y picaduras.

Recomendaciones de los grupos de expertos. El contenido de las recomendaciones preventivas de los accidentes infantiles según los grupos de edad y los consejos preventivos sobre los accidentes domésticos y los accidentes de tráfico se muestra en la presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es.

En nuestro país los accidentes infantiles constituyen la primera causa de muerte en el grupo de edad de 1 a 18 años.

CUADRO 15.7

Recomendaciones en la prevención de la caries infantil

EN NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS

- Exploración neonatal de la cavidad oral (dientes neonatales, malformaciones u otras alteraciones) y seguimiento de la erupción de la dentición primaria
- Prevención de la caries rampante de los incisivos, desaconsejando firmemente endulzar el chupete o dejar dormir al lactante con un biberón de leche o zumo en la boca
- En niños que presenten factores de riesgo para la caries (v. cuadro 15.6) se recomendará suplementos de flúor por vía oral a partir de los 6 meses de edad, dependiendo del contenido en flúor del agua de bebida (de consumo público o embotellada)
- Inicio del cepillado dental. En niños menores de 2 años el cepillado deben realizarlo los familiares con pasta de dientes con 1.000 ppm de flúor (cantidad similar a un raspado o mancha). En niños de entre 2 y 6 años se debe usar pasta con 1.000-1.450 ppm de flúor (cantidad del tamaño de un guisante)
- Informar a los padres sobre los alimentos cariogénos; se les deberá aconsejar la restricción de los azúcares refinados y las bebidas azucaradas, e insistir en que, más que la cantidad, lo que realmente perjudica es la consistencia de estos alimentos, la frecuencia con que se toman y el momento de su ingesta, por lo que debe evitarse la toma entre comidas y al acostarse

EN NIÑOS DE 6 A 14 AÑOS

- Exploración bucodental en los exámenes de salud del niño sano vigilando la presencia de caries, sarro, flemones, abscesos, gingivitis, mordida cruzada, mordida anterior, diastemas y frenillos, maloclusiones y apiñamientos
- Profilaxis de la caries y de la enfermedad periodontal mediante las siguientes actuaciones:
 - Informar a los padres sobre los alimentos cariogénos como en las edades anteriores, promoviendo además la celebración de cumpleaños saludables
 - En niños que presenten factores de riesgo para la caries (v. cuadro 15.6) se recomendará suplementos de flúor por vía oral, dependiendo del contenido en flúor del agua de bebida (de consumo público o embotellada). Alternativamente pueden utilizarse colutorios fluorados diarios (0,05% de fluoruro sódico) o semanales (0,2% de fluoruro sódico) en el colegio, asegurándose de que el niño realiza bien los enjuagues durante 1 minuto y que no traga líquido
 - Geles y barnices de flúor: aplicados siempre por especialistas con periodicidad variable, en función del riesgo de caries
 - Enfatizar el cepillado dental después de las comidas y al acostarse con pasta dentífrica que contenga 1.450 ppm de flúor

Prevención del tabaquismo activo y pasivo

Definición y magnitud del problema. El tabaquismo constituye la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte evitable en nuestro país.

Debido tanto a la Ley 28/2005 de 26 de diciembre (de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y publicidad del tabaco) como al reconocimiento por parte de la población joven del tabaco como sustancia muy nociva,

el consumo ha descendido en todos los grupos de edad. En 2014 la incidencia del tabaquismo entre los 14 y 18 años fue de 137.200 estudiantes (el 8,9%, frente al 21,5% de 2004), con un inicio de consumo a los 14 años aproximadamente. El riesgo percibido para el consumo habitual en esa franja de edad de 14-18 años es del 75,1%. La prevalencia de consumo habitual por sexos es del 24,2% para los varones y del 33,1% para las mujeres. Se trata de la droga más fácil de conseguir para los estudiantes junto al alcohol, y su consumo diario se incrementa si se convive con algún familiar fumador o se tiene algún amigo fumador.

Los adolescentes fumadores tienen el mismo riesgo que los fumadores adultos respecto al cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la enfermedad pulmonar crónica. El tabaquismo pasivo es fuente de similares problemas de salud. En España se estima que más del 50% de los niños son fumadores pasivos en el hogar. El 30% de las mujeres fumadoras embarazadas siguen fumando. El tabaquismo materno neutraliza el efecto protector de la lactancia materna para el síndrome de muerte súbita del lactante, predispone al asma bronquial y aumenta el riesgo de otitis en el niño.

Recomendaciones de los grupos de expertos. Las recomendaciones sobre el consejo antitabaco deben realizarse a las mujeres embarazadas, a los padres y a los propios adolescentes (cuadro 15.8).

Prevención de la obesidad infantil-juvenil

Definición y magnitud del problema. En las sociedades occidentales la incidencia de la obesidad es elevada y está incrementándose. Los escolares españoles de 7-14 años

presentan un porcentaje de sobrepeso superior al de los niños de su misma edad del norte y este de Europa, aunque similar al de los menores de la zona mediterránea. En España se estima una prevalencia de obesidad infantil ($p > 97$) del 13,9%, mientras que la prevalencia combinada de sobrepeso ($p > 85$) y obesidad es del 26,3%.

Recomendaciones de los grupos de expertos. Las estrategias para la prevención primaria de la obesidad se fundamentan en consejos dirigidos a toda la población. Las recomendaciones específicas para la etapa infantil se recogen en la presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es.

Consejos de protección solar

La exposición al sol está claramente relacionada con la etiología y la aparición de tumores malignos cutáneos. Una adecuada protección solar es fundamental para evitar daños sobre la piel, máxime si consideramos que los efectos negativos de la exposición solar prolongada son acumulativos e irreversibles, pudiendo existir una latencia de muchos años entre la exposición solar y el inicio clínico del melanoma. También ha de tenerse en cuenta que no existe un tipo de bronceado saludable. Las fuentes de radiación ultravioleta artificiales (lámparas y camas solares, solárium) son también causas de quemaduras, envejecimiento cutáneo y mayor incidencia de cáncer de piel, y están legalmente prohibidas en menores de 18 años.

España es, comparativamente, uno de los países de Europa con menor incidencia de melanoma, con una tasa ajustada por 100.000 habitantes de 5,8 para varones y 7,5 para mujeres, aunque tanto su incidencia como la mortalidad atribuible van en aumento. Debe prestarse especial interés a las personas con factores de riesgo: piel clara (con pelo generalmente rubio o pelirrojo), con antecedentes familiares o personales de cáncer cutáneo, exposición frecuente al sol y quemaduras solares en la infancia, nevos atípicos o gran número de lunares o con pecas (efélides) como indicador de fotosensibilidad. Pero en cualquier persona deben adoptarse las medidas generales de prevención (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es).

CUADRO 15.8

Recomendaciones para la prevención del tabaquismo activo y pasivo

EN LAS MUJERES EMBARAZADAS

Realizar el consejo antitabaco en todas las consultas y actividades preventivas a las que acuden las mujeres embarazadas, tanto solas como acompañando a otros descendientes. Hacer hincapié en el beneficio de la abstinencia sobre la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante y el normal crecimiento fetal. Ofrecer consultas programadas o antitabaco para favorecer el abandono

EN LOS PADRES Y MADRES

Interrogar a los padres sobre el consumo durante los primeros años de vida del niño, enfatizando en el beneficio del abandono para disminuir la morbilidad infantil relacionada y para prevenir modelos de conducta inadecuados. Ofrecer acudir a consultas programadas o antitabaco si es necesario

EN LOS ADOLESCENTES

Realizar anamnesis de consumo y consejo en las revisiones del programa del niño sano, en las actividades grupales sobre hábitos de vida saludable y también en todas las consultas oportunistas por problemas de salud. Facilitar consejos orientados tanto a aspectos estéticos (p. ej., oscurecimiento de los dientes y mal aliento) como al bajo rendimiento deportivo y también referidos al alto riesgo de adicción al tabaco

Consejos frente al consumo de alcohol y otras drogas en la infancia y la adolescencia

España ocupa el primer lugar de la Unión Europea en oferta y accesibilidad al consumo de bebidas alcohólicas, con la presencia de un bar por cada 170 habitantes. Nuestro país ocupa también el octavo lugar del mundo en consumo de alcohol/per cápita, con 9,6 litros por habitante y año.

En 2014 dos tercios de los estudiantes de entre 14 y 18 años habían consumido alcohol en el último mes, una quinta parte había sufrido una borrachera y una tercera parte había realizado un consumo intensivo. Generalmente el consumo esporádico se inicia a los 14 años, incorporándose el consumo semanal un año más tarde (predo-

minando los días laborables en varones y los fines de semana en mujeres). El abuso y dependencia del alcohol y de otras drogas están asociados a efectos negativos tanto en la esfera física y psicológica como social, afectando a largo plazo a las facultades y capacidades de desarrollo del adolescente. Además, casi la mitad de los accidentes de tráfico que se registran por la noche y de madrugada durante los fines de semana tienen como protagonistas a jóvenes de edades comprendidas entre los 16 y los 30 años, que generalmente han consumido alcohol u otro tipo de droga. También está demostrado que el inicio precoz del consumo de alcohol antes de los 14 años supone un mayor riesgo de sufrir alcoholismo a lo largo de la vida y de convertirse en dependientes del alcohol en los diez años siguientes. Los factores de riesgo asociados al consumo de alcohol y drogas incluyen, entre otros, la falta de supervisión de los padres, tener compañeros o un cuidador que abusan de las drogas, el fracaso académico, las conductas antisociales y la falta de cariño y respaldo por parte de padres o cuidadores.

Casi la mitad de los accidentes de tráfico que se registran por la noche y de madrugada durante los fines de semana tienen como protagonistas a jóvenes de edades comprendidas entre los 16 y los 30 años.

Medidas generales de prevención. Realizar las recomendaciones sobre el consejo antialcohol y antidroga a embarazadas, padres y adolescentes recogidas en la presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es.

Vacunaciones

Calendario de vacunación sistemática aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

Recomendaciones generales. Las vacunaciones constituyen la actividad de prevención primaria más efectiva que se conoce. Con ninguna otra actuación preventiva se puede hablar de erradicación de una enfermedad o de disminuciones de más del 99% en sus tasas de incidencia. Por tanto, la cumplimentación del calendario vacunal con muy altas tasas de cobertura debe ser una prioridad de cualquier programa preventivo.

En nuestro país cada comunidad autónoma tiene un calendario vacunal propio, aunque no existe evidencia científica que avale tal proceder. Por consiguiente, las recomendaciones se resumen en seguir las adaptaciones en cada comunidad autónoma del calendario aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2017 (tabla 15.1), teniendo en cuenta las consideraciones recogidas en el cuadro 15.9.

Supervisión del crecimiento y desarrollo físico

La supervisión del crecimiento y desarrollo físico del niño ha sido, tradicionalmente, una de las actividades esenciales de la pediatría de atención primaria. Sin embargo, no existen estudios en nuestro medio que valoren el impacto de la monitorización del desarrollo sobre la salud infantil. Por tanto, no hay razones para afirmar ni para negar la eficacia de la supervisión del crecimiento físico en un

TABLA 15.1 Calendario de vacunaciones recomendado en 2017 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

Vacunación	Edad									
	0 meses	2 meses	4 meses	11 meses	12 meses	15 meses	3-4 años	6 años	12 años	14 años
Poliomielitis		VPI	VPI	VPI				VPI ^a		
Difteria-tétanos-pertussis		DTPa	DTPa	DTPa				DTPa ^a		Td
<i>Haemophilus influenzae</i> b		Hib	Hib	Hib						
Sarampión-rubeola-parotiditis					TV		TV			
Hepatitis B ^b	HB ^b	HB	HB	HB						
Enfermedad meningocócica C			MenC ^c		MenC				MenC	
Varicela						VVZ	VVZ		VVZ ^d	
Virus del papiloma humano									VPH ^e	
Enfermedad neumocócica		VCN1	VCN2	VCN3						

Los niños vacunados con pauta 3 + 1 recibirán dTpa.

^aSe administrará la vacuna combinada DTPa/VPI a los niños vacunados con pauta 2 + 1 cuando alcancen la edad de 6 años.

^bPauta 0, 2, 4, 11 meses. Se administrará la pauta 2, 4 y 11 meses siempre que se asegure una alta cobertura de cribado prenatal de la embarazada y la vacunación de hijos de madres portadoras de HBsAg en las primeras 24 horas de vida junto con administración de inmunoglobulina HB.

^cSegún la vacuna utilizada puede ser necesaria la primovacunación con una dosis (4 meses) o dos dosis (2 y 4 meses de edad).

^dPersonas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad. Pauta con 2 dosis.

^eVacunar solo a las niñas con 2 dosis.

CUADRO 15.9

Recomendaciones sobre el calendario de vacunación sistemática en la infancia

- Aceptar y adaptar las pautas vacunales al calendario vigente en cada comunidad autónoma
- Completar las dosis que falten en función del calendario vacunal aportado por el paciente. No reiniciar pautas. Seguir la norma: «dosis puesta, dosis contada»
- En caso de estar inmunizados antes de los 12 meses con sarampión o triple vírica o en cualquier edad exclusivamente contra el sarampión se administrarán dos dosis de triple vírica
- Evitar «ocasiones perdidas» administrando el mayor número de dosis posible en un mismo acto vacunal para conseguir que no aparezcan bolsas de población susceptible a enfermedades infecciosas inmunoprevenibles
- Es preciso respetar siempre el intervalo mínimo entre dos dosis de la misma vacuna. Si se administrara antes por algún motivo no contará como dosis puesta y se revacunará en el plazo adecuado
- Todas las vacunas de antígenos inactivados pueden administrarse simultáneamente o con cualquier intervalo entre ellas
- La administración de dos o más vacunas atenuadas parenterales deberá ser simultánea, o de lo contrario separarlas al menos 4 semanas
- Insistir en la importancia del carné vacunal como biografía inmunitaria de la salud de la persona
- Promover actuaciones encaminadas a la administración de todas las vacunas que sea posible en el propio centro de salud

mejor diagnóstico de trastornos del crecimiento de causa orgánica, ni en una mejoría de la morbimortalidad de la población infantil.

El crecimiento es un indicador sensible del estado general de salud, de la situación nutricional y de los propios antecedentes familiares del niño. En países desarrollados como el nuestro, el control del crecimiento tiene como finalidad principal la detección precoz de desviaciones de la curva ponderoestatural, generalmente secundarias a patologías muy diversas (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es) y no principalmente a malnutrición, como suele ser habitual en los países subdesarrollados.

El objetivo de la supervisión del crecimiento es lograr el pleno desarrollo del potencial genético que tiene el niño. Las recomendaciones generales se recogen en el cuadro 15.10.

Prevención del embarazo no deseado en la adolescencia

La OMS define la adolescencia como el período de la vida en el que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la madurez y consolida la independencia económica, fijando sus límites entre los 10 y los 19 años. Sin embargo, es difícil definir cronológicamente la adolescencia, sobre todo si se tienen en cuenta las diferencias socioculturales, variando de forma importante los rangos de edades entre unas y otras culturas. Además, existen variaciones en función del sexo, y en pocas culturas las edades consideradas para la adolescencia masculina y femenina son las mismas. Desde un punto de

CUADRO 15.10

Recomendaciones generales para la supervisión del crecimiento y desarrollo físico

- Monitorizar el peso, la talla y el perímetro craneal en todos los niños y en todos los controles de salud, desde el nacimiento hasta los 2 años. Anotar los percentiles correspondientes, preferiblemente según las tablas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud
- Realizar estas revisiones preferentemente en los exámenes de salud
- Medir la talla con el niño en decúbito supino hasta los 2 años de edad
- Utilizar preferentemente los estándares de referencia más próximos a cada comunidad para el peso, la talla y el perímetro craneal
- A partir de los 2 años puede determinarse el índice de masa corporal, dividiendo el peso (kg) por la talla (m²)
- Valorar el desarrollo puberal mediante las escalas de Tanner

vista psicosocial y operativo puede considerarse la adolescencia como el período de la vida en el cual la persona no ha llegado a ser considerada adulta pero ya no se la considera un niño. En la cultura europea mediterránea suelen considerarse los límites de los 11-12 años por debajo y los 18-20 por arriba, aunque gran parte de los estudios demográficos se realizan en el grupo de 15-19 años.

Se considera un embarazo no deseado en la adolescencia la gestación que ni uno ni otro miembro de la pareja desean conscientemente en el momento de la relación sexual. El embarazo en la adolescencia casi siempre es no deseado y se debe al mantenimiento de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. En España el 99,4% de los embarazos en chicas menores de 18 años son no deseados, o al menos no son buscados. Pero además, desde un punto de vista psicosocial, el embarazo no deseado en la adolescencia continúa siendo un embarazo no deseado a lo largo de toda la gestación, el cual o se interrumpe o bien da lugar al nacimiento de un niño ambivalentemente deseado, y por tanto un niño de alto riesgo biopsicosocial. La tasa de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en 2015 en mujeres de hasta 19 años fue de 9,38 por cada 1.000 mujeres, cifra inferior a la registrada en años precedentes, especialmente a la cifra del año 2007 (con 10.353 IVE; 13,79 por cada 1.000 mujeres). En las Estadísticas Sanitarias Mundiales de 2014 la tasa media de natalidad mundial en edades entre 15-19 años fue de 49 por 1.000 mujeres (con variaciones importantes según el país). Nuestro país ocupa un lugar intermedio entre los países desarrollados de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en cuanto a tasas de nacimientos en adolescentes.

El embarazo en la adolescencia se produce, generalmente, fuera del matrimonio o de una relación de pareja estable y conlleva un estigma social en muchas comunidades y culturas. De hecho, en los países desarrollados los datos de embarazos en la adolescencia confirman su relación con los niveles educativos más bajos, con mayores tasas de pobreza y con otras situaciones de inestabilidad familiar y social. Por tanto, en nuestra cultura y en términos generales, el embarazo en la adolescencia puede ser un problema, entre otras razones porque la adolescente es una persona cuya identidad psicosocial no está desarro-

llada y tampoco está acabada su integridad biológica como mujer adulta, lo que predispone a consecuencias adversas y problemas con el embarazo, el parto y la lactancia (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es). También debe tenerse en cuenta el problema emocional y psicosocial que implica para un varón adolescente una primera paternidad interrumpida o problemática, pues esta conlleva repercusiones psicológicas y sociales mayores de lo que suele pensarse: dificultades en el desarrollo de la adolescencia, trastornos de conducta, dificultades sexuales y de establecimiento de familia en el futuro, etc. Sin embargo, no siempre, ni universalmente, el embarazo en la adolescencia supone un problema. Si el embarazo es deseado y/o la cultura y el grupo social lo integran, o incluso se apoya en ese tipo de embarazos, como ocurre en etnias como la gitana, los riesgos psicosociales disminuyen, aunque los riesgos biológicos puedan o no permanecer intactos.

El embarazo en la adolescencia casi siempre es no deseado y se debe al mantenimiento de relaciones sexuales sin adoptar métodos anticonceptivos.

Las recomendaciones generales para la prevención del embarazo en la adolescencia aparecen en el cuadro 15.11, y en la presentación para docentes y estudiantes (disponible en www.studentconsult.es) se exponen las recomendaciones necesarias cuando el embarazo sigue adelante, teniendo en cuenta que siempre debe considerarse como un embarazo de alto riesgo a nivel biopsicosocial.

CUADRO 15.11

Recomendaciones generales para la prevención del embarazo en la adolescencia

- Promover la adopción de las medidas anticonceptivas y de autoprotección adecuadas, así como el apoyo para el establecimiento de relaciones significativas y la protección ante las esporádicas
- Realizar anamnesis entre los 12 y los 19 años para identificar la actividad sexual y las actitudes de los adolescentes, proporcionando consejos individualizados según sus conocimientos, habilidades y preferencias y enfatizando la importancia de planificar la protección desde la primera relación
- Identificar los comportamientos y prácticas de riesgo en los adolescentes con relaciones sexuales, comprobando la utilización de las medidas de protección y valorando la actitud, los conocimientos y las habilidades en su uso, informándoles sobre los recursos de anticoncepción en el área de salud
- Recomendar el uso del preservativo en las relaciones sexuales esporádicas e informar de los factores de riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual. Cuando esté indicado habrá que proporcionar la anticoncepción (incluida la anticoncepción general y de emergencia) y/o derivar a un centro de planificación según sean los recursos de la zona
- Redirigir los programas escolares de educación sexual, enfocándose no tan solo hacia la explicación meramente fisiológica de la sexualidad humana, sino también hacia un concepto de educación y orientación integral para la vida en familia

Prevención de las infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se definen como aquellas producidas por agentes infecciosos específicos para los que el mecanismo de transmisión sexual tiene relevancia epidemiológica, aunque en algunas de ellas no sea la vía de transmisión principal. Actualmente, al menos a 25 microorganismos y a 50 síndromes se les reconoce el carácter de ser de transmisión sexual. Las principales infecciones que pueden transmitirse por vía sexual son la gonococia, el sida, la sífilis, las infecciones por clamidias, la tricomoniasis, la hepatitis B, el herpes genital, las infecciones por el virus del papiloma humano (VPH), la candidiasis vulvovaginal y el chancroide.

La Encuesta Nacional de Salud Sexual de 2009 revela que la edad media del inicio de las relaciones sexuales está en los 17-18 años, tanto en varones como en mujeres, y el último informe de Anticoncepción 2014 de la Sociedad Española de Contracepción indica que en las mujeres esa edad ha bajado ya a los 16 años. El preservativo masculino es el método de barrera más utilizado como protección del embarazo y de las ITS, pero hasta el 40% de los adolescentes no utilizan ninguna protección en sus primeras relaciones sexuales. El preservativo femenino solo lo utilizan el 2% de las adolescentes como método de prevención de ITS frente al 1,1% que lo utilizan como prevención del embarazo.

La magnitud de las ITS en los adolescentes y la población adulta de nuestro país resulta difícil de conocer, ya que, por una parte, los registros de morbilidad (asistida y declarada) no reflejan lo que ocurre en la realidad por ser muchas de estas infecciones asintomáticas o por no consultarse por pudor al considerarlas vergonzantes. A nivel nacional solo existen tres fuentes de datos, que son limitados en cuanto a etiologías. El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria recoge la declaración semanal de la enfermedad gonocócica y sífilis. El Sistema de Información Microbiológica recoge información de laboratorios de sífilis, gonococo, *Chlamydia trachomatis* y herpes tipos 1 y 2. Finalmente, los Centros de Infecciones de Transmisión Sexual atienden a población con factores de riesgo para las ITS. Además, las ITS están sujetas a una importante subnotificación en todas las comunidades autónomas. Sin embargo, la notificación de la sífilis y la gonococia ha aumentado en el conjunto de España. Así, en el año 2013 se notificaron 3 casos de sífilis congénita precoz, 3.723 casos de sífilis (tasa de 8 por 100.000 habitantes) y 3.315 casos de infecciones gonocócicas (tasa de 7,12 por 100.000 habitantes). En cuanto al sida, la creciente incidencia de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es uno de los principales problemas de salud en nuestro país, y la transmisión por vía heterosexual es el mecanismo que ha experimentado el mayor crecimiento porcentual. En 2015 se notificaron 3.428 nuevos casos de VIH (una tasa de 9,44 por 100.000 habitantes), siendo el 85,9% en hombres, con una mediana de edad de 36 años. La transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres fue la más frecuente, 53,6%, seguida de la heterosexual, 25,4%.

Recomendaciones generales

Las medidas de prevención de las ITS deben basarse en actividades dirigidas a los colectivos de riesgo como los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) y sus parejas, así como en promover la adopción de medidas preventivas en las relaciones sexuales entre los adolescentes y en la población general. El uso del preservativo de forma correcta y regular se ha mostrado efectivo para prevenir el contagio de las ITS y reduce el riesgo de infección por el VIH entre el 69% y el 85%. El preservativo femenino es considerado igualmente efectivo como método preventivo, ya que no permite la infección del VIH. Conviene enfatizar el consejo sobre la importancia de planificar la protección desde la primera relación.

Las medidas recomendadas para la prevención de las ITS engloban las enunciadas anteriormente para la prevención del embarazo en la adolescencia, así como la correcta vacunación frente a la hepatitis B y el uso adecuado del preservativo (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es).

PREVENCIÓN EN EL ADULTO Y EL ANCIANO

Estilos de vida no saludables

El estilo de vida es uno de los mayores condicionantes del estado de salud de la población en los países desarrollados. Teóricamente, la adopción de hábitos saludables podría reducir la mortalidad global hasta en un 43%. Pero la adopción y el mantenimiento de un hábito saludable es un proceso complejo en el que influyen desde factores psicológicos, como son las creencias y los valores del individuo, hasta las relaciones y normas sociales, el contexto socioeconómico en que se desenvuelve su vida o la gratificación o las molestias que obtiene con la conducta que desea cambiarse. El modelo de los estadios del cambio de Prochaska y DiClemente se usa en gran parte de las investigaciones e intervenciones actuales para intentar explicar por qué las personas se comportan de una manera determinada, considerando que cambiar de conductas es un proceso en el cual la persona atraviesa una serie de etapas o estadios que se resumen en el cuadro 15.12. Otra estrategia que puede servir a los profesionales sanitarios

(médicos y enfermeras) para realizar recomendaciones preventivas y ayudar a sus pacientes en la adopción de estilos de vida saludables es la utilización del modelo de las «5 A» propuesto por la US Preventive Services Task Force (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es). Es importante que las intervenciones sobre los estilos de vida se repitan a lo largo de las diferentes consultas, procurando repartir los mensajes y no sobrecargar al paciente (no crearle más de una angustia por consulta).

Sedentarismo

Con la llegada de la Revolución Industrial se fue perdiendo la necesidad de realizar duras y agotadoras tareas físicas en el trabajo, mejorando la salud y la calidad de vida del trabajador, pero a costa de convertirlo cada día en un ser más sedentario, pues gran parte de la actividad laboral precisa un consumo energético muy bajo. Y paradójicamente, ese hábito es causa de muchos e importantes problemas de salud. La OMS estima que el sedentarismo es una de las diez causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en los países desarrollados, lo que implica que alrededor de dos millones de muertes en estos países se deben a la falta de ejercicio físico. La actividad física ha demostrado ser un factor de prevención importante en al menos 35 patologías crónicas (enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad vascular periférica, diabetes, osteoporosis, cáncer de colon, cáncer de mama, ansiedad, depresión, obesidad o enfermedad tromboembólica, entre otras) y, además, constituye un elemento esencial en mantener la calidad de vida del individuo y su independencia a lo largo de los años. Las personas que se mantienen físicamente activas tienen tasas más bajas de mortalidad y una mayor longevidad. En los ancianos, el ejercicio físico evita los efectos que el envejecimiento produce sobre el sistema osteomuscular y disminuye el riesgo de caídas y dependencia.

Es importante que las intervenciones sobre los estilos de vida se repitan a lo largo de las diferentes consultas, procurando repartir los mensajes y no sobrecargar al paciente (no crearle más de una angustia por consulta).

La Encuesta Europea de Salud en España de 2014 revela que el 36,7% de la población adulta mayor de 15 años es sedentaria (el 31,1% de los hombres y el 42,0% de las mujeres). Además, el desarrollo de actividad física moderada o intensa está más extendido entre los hombres. En la Encuesta Nacional de Salud de 2011/12 el 12,1% de la población infantil se declara sedentaria, es decir, no realiza actividad física alguna en su tiempo libre. El porcentaje de sedentarismo es el doble en niñas (16,3%) que en niños (8,2%), incrementándose con la edad tanto la frecuencia como el diferencial por sexo. En el grupo de 10 a 14 años, el 7,6% de los niños tiene un estilo de vida sedentario, frente al 19,7% en niñas.

Recomendaciones generales. Los profesionales sanitarios deben recomendar actividad física y prescribir la realización de un ejercicio físico que sea adecuado a la edad

CUADRO 15.12

Estadios del proceso del cambio de una conducta

- Precontemplación:* el paciente no se ha planteado seriamente la idea del cambio
- Contemplación:* hay un planteamiento serio de cambio en los próximos meses
- Preparación:* el paciente es capaz de fijar una fecha y pensar un plan para cambiar
- Acción:* se inicia el cambio y se mantiene la conducta por un tiempo
- Mantenimiento:* la persona mantiene la nueva conducta durante más de 6 meses
- Recaída:* la persona recae de forma permanente en la conducta anterior

y las condiciones sociosanitarias de todos sus pacientes, aprovechando cualquier motivo de consulta para preguntar al paciente acerca de sus hábitos de actividad física (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es).

Obesidad

La obesidad es uno de los problemas de salud más frecuentes en las consultas de atención primaria, y muchos autores la consideran una auténtica epidemia social. Al tratarse de un trastorno clínico de causa multifactorial, de gran complejidad patogénica y de evolución crónica, debe abordarse en sus diferentes aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Su importancia radica en que el sobrepeso y la obesidad se relacionan con una incidencia aumentada de problemas de salud, como enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión, dislipidemias, artrosis y cáncer. También se asocian con una mayor mortalidad, aunque esta relación es más débil en mujeres, ancianos y en personas con buena forma física.

En España, la prevalencia de obesidad en adultos se mantiene estable en los últimos años, alcanzado el 16,9% en 2014, con cifras ligeramente mayores en hombres que en mujeres (el 17,1% frente al 16,7%). En cuanto al sobrepeso, sin obesidad, la prevalencia fue del 35,7% en 2014, y la prevalencia conjunta de obesidad y sobrepeso, en la población adulta residente en España, fue del 52,7% en 2014 (el 60,7% de los hombres y el 44,7% de las mujeres).

La obesidad se define como un estado físico de excesiva grasa corporal. Habitualmente esta acumulación excesiva de grasa se traduce en un aumento de peso, si bien no todo aumento de peso tiene que ver exclusivamente con el exceso de grasa, ya que puede deberse al exceso de líquido o a exceso de masa magra. Medir directa o indirectamente la masa grasa total o el porcentaje de grasa corporal que presenta un individuo sería el criterio más exacto, y aunque existen métodos para hacerlo (densitometría, isótopos, impedancia, ultrasonidos, etc.) no están al alcance de los profesionales de atención primaria. Por todo ello hay que recurrir a los métodos antropométricos, que se correlacionan bien con la masa grasa corporal. Entre estos destacan el índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelec, el perímetro de la cintura y el cociente cintura-cadera. El IMC es el resultado de dividir el peso (kg) por la talla (m²). Un IMC entre 25 y 29,9 kg/m² se considera sobrepeso, y un IMC ≥ 30 kg/m² define la obesidad. El IMC tiene una buena relación con el exceso real de masa grasa de los individuos de complejión normal y en edades medias de la vida, es decir, las comprendidas entre los 20 y los 69 años. No ocurre así en los lactantes, niños, adolescentes menores de 20 años, los adultos de más de 69, las mujeres embarazadas y las personas muy musculosas o atléticas. Igual ocurre con las tablas de peso ideal, pues con ambos métodos medimos en realidad el exceso de peso, sin distinguir entre el exceso de masa grasa, de masa magra (personas muy musculosas) o de agua (insuficiencia cardíaca, renal, hepática).

La obesidad es una patología multifactorial debida a factores genéticos y ambientales, aunque la principal alteración fisiopatológica es un desequilibrio entre la energía ingerida y el gasto energético. La ingesta, el gasto ener-

gético y la herencia son los tres factores que controlan el depósito de grasa corporal. Con independencia del factor que inicialmente promueve la obesidad, la clave del depósito de grasa está en el principio del equilibrio energético. Si un individuo ingiere más energía de la que gasta se produce una ganancia de peso, y si gasta más energía de la que ingiere el resultado es una pérdida de peso. La actividad física constituye otro factor de reconocida importancia. Otros aspectos, como diferencias culturales y socioeconómicas, especialmente el nivel de instrucción, o la raza son también factores que influyen en la prevalencia de la obesidad. Finalmente, diferentes factores psicológicos, como la tensión, la ansiedad, la frustración, el aburrimiento, el duelo y la depresión, pueden desencadenar obesidad.

Las intervenciones recomendadas para prevenir la obesidad se recogen en la presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es.

La obesidad es una patología multifactorial debida a factores genéticos y ambientales, aunque la principal alteración fisiopatológica es un desequilibrio entre la energía ingerida y el gasto energético.

Tabaquismo

Fumar es una causa conocida de cáncer, enfermedad cardiovascular, complicaciones del embarazo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre más de veinticinco problemas de salud. El consumo de tabaco es el problema sanitario que mayor mortalidad y morbilidad causa en España, y constituye la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte súbita. La mitad de las personas que fuman morirán a causa de enfermedades relacionadas con el tabaco. No hay un umbral de consumo por debajo del cual los riesgos de salud desaparecen: fumar cualquier cantidad de tabaco comporta riesgos para la salud. Fumador, por tanto, sería la persona que ha fumado diariamente durante el último mes, cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno.

Por tabaquismo pasivo se entiende la exposición ambiental involuntaria de los no fumadores al humo del tabaco, en el hogar, en el medio laboral y en los lugares públicos en general. La exposición al aire contaminado por el humo del tabaco puede causar cáncer, serios problemas respiratorios y enfermedades cardiovasculares, tanto en niños como en adultos. De hecho, el humo del tabaco es considerado un carcinógeno de tipo A, es decir, que no existe un nivel seguro de exposición.

En España, en 2014 el porcentaje de la población que fuma a diario ha alcanzado el nivel más bajo de las últimas décadas en ambos sexos. Fuma el 27,6% de los hombres y el 18,6% de las mujeres, el 23% en total. Pese a este importante descenso del consumo, en 2013 el tabaco continuó siendo la droga predominante (41%) tras el alcohol (78%). En cuanto al tabaquismo pasivo (Encuesta Nacional de Salud 2011/12) se ha producido un notable descenso tanto en el trabajo (2,6%) como en los lugares y transportes públicos cerrados (2,4%). Actualmente el domicilio personal es el ámbito donde acontece con más frecuencia el tabaquismo pasivo (17,8%).

Se estima que hasta el 70% de la población acude una vez al año a su consulta de medicina de familia y que una intervención protocolizada y sistemática en este ámbito puede conseguir tasas de hasta un 5% de abandono del consumo de tabaco, por lo que se asume que una estrategia global de la asistencia al tabaquismo debe estar centrada en un fuerte compromiso con la atención primaria. De hecho, el consejo médico para ayudar a dejar de fumar es la intervención con mayor y mejor evidencia entre todas las actividades de consejo en atención primaria. Las tasas de éxito son mayores si el asesoramiento y la medicación para dejar de fumar se usan conjuntamente.

Fumar es al mismo tiempo una adicción física y psicológica, una conducta aprendida y una dependencia social. Dejar de fumar supone, por tanto, superar la adicción (mediante soporte psicológico y fármacos cuando se necesiten), desaprender una conducta (mediante estrategias conductuales) y modificar la influencia del entorno. Los fármacos considerados de primera elección son la terapia sustitutiva con nicotina, el bupropión y la vareniclina.

En las personas que fuman, una anamnesis correcta incluye valorar al menos cuatro aspectos fundamentales:

- Grado de dependencia a la nicotina. Para valorarla puede utilizarse una versión reducida del test de Fargerström, con solamente dos preguntas (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es), correspondiendo una puntuación de 5-6 puntos a una dependencia alta, 3-4 puntos a una dependencia moderada y 0-2 puntos a una dependencia baja.
- Estadio del proceso de cambio (v. cuadro 15.12). Es importante conocer el estadio del cambio en que está el fumador porque la intervención adecuada a cada estadio es diferente. Por ejemplo, las etapas precoces requieren estrategias que aumenten la motivación mediante técnicas de entrevista motivacional, mientras que en las etapas de acción y mantenimiento se obtiene un mayor beneficio con técnicas de modificación de conductas, refuerzos, control de estímulos ambientales y apoyo del entorno.
- Grado de motivación para dejar de fumar. Para valorar la motivación puede ser útil conocer las percepciones del fumador sobre la importancia que le atribuye al cambio de conducta, la confianza que tiene en lograrlo y la disponibilidad para hacer un intento de abandono del tabaco. Las dos primeras cuestiones pueden valorarse por separado mediante una escala visual analógica con gradación de 0 a 10, en la que el 0 representa ninguna importancia y ninguna confianza y el 10 mucha importancia y total confianza en dejar de fumar ahora y mantenerse. La disponibilidad puede valorarse preguntando al fumador si es capaz de fijar una fecha para dejar de fumar.
- Apoyos y dificultades que puede encontrar en su entorno familiar, laboral y social, de manera que se favorezca la utilización de esos apoyos y se puedan afrontar las posibles dificultades ante el cambio.

Fumar es al mismo tiempo una adicción física y psicológica, una conducta aprendida y una dependencia social.

Las recomendaciones generales frente al consumo de tabaco se recogen en la presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es.

Abuso de alcohol

El alcohol es, sin duda, después del tabaco, la sustancia psicoactiva que causa un mayor número de muertes en España (el 10% de la mortalidad total y el 30% de las muertes por accidente de tráfico en población entre 15 y 64 años). El consumo de alcohol contribuye a más de 60 enfermedades y trastornos, entre ellas enfermedades crónicas como la dependencia del alcohol o la cirrosis hepática, además de problemas agudos como los accidentes.

Según la encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en España, el alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva con un consumo más extendido entre la población española. En 2014 el 36,7% de la población mayor de 15 años (el 50,3% de los hombres y el 23,9% de las mujeres) declaraba consumir alcohol al menos una vez por semana, y el 15,1% lo consumía diariamente (el 23,3% de los hombres y el 7,2% de las mujeres).

Se considera consumo intensivo de alcohol (también denominado atracón, *binge drinking* o *heavy episodic drinking*) la ingesta, en el intervalo de 4-6 horas, de 6 o más unidades de bebida estándar (60 g de alcohol puro) en los hombres y de 4 o más unidades de bebida estándar (40 g de alcohol puro) en las mujeres. En 2014 el 30% de los hombres y el 14% de las mujeres habían tenido episodios de consumo intensivo de alcohol en el último año, y el 13,5% de los hombres y el 5,0% de las mujeres en el último mes.

El cálculo del alcohol consumido puede hacerse más fácilmente empleando la cuantificación en unidades de bebidas estándar (UBE) que en gramos, y se aconseja la cuantificación semanal debido a la tendencia sociocultural a que el consumo se concentre o aumente en los fines de semana, tanto en los bebedores ocasionales como en los habituales. Una UBE es equivalente a 10 g de alcohol puro. La tabla de equivalencias en unidades según los tipos y el volumen de bebida debe adaptarse para recoger las costumbres de nuestro entorno (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es).

Las categorías de consumo más aceptadas en función de sus repercusiones sobre el estado de salud son las de consumo de bajo riesgo, consumo de riesgo moderado, consumo peligroso y dependencia alcohólica (cuadro 15.13). Existe un cierto consenso en nuestro medio en considerar bebedor de riesgo a todo individuo que tiene un consumo semanal de alcohol por encima de 28 UBE (280 g/semana) en el varón y 17 UBE (170 g/semana) en la mujer. Las cantidades de consumo de alcohol requeridas en cada categoría son menores en las mujeres, debido a que la mujer muestra una mayor susceptibilidad hepática al alcohol, tiene una diferente distribución de la grasa y el agua corporal y, específicamente, una menor concentración de alcohol deshidrogenasa en la mucosa gástrica, por lo que llega al hígado una mayor proporción de alcohol en comparación con los hombres.

CUADRO 15.13

Clasificación de los individuos en función de la cantidad de alcohol consumida

CONSUMO DE RIESGO BAJO

- Varones: <17 UBE/semana
- Mujeres: <11 UBE/semana

CONSUMO DE RIESGO MODERADO

- Varones: 17-28 UBE/semana
- Mujeres: 11-17 UBE/semana

CONSUMO DE RIESGO ALTO O PELIGROSO

- Varones: >28 UBE/semana
- Mujeres: >17 UBE/semana
- Consumir 5 o más/UBE en 24 horas, una o más veces al mes

DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

- Cumplir criterios diagnósticos de la CIE-10 o el DSM-V

CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades; DSM-V, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; UBE, unidad de bebida estándar (equivalente a 10 g de alcohol puro).

El cálculo del alcohol consumido puede hacerse más fácilmente empleando la cuantificación en unidades de bebidas estándar (UBE) que en gramos, y se aconseja la cuantificación semanal.

Hay evidencia suficiente que avala que el consumo de cantidades moderadas de alcohol (10-30 g/día), independientemente del tipo de bebida consumida, reduce la mortalidad cardiovascular en los grupos con mayor riesgo ateroesclerótico (pacientes con cardiopatía isquémica, personas de edad e individuos con alta agregación de factores de riesgo cardiovascular). Sin embargo, no está demostrado el beneficio del consumo de alcohol, ni siquiera en cantidades moderadas, sobre la población general. De ahí la importancia de no dar mensajes erróneos, máxime en una sociedad productora y consumidora como la nuestra, donde maximizar los posibles efectos beneficiosos del alcohol puede conllevar un aumento de consumo entre los ya bebedores o un incremento en el número de nuevos consumidores.

Los cuestionarios empleados para detectar el abuso de alcohol suelen ser más útiles para detectar la dependencia que el consumo de riesgo. El cuestionario CAGE, término expresivo que en inglés significa «jaula», es un cuestionario cerrado que consta de cuatro preguntas (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es), indicando la positividad en dos o más de ellas del riesgo de dependencia. El cuestionario breve AUDIT-C (*The Alcohol Use Disorders Identification Test*) incluye tres ítems y tiene una buena correlación con el AUDIT completo; el punto de corte recomendado para la identificación de bebedores de riesgo es de 5 puntos para los varones y de 4 para las mujeres (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en

www.studentconsult.es). El MALT (*München Alkoholisumus Test*), al igual que el AUDIT completo, sirve para facilitar el diagnóstico de alcoholismo. Por tanto, el AUDIT-C sería el cuestionario de elección para el cribado del consumo de riesgo y el AUDIT-10 el cuestionario de elección para la detección del síndrome de dependencia alcohólica. En el ámbito de la atención primaria, estos cuestionarios tienen un rendimiento superior al de los marcadores bioquímicos (gammaglutamil transpeptidasa, transaminasa glutámico-pirúvica, transaminasa glutámico-oxalacética, volumen corpuscular medio, triglicéridos, ácido úrico, etc.), que no suelen utilizarse como elemento de cribado debido a su baja sensibilidad (alto porcentaje de falsos negativos). Su principal utilidad es la monitorización de los cambios en el seguimiento. La determinación conjunta de tres de estos marcadores (gammaglutamil transpeptidasa, transaminasa glutámico-oxalacética y el volumen corpuscular medio) mejora el rendimiento pero no sustituye a la exploración del consumo mediante la entrevista clínica.

Las recomendaciones frente al consumo excesivo de alcohol se muestran en la presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es.

Prevenición de enfermedades infecciosas

Las vacunas constituyen una de las intervenciones preventivas que mayores beneficios han aportado a la humanidad. La inmunización masiva de gran parte de la población a nivel mundial permitió conseguir en 1979 la erradicación de la viruela. Otras enfermedades como la poliomielitis, el sarampión o la difteria podrían también erradicarse en las próximas décadas.

El objetivo de todo programa de vacunación es lograr elevadas coberturas inmunitarias, merced a la consecución de altas coberturas de vacunación, y evitar o disminuir la morbimortalidad por enfermedades inmunoprevenibles. Estos objetivos se vienen consiguiendo en la población infantil de nuestro país, pero en la población adulta la práctica de la vacunación está mucho menos extendida. Avanzar en esta dirección requiere la existencia de una red amplia de puntos de vacunación, ubicada fundamentalmente en el ámbito de la atención primaria, la dotación de personal convenientemente formado, el mantenimiento de la «cadena del frío» y los sistemas de registro adecuados.

La incidencia del tétanos en España ha ido disminuyendo. Se declararon 13 casos en 2013 (0,03/100.000 habitantes), de los que murieron 4, y solo se ha comunicado un caso de tétanos neonatal desde 1997. La mayoría de casos ocurren en adultos no vacunados o incorrectamente vacunados, siendo todos mayores de 45 años y el 79% mayores de 64 años. En los países industrializados, rara vez se observan casos de difteria en mal vacunados y, tras la importación de un caso, no suelen darse contagios si la población infantil está adecuadamente vacunada (de hecho, el último caso en España tuvo lugar en 2015 en un niño no vacunado, tras haber pasado 29 años sin declararse ningún caso). Las epidemias anuales de gripe están asociadas a un aumento de ingresos hospitalarios, especialmente en los menores de 5 años y en los mayores de 65 años, con un incremento de mortalidad en los ancianos. En 2014 el 56,67% de la población mayor de 65 años declaró haberse vacunado contra la gripe en la última campaña. También

la enfermedad neumocócica es más frecuente y grave en los dos extremos de la vida, siendo responsable del 25% de las neumonías adquiridas en la comunidad. En cuanto a la incidencia de la hepatitis B, cabe decir que ha presentado un descenso importante desde 1998, manteniéndose en la actualidad en tasas cercanas a 2,25 casos por 100.000 habitantes. También ha habido una disminución progresiva en los casos declarados de hepatitis A (664 casos en 2013), con tasas de incidencia de 1,42 casos por 100.000 habitantes, pero con un desplazamiento epidemiológico hacia formas más sintomáticas y graves en personas adultas.

En 2008, el sarampión (proceso muy contagioso que puede dar lugar a complicaciones graves) generó los brotes más importantes (la mayoría a través de casos importados que secundariamente afectaron a la población autóctona no vacunada), aunque desde 2013 se registra un marcado descenso (131 casos, incidencia de 0,28 por 100.000 habitantes). Desde 2009, la incidencia anual de rubeola (cuyo riesgo principal es la teratogenicidad) es inferior a un caso por millón de habitantes. Sin embargo, la incidencia de parotiditis se ha incrementado y la onda epidémica que se inició en 2010 alcanzó su pico máximo en 2013 (13.880 casos), con una incidencia de 29,5 casos por 100.000 habitantes, la más alta registrada desde 1996. Dado que la efectividad de la vacuna empleada para la parotiditis en los años noventa es baja, los casos aparecen en adolescentes y adultos jóvenes correctamente vacunados.

El objetivo de todo programa de vacunación es lograr elevadas coberturas inmunitarias, merced a la consecución de altas coberturas de vacunación, y evitar o disminuir la morbimortalidad por enfermedades inmunoprevenibles.

Vacunación antitetánica y antidiftérica

- *Indicaciones.* Vacunación universal y sistemática en niños y adultos según calendarios vigentes. Hacer especial hincapié en mayores de 50 años, ancianos institucionalizados, ambiente rural y laboral de riesgo, inmigrantes, enfermos de alto riesgo (cirugía, diabetes, VIH, adictos a drogas por vía parenteral), personas con tatuajes o piercings. También indicada en caso de heridas en personas no vacunadas (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es).
- *Pauta.* Tres dosis con un intervalo de 4-6 semanas entre la primera y la segunda, y de 6-12 meses entre la segunda y la tercera. Todavía se recomienda administrar una dosis de recuerdo cada 10 años (hasta llegar el adulto a un total de cinco dosis, que le confieren protección duradera). En el adulto con vacunación completa (cinco dosis) se debe administrar una dosis de recuerdo a los 65 años si hace más de 10 años desde que se administró la última dosis. Sin embargo, la prolongada duración de la inmunidad, que puede llegar a los 25 o 30 años, y el alto porcentaje de inmunizados en mayores de 65 años no vacunados obligan a revisar la recomendación de revacunar cada 10 años (Palomo y Gervas, 2009).

- La pauta de actuación con la vacuna antidiftérica es la misma que con la vacuna antitetánica, ya que solo se comercializan conjuntamente. Los posibles futuros cambios en la pauta vacunal serían iguales que los expuestos para la vacunación antitetánica.

Vacunación triple vírica (rubeola, sarampión, parotiditis)

- *Indicaciones.* Está indicada en adultos sanos expuestos al virus del sarampión, antes de que transcurran 72 horas de la exposición, y en personal susceptible de centros sanitarios. También en mujeres en edad fértil (15-49 años) susceptibles, descartada en el embarazo y evitando este en las 4 semanas posteriores a la vacunación. Se recomienda investigar el estado de vacunación de la población femenina en edad fértil de manera sistemática, en especial en inmigrantes. En caso de no evidencia de vacunación o dudas sobre esta se procederá a la vacunación. Para la vacunación no es preciso hacer serología previa.
- *Pauta.* En adultos es suficiente con dos dosis, separadas al menos un mes, por vía subcutánea.

Vacunación antigripal

- *Indicaciones.* La vacunación antigripal está indicada en la población general si lo desean, pero los adultos de riesgo son los recogidos en el cuadro 15.14. La vacunación antigripal también está indicada en niños de 6 meses a 18 años en tratamiento crónico con salicilatos en épocas de epidemia y en aquellos con patologías con alto riesgo médico (patología cardiovascular, pulmonar, metabólica, renal, etc.).
- *Pauta.* En adultos se requiere una única dosis de 0,5 ml por vía intramuscular en la región deltoidea, con periodicidad anual en los meses de otoño.

CUADRO 15.14 Indicaciones de la vacuna de la gripe en adultos

- Grupos de alto riesgo médico: con patología cardiovascular, pulmonar (incluido el asma) o metabólica de evolución crónica, insuficiencia renal, hemoglobinopatías, patología neuromuscular severa, inmunodepresión (incluida la farmacológica) y portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
- Personas mayores de 60 años de edad
- Colectivos dedicados a servicios públicos necesarios para la comunidad, como personal sanitario, policía, bomberos, maestros, etc.
- Grupos que pueden transmitir la gripe a grupos de alto riesgo, como personal sanitario, personal de residencias de ancianos y hospitales de crónicos y los cuidadores o convivientes con estas personas
- Mujeres que estarán en el segundo o tercer trimestre de la gestación en la temporada de gripe. Si tuviesen alguna condición de riesgo la administración de la vacuna podría hacerse en cualquier momento
- Viajeros a zonas endémicas coincidiendo con la época de gripe y siempre que se viaje a países tropicales

Vacunación antineumocócica

- *Indicaciones.* El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud recomienda la vacuna de polisacáridos (23 valente) en personas en riesgo de padecer enfermedad neumocócica y en mayores de 65 años. Esta vacuna no genera memoria inmunológica y aunque existe evidencia en la prevención de enfermedad neumocócica invasiva, hay dudas sobre la efectividad para la prevención de neumonía. Por el contrario, la conjugada 13 valente sí genera memoria inmunológica (aunque se desconoce la duración de la inmunidad) y existe evidencia sobre su capacidad para prevenir la enfermedad neumocócica tanto invasiva como no invasiva, motivo por el que algunas comunidades autónomas ya la administran en determinados grupos de riesgo. La mayoría de las recomendaciones apuestan por el empleo de ambas vacunas en inmunodeprimidos y en pacientes con patologías crónicas predisponentes a la infección por neumococo; sin embargo, a menudo el empleo de una u otra vacuna supone un tema de debate. Las indicaciones más aceptadas en adultos se muestran en la presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es.
- *Pauta.* Se administra en una sola dosis de 0,5 ml por vía intramuscular o subcutánea. Respecto a la revacunación, se administrará una dosis a los menores de 65 años que recibieron una vacuna hace más de 5 años y a los mayores de 65 años con alto riesgo de infección neumocócica (pacientes con asplenia, portadores de VIH, leucemia, síndrome nefrótico, trasplantados, etc.).

Vacunación antihepatitis B

- *Indicaciones.* La vacunación contra la hepatitis B está incluida como vacunación sistemática universal en la infancia, dentro del calendario de vacunaciones aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (v. tabla 15.1). En adultos se recomienda la vacunación en determinados grupos de riesgo (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es).
- *Pauta.* Tres dosis a los 0, 1 y 6 meses de una suspensión que contiene antígeno de superficie purificado del virus de la hepatitis B, obtenido por recombinación genética. La administración se realiza por vía intramuscular en el deltoides. Se considera que la vacunación es protectora si se consiguen niveles de anticuerpos frente al antígeno de superficie del virus (anticuerpos anti-HBs) superiores a 10 UI/l. Los pacientes en hemodiálisis precisan una dosis superior de vacuna para alcanzar la eficacia deseada; en ellos los títulos de anticuerpos anti-HBs deben cuantificarse anualmente, y si están por debajo de 10 UI/l habría que administrar una dosis de recuerdo. Por el contrario, en niños y adultos inmunocompetentes no se recomienda la administración de dosis de recuerdo ni tampoco la determinación de niveles de anticuerpos anti-HBs. Únicamente se recomienda medir niveles de anticuerpos anti-HBs, entre 1 y 3 meses después

de finalizar la pauta completa de vacunación, en determinados casos: exposición posvacunal, personal sanitario o trabajadores con riesgo elevado de exposición, pacientes inmunodeprimidos, infectados por VIH o en hemodiálisis o en parejas sexuales de portadores o personas que comparten jeringuillas con portadores de HBsAg. Si no hay respuesta a la vacuna se recomienda una nueva serie de tres dosis. Si en esta segunda serie tampoco se obtuviese se considera que ya no se obtendrá.

Vacunación antihepatitis A

- *Indicaciones.* Son las recogidas en la presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es.
- *Pauta.* Las vacunas comercializadas contienen una suspensión de virus inactivados y se administran por vía intramuscular en dos dosis, a los 0 y 6-12 meses.

Vacunaciones en el embarazo

La decisión de vacunar a una mujer embarazada debe tomarse valorando previamente las siguientes consideraciones: probabilidad real de infección, riesgo que supondría la adquisición de la infección para la madre y el feto, efectos de la vacunación sobre ellos y posibilidad de inmunizar al recién nacido a través de la vacunación de la madre. Obviamente, deben aplicarse las vacunas en las que los beneficios esperados superen los posibles riesgos. Con estas premisas cabe señalar que las vacunas de gérmenes muertos o inactivados, toxinas o polisacáridos pueden administrarse durante el embarazo, preferiblemente durante el segundo y tercer trimestre. La vacuna de la gripe debe recomendarse a todas las embarazadas en cualquier trimestre de la gestación que coincida con el período de mayor circulación del virus de la gripe, dado que la gripe supone un mayor riesgo en ellas y los anticuerpos maternos protegerán al recién nacido durante los primeros 6 meses de vida. Por el contrario, estarían contraindicadas las vacunas de gérmenes vivos, que deben evitarse incluso durante las 4 semanas previas a la concepción. En este grupo de vacunas contraindicadas están la vacuna triple vírica (rubeola, sarampión, parotiditis), la vacuna contra la varicela, la vacuna oral contra la fiebre tifoidea y la vacunación BCG (bacilo de Calmette-Guérin). Entre las vacunas no recomendadas, en las que debe valorarse estrictamente el cociente riesgo/beneficio, se incluyen la vacuna contra la fiebre amarilla, la vacuna parenteral contra la poliomielitis y la vacuna parenteral de polisacáridos contra la fiebre tifoidea.

Finalmente, conviene señalar que la mujer en edad fértil debería tener al día su calendario vacunal y estar inmunizada frente al tétanos (para la prevención del tétanos neonatal), la rubeola (para evitar el síndrome de rubeola congénita) y la hepatitis B. Se debe administrar una dosis de DTPa independientemente de las dosis previas, a todas las gestantes a partir de la semana 27 para proteger al recién nacido de la tos ferina durante los 2 primeros meses de vida. Durante la lactancia materna puede administrarse cualquier tipo de vacuna, a excepción de la de la fiebre amarilla, tanto a la madre como al niño.

Las vacunas de gérmenes muertos o inactivados, toxinas o polisacáridos pueden administrarse durante el embarazo, preferiblemente durante el segundo y tercer trimestres.

Cribados del cáncer

En España, al igual que en la mayoría de países occidentales, el cáncer es en la actualidad una de las enfermedades o grupos de enfermedades con mayor relevancia en términos de salud pública. Los tumores malignos representan la segunda causa de muerte en las últimas décadas, solamente superados por las enfermedades cardiovasculares, si bien en los últimos años son la primera causa de muerte entre los varones. En concreto, en el año 2015 en España los tumores fueron responsables del 26,4% de la mortalidad total con 111.381 defunciones, siendo la primera causa de muerte en hombres (con una tasa de 297,0 fallecidos por cada 100.000) y la segunda en mujeres (con 184,9 por 100.000). Durante ese año, el cáncer de mama siguió siendo el más significativo en las mujeres, con 6.235 muertes, seguido del cáncer colorrectal (4.858) y el cáncer de pulmón (4.357). En los varones el tipo de cáncer responsable de mayor mortalidad fue el de bronquios y pulmón, con 17.239 muertes, seguido del cáncer de colon, con 6.668 y el cáncer de próstata, con 5.757. El tumor que mayor mortalidad ocasionó en el conjunto de la población fue el cáncer de bronquios y pulmón, con 21.596 defunciones, seguido del cáncer de colon, con 11.526, y en tercer lugar el cáncer de páncreas, con 6.406, y que ha superado por tanto en número de muertes al de mama (6.310) y al de próstata (5.757). Además de las altas tasas de mortalidad, el cáncer lleva asociada una elevada carga de morbilidad, siendo los cánceres de pulmón, colon y mama los tumores responsables del mayor número de años de vida sana perdidos.

Para reducir la morbimortalidad por cáncer existen diversas estrategias de prevención. Las recomendaciones sobre consejos y estilos de vida, como las propuestas en el Código Europeo contra el Cáncer, constituyen medidas de prevención primaria (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es). Los cribados son estrategias de prevención secundaria que pretenden la detección del cáncer antes de que se manifieste clínicamente, con la finalidad de poder ofrecer un tratamiento precoz que permita mejorar su pronóstico. Para que pueda recomendarse con fundamento un cribado deben cumplirse una serie de requisitos previos; entre ellos, que la enfermedad sea un problema de salud pública importante, que presente una fase preclínica para su detección, que se disponga de un tratamiento que, aplicado durante la fase preclínica, mejore su pronóstico, que exista una prueba que permita detectar el máximo número de lesiones posibles (alta sensibilidad) con el mínimo número de falsos positivos (buena especificidad), y que sea aceptable, simple y barata y no cause molestias ni complicaciones importantes. En la actualidad solo existe consenso sobre la eficacia del cribado del cáncer de mama, del cáncer de cuello de cérvix y del cáncer colorrectal.

Cribado del cáncer de mama

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente y la primera causa de muerte por tumores en las mujeres de países occidentales. En 2014 se diagnosticaron en España un total de 26.354 cánceres de mama en mujeres, lo que representa una incidencia estimada de 85,9 casos por 100.000 mujeres (inferior a la media europea, que es de 108,8 casos por 100.000). También en nuestro país, al igual que en otros, la tendencia de la mortalidad en los últimos años es hacia la disminución. Esta tendencia decreciente de la mortalidad posiblemente se explique no solo por el cribado de cáncer de mama sino también por la introducción de nuevos tratamientos y por la mejor organización de los centros sanitarios donde se diagnostica y trata a las mujeres con cáncer de mama (Pollán et al., 2010).

Algunos puntos clave de la epidemiología y la fisiopatología del cáncer de mama se recogen en el cuadro 15.15.

En la actualidad solo existe consenso sobre la eficacia de programas de cribado del cáncer de mama, del cáncer de cuello de cérvix y del cáncer colorrectal.

Métodos de cribado. La mamografía es la prueba de cribado recomendada desde hace décadas. Otras estrategias, como la exploración clínica y la autoexploración mamaria, no han demostrado disminuir la mortalidad por cáncer de mama. La resonancia magnética es más sensible pero

CUADRO 15.15

Algunos puntos clave de la epidemiología y la fisiopatología del cáncer de mama

- La edad es el factor de riesgo más importante. El 85% de los cánceres de mama aparecen en mujeres mayores de 50 años
- Las mujeres de raza blanca presentan tasas más elevadas, en parte ligadas a factores asociados con los estilos de vida y a su nivel socioeconómico más alto
- En las mujeres posmenopáusicas la obesidad se asocia a un mayor riesgo de cáncer de mama debido al incremento en la concentración de estrógenos endógenos
- Los factores reproductivos, como la menarquía a edad temprana, la edad tardía de la menopausia, la infertilidad, la nulíparidad y la edad tardía al nacer el primer hijo, incrementan el riesgo. Ser madre a edad temprana, la multiparidad, la lactancia materna prolongada y la ooforectomía antes de los 35 años son factores protectores
- El tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos y progestágenos se asocia a un mayor riesgo
- La historia familiar explica un 15-20% de los cánceres de mama. El riesgo depende del número y el parentesco de los familiares afectados y se modula tanto por la edad del paciente como por la del familiar en el momento del diagnóstico
- En nuestro país el riesgo acumulado de cáncer de mama a los 70 años en portadoras de la mutación BCRA1 es aproximadamente del 52% y, en portadoras de BCRA2, del 47%. Estas mujeres deben recibir consejo sobre diferentes opciones preventivas

menos específica que la mamografía en mujeres con alto riesgo de cáncer de mama, de manera que incrementa la realización de pruebas adicionales y biopsias mamarias, y además se desconoce cuál es su impacto sobre la mortalidad.

El cribado con mamografía reduce el riesgo relativo de muerte por cáncer de mama en un 15-20%, sobre todo en mujeres de 50 a 74 años. Pero el cribado también provoca sobrediagnóstico y sobretratamiento, de manera que se estima que, por cada 2.000 mujeres a las que se recomienda realizar el cribado durante 10 años, en una de ellas se prolongará realmente la vida, pero 200 sufrirán estrés psicológico como consecuencia de los resultados falsos positivos, y a 10 mujeres sanas, a quienes no se habría diagnosticado de no someterse al cribado, se les diagnosticará como pacientes con cáncer de mama y recibirán un tratamiento innecesario.

La mayoría de organismos y planes de salud recomiendan el cribado mediante la mamografía del cáncer de mama. El beneficio del cribado con mamografía parece ser mayor a partir de los 50 años de edad. En mujeres de 40-49 años el beneficio es menor, ya que tanto la incidencia de cáncer en este grupo como la efectividad de la mamografía son menores. La evidencia para justificar el cribado poblacional en mujeres de 70 a 79 años es insuficiente, aunque algunos autores sugieren continuar el cribado mamográfico siempre que la mujer mantenga una esperanza de vida superior a 10 años. El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), en su revisión de 2016, considera que la mamografía de cribado debería recomendarse a las mujeres de 50 a 69 años cada dos años, y que no debería hacerse a mujeres de entre 40 y 49 años. En mujeres de 70 a 74 años, la mamografía de cribado podría recomendarse (evidencia baja, recomendación débil a favor).

En nuestro país, en todas las comunidades autónomas se llevan a cabo programas de cribado, al menos en la población de 50 a 69 años, ofreciéndose una mamografía de cribado cada 2 años. El cribado empleado en este grupo poblacional no diferencia entre mujeres con muy bajo riesgo (y/o lesiones de lenta evolución) y con mayor riesgo (y/o lesiones más agresivas), por lo que el balance riesgo-beneficio es diferente en cada mujer. Es posible que, en el futuro, se desarrollen programas más coste-efectivos, realizándose la mamografía de forma individualizada para maximizar sus beneficios. En algunas comunidades autónomas (Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, La Rioja y Navarra) se ofrece el cribado a partir de los 45 años de edad. Los equipos de atención primaria (EAP) tienen una ubicación privilegiada para colaborar en estos programas de cribado, ayudando a mejorar su calidad, estimulando la participación y asesorando a las mujeres en todas aquellas dudas y cuestiones que planteen. En 2014, el 79,8% de las mujeres se realizaron la mamografía en el plazo recomendado y el 8,6% tardaron más de 2 años, pero menos de 3, en hacerse la siguiente.

El cribado de cáncer de mama debe respetar los principios éticos de las intervenciones dirigidas a poblaciones asintomáticas y garantizar una alta calidad. La mamografía de cribado requiere un cumplimiento exigente de los estándares de calidad del mamógrafo, la reveladora, la película, el negatoscopio, el adiestramiento de los técnicos

y el entrenamiento y exquisita formación de los radiólogos que leen e interpretan las mamografías. Actualmente, en algunos servicios de radiología, la mamografía digital ha reemplazado a la convencional. Las ventajas de la mamografía digital son una mejor definición de la imagen, su almacenamiento, la posible interpretación a distancia y las menores dosis de radiación. Entre los inconvenientes estaría su mayor coste.

Recomendaciones

- Animar a las mujeres a participar en los programas de cribado de cáncer de mama que estén desarrollándose en su comunidad autónoma.
- Establecer la coordinación necesaria entre los diferentes programas poblacionales de cribado de cáncer de mama que se ofertan en nuestro país.

Cribado del cáncer de colon y recto

El cáncer colorrectal representa la segunda causa de incidencia y mortalidad por cáncer en nuestro país, tanto en hombres (tras el cáncer de bronquios y pulmón) como en mujeres (después del cáncer de mama). En el año 2015 ocupó la novena causa de muerte a nivel global, con 11.526 fallecimientos (6.668 en hombres y 4.858 en mujeres).

Los factores de riesgo asociados al cáncer colorrectal se relacionan con la edad, los factores genéticos, la dieta y los estilos de vida. En cuanto a la dieta, el consumo de carne roja, carne procesada y carne cocinada muy hecha o en contacto directo con el fuego pueden incrementar el riesgo. En cambio, la leche y otros productos lácteos, el pescado, las frutas y los vegetales podrían tener un efecto protector. Otros factores de riesgo identificados son la obesidad, la inactividad física, el consumo de tabaco y la ingesta de alcohol. Son también pacientes de riesgo elevado de cáncer colorrectal aquellos con síndromes de cáncer colorrectal hereditario, antecedentes personales o familiares de adenomas avanzados o cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal de más de 10 años de evolución y/o afectación extensa y las personas expuestas a radiación abdominal durante la infancia.

Métodos de cribado. En la actualidad se dispone de varias pruebas de cribado para la detección del pólipo adenomatoso (lesión precursora del cáncer colorrectal) y del cáncer en sus estadios más tempranos. La eficacia del cribado en la población de riesgo medio, representada por las personas asintomáticas mayores de 50 años, está avalada por evidencias directas e indirectas. Sin embargo, existe controversia sobre la estrategia de cribado más efectiva y con mejor relación coste-efectividad.

El cribado mediante pruebas de detección de sangre oculta en heces (SOH) que emplea como reactivo el guayaco tiene como principal limitación su baja sensibilidad y el alto número de falsos positivos (entre un 2% y un 10%), lo que obliga a la frecuente realización de una prueba más invasiva y cara como es la colonoscopia. Sin embargo, el cribado con SOH con guayaco y posterior sigmoidoscopia flexible en los positivos dispone de evidencias directas de la disminución de incidencia y mortalidad del cáncer colorrectal, aunque no disminuye la mortalidad total.

Con el objetivo de mejorar la validez y el cumplimiento de la prueba de detección de SOH se han desarrollado métodos inmunológicos que detectan exclusivamente hemoglobina humana (SOHi), por lo que no precisan de restricción de determinados alimentos durante la recogida de las muestras. En general, mejoran la especificidad en la detección del sangrado colorrectal (menores tasas de falsos positivos), pero pueden dar falsos negativos en los sangrados procedentes del tracto gastrointestinal superior (menor sensibilidad) por el proceso de degradación de la hemoglobina en su recorrido por el tubo digestivo. El cribado con SOHi consigue mejores tasas de detección del cáncer colorrectal y adenomas avanzados. También mejora el cumplimiento, porque se evita la restricción dietética y farmacológica, y es suficiente con la recogida de una sola muestra. El cribado de cáncer colorrectal mediante la prueba de SOHi ha sido incluido en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud a partir de 2013. Los programas de las comunidades autónomas van dirigidos a la población de entre 50 y 69 años de edad con realización de SOHi cada dos años.

La sigmoidoscopia y la colonoscopia son técnicas más sensibles, pero también más invasivas y costosas. La sigmoidoscopia alcanza hasta los 60 cm, con lo que se visualiza el recto, el sigma y la porción distal del colon descendente, donde se localizan el 60% de todos los cánceres colorrectales y la mayoría de los pólipos. La ventaja de la colonoscopia es que permite visualizar todo el colon, sobre todo cuando se efectúa bajo sedación. Ambas técnicas, además, permiten resear simultáneamente el pólipo adenomatoso, lesión precursora de la mayoría de los cánceres colorrectales. La combinación de SOHi y sigmoidoscopia no supera la eficacia de cada una de estas técnicas por separado, con similares tasas de detección de neoplasias colorrectales avanzadas.

Diversos países europeos (Alemania, Austria, Francia, Reino Unido, entre otros) han instaurado programas poblacionales de cribado de cáncer colorrectal con diferentes rangos de edad de la población diana, método de cribado y periodicidad. La principal limitación encontrada en estos programas de cribado es la baja participación de la población, que va empeorando en los cribados sucesivos, y este aspecto es esencial para alcanzar el beneficio esperado con una adecuada relación coste-efectividad. En los estudios que comparan diferentes estrategias de cribado se obtiene un mayor cumplimiento con SOH que con sigmoidoscopia o con SOH asociada a la sigmoidoscopia.

En 2014 el 12,4% de la población española de entre 50 y 69 años se había hecho una prueba de SOH en los dos últimos años, el 2,1% entre 2 y 3 años y el 4,9% se la había realizado hacía más de 3 años. La participación de la población diana es baja, pues solo el 19,4% declara haberse realizado la prueba de SOH en alguna ocasión.

Recomendaciones

- Realizar una búsqueda activa y asegurar la correcta cobertura con pruebas de cribado de los individuos de riesgo elevado (aquellos con antecedentes de adenomas, enfermedad inflamatoria intestinal, historia familiar de cáncer colorrectal, poliposis adenomatosa familiar o cáncer de colon hereditario no asociado a poliposis). Las estrategias de cribado incluyen SOH

con periodicidad anual o bienal y/o sigmoidoscopia o colonoscopia cada 5 años. Valorar también la conveniencia de realizar estudios genéticos en unidades especializadas.

- Establecer la coordinación necesaria con los programas poblacionales de cribado de cáncer colorrectal en aquellos lugares en que se hayan implantado, facilitando el cribado en las personas de riesgo medio de 50 a 74 años de edad, con alguna de las siguientes estrategias: SOH con periodicidad bienal y/o sigmoidoscopia flexible cada 10 años.

Cribado del cáncer de cuello uterino

El cáncer de cérvix uterino es una de las formas más comunes de cáncer entre las mujeres. Sin embargo, España presenta una de las tasas más bajas de incidencia y mortalidad del mundo, con 2.375 nuevos casos en 2014. El 80% de los cánceres de cuello son de tipo escamoso, y el resto adenocarcinomas. La principal causa del cáncer de cuello es la infección por el VPH, presente hasta en el 96% de los cánceres invasivos. La mayor parte de la población femenina se expone al virus en algún momento de su vida, pero la infección suele ser transitoria, resolviéndose en un plazo entre 1 y 2 años. El 70% de los cánceres se asocian a los serotipos 16 y 18 y otros 10 serotipos (45, 31, 33, 52, 58, 35, 59, 56, 51 y 39) explican el 25-35% de los casos restantes. El contacto heterosexual u homosexual es un requisito necesario para adquirir el VPH en el tracto genital. El preservativo no impide completamente el contagio, debido a su mal uso o al contacto con zonas genitales no cubiertas. Asimismo, se han establecido diversos cofactores asociados a un mayor riesgo de infección: mayor número de parejas sexuales, menor edad de inicio de las relaciones sexuales, menor edad del primer nacimiento, obesidad y anticonceptivos orales. El tabaco se asocia al tumor escamoso pero no al adenocarcinoma.

Recientemente se han desarrollado vacunas profilácticas contra el VPH: la tetravalente frente a los serotipos 6, 11, 16 y 18 y la bivalente frente a los serotipos 16 y 18. El objetivo de estas vacunas es prevenir la infección y sus complicaciones a largo plazo, como el cáncer de cuello de útero, y en el caso de la tetravalente también las verrugas genitales. Esta vacunación profiláctica frente a la infección por VPH es la forma más eficaz de prevenir el cáncer de cuello uterino, pero solo protege frente a los genotipos incluidos en ellas y parcialmente frente a algunos VPH de alto riesgo (especialmente el 31, 33, 45 y 52) debido a la protección cruzada. Sin embargo, todavía se necesitan años de seguimiento para conocer los resultados de la vacunación sobre la incidencia y la mortalidad por cáncer de cérvix. En España, el calendario de vacunación 2017 del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud contempla la vacunación (dos dosis) exclusivamente en niñas de 12 años.

Métodos de cribado. La introducción de la vacuna frente al VPH no sustituye al cribado del cáncer de cuello de útero y la citología de Papanicolaou sigue siendo la prueba de cribado más utilizada. Entre otras razones porque las mujeres adultas no se han vacunado, la cobertura vacunal es incompleta, la vacuna no confiere protección frente a

todos los tipos oncogénicos del VPH, y los posibles beneficios se obtendrán cuando las niñas actualmente vacunadas alcancen la edad adulta.

El cribado con citología ha demostrado ser efectivo en la reducción de la incidencia y la mortalidad del cáncer de cuello de útero en los países desarrollados, sobre todo cuando se realiza a través de programas poblacionales. Aunque son muy diversas las recomendaciones realizadas por diferentes organismos y sociedades científicas, la última guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España de 2014 establece la no recomendación del cribado en menores de 25 años y la recomendación desde los 25 hasta los 65 años. En mujeres de 25-30 años que hayan iniciado actividad sexual se recomienda una citología cada 3 años (no se debe realizar prueba del VPH, dada la elevada prevalencia de infección por VPH clínicamente irrelevante en estas edades, con riesgo de sobrediagnóstico y sobretratamiento de lesiones destinadas a experimentar regresión de forma espontánea).

En mujeres de 30-65 años son válidas 3 opciones: *a)* continuar la citología cada 3 años, *b)* co-test (citología más prueba de detección del VPH) y *c)* prueba de detección del VPH cada 5 años (opción preferente). En este grupo de edad existe una menor prevalencia de infección por VPH y mayor porcentaje de infección persistente, es decir, mayor riesgo e incidencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino.

El cribado finalizará a los 65 años, siempre que se den estas 2 condiciones: *a)* cribado previo adecuado y negativo (3 resultados citológicos consecutivos negativos, o bien 2 pruebas VPH negativas en los 10 años previos, la última en los 5 últimos años), y *b)* ausencia de antecedentes de neoplasia cervical intraepitelial o de cáncer de cérvix tratado durante los 20 años previos. Una vez finalizado el cribado no debería retomarse por ningún motivo, incluso aunque la mujer refiera cambio de pareja sexual.

No está indicado el cribado de cáncer de cérvix en mujeres que no han tenido relaciones sexuales ni en mujeres que han tenido una histerectomía con extirpación del cuello uterino.

Las recomendaciones más detalladas del cribado aparecen en la presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es.

La introducción de la vacuna frente al VPH no sustituye, por el momento, al cribado del cáncer de cuello de útero, y la citología de Papanicolaou sigue siendo la prueba más utilizada.

Cribado del cáncer de próstata, cáncer de pulmón, cáncer de piel y cáncer de endometrio

El *cáncer de próstata* es la forma más frecuente de cáncer en los hombres. Las tasas de incidencia más elevadas se dan en los grupos de edad con menor expectativa de vida: el 90% de los casos aparece en mayores de 65 años y produce la muerte a una edad superior a los 75 años. Muchos tumores permanecen latentes y solo un tercio de los que se descubren en autopsias se habían manifestado clínicamente. En España se diagnosticaron 32.641 cánceres de próstata en 2014 y en

2015 este cáncer fue responsable de 5.757 defunciones. Se ha propuesto el cribado con la determinación del antígeno prostático específico (PSA) con el objetivo de diagnosticar el cáncer en sus fases iniciales y, en consecuencia, disminuir su morbimortalidad. Sin embargo, las evidencias disponibles hasta la fecha en modo alguno son concluyentes, y la mayoría de los organismos e instituciones no recomiendan el cribado sistemático del cáncer de próstata.

El *cáncer de bronquios y pulmón* es la primera causa de muerte de origen tumoral en nuestro país, siendo el causante en 2015 de 21.596 fallecimientos (17.239 en hombres y 4.317 en mujeres). El tabaco constituye el principal factor de riesgo del cáncer de pulmón, y se estima que contribuye a la aparición del 80-90% de los casos en hombres y del 55-80% en las mujeres. Otros factores de riesgo, aunque en mucha menor medida, son las exposiciones ocupacionales a diferentes sustancias como el arsénico, el asbesto, los hidrocarburos aromáticos policíclicos, las radiaciones ionizantes, la contaminación atmosférica y la menor ingesta de vegetales y fruta fresca. El cribado mediante radiografía de tórax y radiografía de tórax más citología de esputo no han demostrado reducción de la mortalidad por cáncer de pulmón. Actualmente el cribado de cáncer de pulmón ha supuesto un cambio de paradigma a favor de la tomografía computarizada de baja dosis de radiación en fumadores activos, con un índice de paquetes-año de 30 o más, pero el cribado sigue siendo controvertido y el PAPPS no recomienda realizarlo.

Los *tumores de la piel* engloban a un conjunto de enfermedades neoplásicas que tienen diagnóstico, tratamiento y pronóstico muy diferentes. Los tumores de piel no melanomas (carcinomas espinocelulares y basocelulares) son diez veces más frecuentes que los melanomas y de relativa baja malignidad. El melanoma supone un 4% de todos los cánceres de piel, pero es la causa del 80% de las muertes por cáncer cutáneo. En las últimas décadas se ha observado en todo el mundo un aumento de la incidencia de los cánceres de piel, incluido el melanoma, vinculados a la exposición solar. En España, en comparación con otros países, la incidencia y la mortalidad por melanoma ocupan una posición baja. La evidencia es insuficiente para recomendar que un médico de atención primaria realice un examen completo de la piel o que las personas se autoexploren con el fin de detectar precozmente tumores cutáneos. El médico debe proporcionar consejo para evitar la exposición excesiva a la radiación solar y recomendar el uso de protectores solares.

El *cáncer de endometrio* es el cáncer ginecológico más frecuente, pero su incidencia es baja en comparación con otros países de nuestro entorno, estimándose que en 2014 se diagnosticaron 5.963 casos. El cáncer de endometrio y la hiperplasia endometrial atípica se asocian a factores de riesgo como la obesidad, la nuliparidad, la diabetes mellitus, la hipertensión y la exposición a estrógenos endógenos y exógenos. El 75% de los cánceres de endometrio se presentan en mujeres posmenopáusicas. Ninguna prueba de cribado (citología convencional, citología de base líquida, ecografía transvaginal) ha demostrado ser eficaz para disminuir la incidencia o la mortalidad de la enfermedad en mujeres asintomáticas de la población general.

Las recomendaciones sobre el cribado de estos tumores se recogen en el cuadro 15.16.

CUADRO 15.16

**Recomendaciones
sobre el cribado del cáncer
de próstata, cáncer de pulmón,
cáncer de piel y cáncer
de endometrio**
CÁNCER DE PRÓSTATA

- No existe evidencia científica suficiente para recomendar el cribado sistemático del cáncer de próstata mediante la determinación de PSA en las personas asintomáticas
- A los pacientes que soliciten determinación de PSA como prueba de cribado se les debe informar correctamente de los riesgos y los beneficios, y el médico debe actuar según la decisión del paciente

CÁNCER DE PULMÓN

- Realizar un consejo claro y personalizado para dejar de fumar
- La tomografía computarizada de bajas dosis de radiación no debería recomendarse como prueba de cribado

CÁNCER DE PIEL

- Realizar consejos sobre la evitación de la exposición excesiva al sol y el uso correcto de los protectores solares
- No existen datos suficientes para recomendar el cribado sistemático del cáncer de piel en población general
- En individuos con factores de riesgo elevado se recomienda el examen de la piel dirigido a la identificación de lesiones sugestivas de cáncer

CÁNCER DE ENDOMETRIO

- No existe evidencia científica para recomendar el cribado sistemático del cáncer de endometrio en las mujeres asintomáticas
- Realizar el consejo apropiado a las mujeres posmenopáusicas para que consulten ante cualquier sangrado vaginal

PSA, antígeno prostático específico.

Cribado de factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de muerte en la población española. En el año 2015 causaron 124.197 muertes, lo que supone el 29,4% de todas las defunciones (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es), y la cardiopatía isquémica es la que origina mayor número de defunciones (33.769 fallecimientos en 2015).

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en la población española. En el año 2015 causaron 124.197 muertes, lo que supone el 29,4% de todas las defunciones.

Cribado de la hipertensión arterial

La prueba de cribado recomendada consiste en la toma correcta de la presión arterial en el consultorio utilizando un manguito apropiado para el brazo con esfigmomanómetro de mercurio, aneróide o electrónico validado.

Recomendaciones

- Tomar la presión arterial al menos una vez hasta los 14 años de edad, cada 3-5 años desde los 14 hasta los 40 años y cada 1-2 años a partir de los 40 años, sin límite superior de edad.
- Se considerará hipertensión arterial una presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o una presión diastólica ≥ 90 mmHg.
- Si la primera toma es $\geq 140/90$ mmHg, deberá medirse la presión arterial al menos en tres ocasiones separadas en el tiempo.
- En cada visita se tomará la presión arterial como mínimo dos veces, separadas entre sí más de un minuto.
- El diagnóstico de hipertensión debería confirmarse mediante MAPA (monitorización ambulatoria de la presión arterial) o AMPA (automedición de la presión arterial).

Cribado de la dislipidemia

La prueba de cribado para la detección de dislipidemia en un paciente asintomático y sin factores de riesgo cardiovascular es la determinación del colesterol total. Aunque las cifras de colesterol se interpretan en función de la estratificación del riesgo cardiovascular, se suele considerar como hipercolesterolemia definida cifras de colesterol total ≥ 250 mg/dl e hipercolesterolemia límite cifras entre 200 y 249 mg/dl. En cuanto al colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL), se considera que tiene un efecto protector a partir de los 50 mg/dl y actuaría como factor de riesgo cardiovascular por debajo de los 45 mg/dl. No existen evidencias suficientes para establecer un rango de edad y una periodicidad determinada para realizar el colesterol sérico en población sana. En general, se acepta que ambas determinaciones deben realizarse simultáneamente con la toma de la presión arterial, el interrogatorio sobre el tabaquismo y, cuando esté indicado, la glucemia plasmática.

Recomendaciones

- Realizar una determinación de colesterol total sérico y c-HDL al menos una vez en los hombres antes de los 35 años de edad y en las mujeres antes de los 45 años. Después cada 4 años hasta los 75 años de edad.
- Realizar una determinación en las personas mayores de 75 años si no se les hubiese practicado ninguna anteriormente.

Prevención de los problemas de salud mental

Los trastornos mentales constituyen uno de los problemas de salud más frecuentes en las consultas de atención primaria, aunque han sido, y probablemente siguen siendo, francamente subestimados en cuanto a su gravedad y frecuencia. Las enfermedades mentales crean un alto nivel de discapacidad y de sufrimiento en las personas que los padecen, superior al de otras enfermedades crónicas y severas, y también originan una considerable aflicción en amigos y familiares. Su prevalencia varía ampliamente entre diferentes países, representando la segunda causa de carga de enfermedad. En nuestro país se estima una prevalencia del 9-15% en la población general y de alrededor del 30% entre los pacientes que consultan en atención primaria.

La prevención de la enfermedad mental es un proceso de intervención social con el objetivo de mejorar el bienestar y la calidad de vida de la persona y su grupo o familia, y en función de los conocimientos científicos y técnicos previos. Una buena parte de la patología mental puede prevenirse si se tiene en cuenta que los trastornos mentales, además de bases y expresión bioquímica (y tal vez genética) son trastornos que se viven y expresan en las relaciones humanas, que se diagnostican a través de ellas y que están influenciados psicossocialmente. De hecho, en el ámbito de la salud mental se habla también de factores de riesgo para referirse a aquellas condiciones biológicas, psicológicas y/o sociales que participan con toda probabilidad en los antecedentes biopsicosociales asociados o implicados en la emergencia de trastornos o problemas mentales o de conducta. El momento idóneo para la búsqueda de esos factores de riesgo, y para la intervención preventiva en general, son las denominadas crisis o transiciones psicossociales, pues muchos de los factores o situaciones de riesgo para la descompensación mental pueden detectarse en estas transiciones y dentro de la entrevista clínica habitual, aunque el paciente acuda por otros motivos. Es decir, que las transiciones psicossociales se hallan a menudo en el «subsuelo» de los acontecimientos vitales particulares que producen reacciones psicológicas, enfermedades somáticas o trastornos mentales por los que se consulta al médico o a otros profesionales de la atención primaria.

La prevención primaria es, también en este ámbito de la salud mental, el tipo de intervención que se realiza antes de que se haya iniciado el trastorno, y su objetivo es impedir su aparición. Engloba, por tanto, actividades de promoción y prevención a través de acciones sociales e interpersonales. Existe evidencia suficiente para afirmar que la intervención precoz en determinados casos, no solamente la labor del médico, sino también los recursos de enfermería, asistente social y/o institucional, etc., puede evitar trastornos psicossociales graves en determinados grupos de personas en las que se detectan factores de riesgo de conflictos o trastornos mentales. La prevención secundaria se centra en detectar y tratar precozmente los problemas que no han podido evitarse mediante la prevención primaria, disminuyendo así la prevalencia de la enfermedad. Finalmente, la prevención terciaria incluye aquellas actuaciones que se realizan con el objetivo de evitar las complicaciones, las recaídas y la marginación social, una vez que la enfermedad o el trastorno se han manifestado clínicamente.

A continuación se repasan las actuaciones preventivas en algunas importantes transiciones psicossociales y trastornos de salud mental propuestas por el grupo de salud mental del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

Cuidado del paciente terminal y su familia

Se considera terminal aquel enfermo en el que concurren de forma simultánea las siguientes características: padece una enfermedad claramente documentada, no se dispone de ningún tratamiento curativo y su esperanza de vida no se prevé superior a 6 meses. Este tipo de situaciones conllevan importantes sufrimientos y tensiones familiares y personales. Además, su «resolución» con la muerte del

paciente terminal supone generalmente un proceso de duelo con especiales dificultades de elaboración. Los problemas psicossociales, los trastornos psicopatológicos y/o el desarrollo de enfermedades son frecuentes en los familiares y allegados a corto y medio plazo.

Las intervenciones preventivas propuestas se muestran en el cuadro 15.17.

Cambios frecuentes de domicilio en los ancianos

La esperanza de vida en España ha aumentado, situándose en 82,8 años de media (80,1 para los hombres y 85,5 para las mujeres). En nuestro país se estima que en 2017 el 9,8% de la población tenía una edad ≥ 75 años y el 19,5% ≥ 65 años.

CUADRO 15.17 Recomendaciones de actuación para los profesionales que atienden al paciente terminal y su familia

- Identificar o designar un cuidador familiar (se ocupa directamente del enfermo) y un cuidador de enlace (es el intermediario con los profesionales sanitarios). Una misma persona puede realizar ambos papeles
- Incluir al paciente en el plan de cuidados globales, participando y comprometiendo en su autocuidado, para favorecer la autonomía y de mejorar su autoestima
- Mantener un contacto directo con el paciente (en el centro de salud o en el domicilio) y no dejar de visitarlo hasta el último momento. La continuidad de los cuidados favorece el valor psicobiológico de la relación
- Promover la atención que asegure el máximo bienestar y calidad de vida (especial atención a aspectos como la analgesia eficaz, otras medicaciones, higiene adecuada, movilización, contener la inquietud y la depresión del paciente y de la familia, etc.)
- Explorar cuidadosamente qué sabe el paciente de la naturaleza de su enfermedad con el fin de disminuir, en lo posible, sus temores: miedo al dolor, a la soledad y a que su vida carezca de sentido
- Evitar apriorismos ideológicos sobre el «decirlo o no decirlo». Atender los *deseos del enfermo* (lo que sabe, lo que quiere saber, cómo y cuándo lo quiere saber) y procurar la corresponsabilización de la familia. En nuestro medio cultural es conveniente basarse en la *negociación*
- *Cuándo sí decirlo* (pero siempre con prudencia y escuchando lo explícito y lo implícito del paciente *a lo largo del proceso de negociación*). Debe decirse cuando se cumplen al menos tres de los siguientes criterios:
 - Cuando el paciente lo pide reiteradamente
 - Con argumentos consistentes y razonados
 - En pacientes no muy vulnerables desde el punto de vista psicopatológico
 - Cuando existe una necesidad real de «arreglar» o reparar asuntos concretos (herencias, relaciones interrumpidas, etc.)
 - Cuando el médico conocía el deseo previo del paciente y valora que actualmente es el mismo
- Realizar al menos una entrevista familiar, valorando el nivel de conocimiento que tiene la familia sobre el diagnóstico y los sentimientos asociados a la pérdida de un ser querido, estando atentos a las señales de alerta de un duelo patológico

Este segmento de población se enfrenta con mayor frecuencia a situaciones de enfermedad, de pérdida de autonomía y de cambios sociales, como la viudedad y la jubilación. En nuestra cultura mediterránea, el cuidado de los ancianos todavía suele corresponder, en gran medida, a los hijos o familiares más cercanos, que se van alternando en su cuidado y acogida, lo que conlleva frecuentes cambios de domicilio para muchos de ellos. Se considera que un anciano vive cambios frecuentes de domicilio cuando permanece en ellos por estancias inferiores a los 3 meses, como consecuencia de su incapacidad para vivir de modo autónomo o de la decisión tomada en el seno de su familia.

El cambio frecuente y periódico de domicilio al que algunos ancianos están sometidos en ocasiones puede propiciar desorientación o agravamiento de un deterioro cognitivo incipiente, a la vez que dificulta un correcto seguimiento clínico y un proceso psicológico de duelo por la pérdida de su propio domicilio, independencia y hábitos de vida. La inadaptación por parte del anciano o de la familia puede desencadenar serios problemas de convivencia, comunicación y/o trastornos psicológicos, tanto en el anciano como en sus cuidadores.

En la presentación para docentes y estudiantes (disponible en www.studentconsult.es) se muestran las actividades preventivas propuestas para mejorar la atención a los ancianos que se desplazan de domicilio entre sus familiares.

Un anciano vive cambios frecuentes de domicilio cuando permanece en ellos por estancias inferiores a los 3 meses, como consecuencia de su incapacidad para vivir de modo autónomo o de la decisión tomada en el seno de su familia.

Prevención y detección precoz de la violencia doméstica (maltrato a la mujer en la pareja)

La OMS define la violencia como «el uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades, y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte». Incluye la autoviolencia (autoagresión y suicidio), la violencia interpersonal entre convivientes (familiar y de pareja) y la violencia colectiva (influida por un colectivo a un individuo y que puede ser social, económica y política). Los términos más utilizados para definir las distintas formas de violencia en el ámbito doméstico son:

- Violencia familiar. Serían los malos tratos o agresiones físicas, sexuales o de otra índole infligidos por personas del medio familiar y dirigidos generalmente a los miembros más vulnerables de este: niños, mujeres y ancianos.
- Violencia conyugal, maltrato a mujeres, violencia de género o violencia en la pareja. Se define como aquellas agresiones a la mujer que se producen en el ámbito privado y en las que el agresor, generalmente un varón, tiene o ha tenido una relación de pareja con la víctima o una relación análoga a la conyugal. A este subtipo de violencia se dirigen, básicamente, las recomendaciones posteriores.

El maltrato comporta graves riesgos para la salud de las víctimas tanto física como psicológicamente, y su impacto emocional es un factor de desequilibrio para la salud

mental de víctimas y convivientes. En España, en 2016, 53 mujeres murieron a manos de su pareja o expareja y 21 habían fallecido en los dos primeros meses de 2017. Casi la mitad de las víctimas son mujeres entre 25 y 39 años.

El maltrato a la mujer no es un problema ajeno a los profesionales de la salud y, de hecho, el médico puede ser la única persona fuera de la familia a quien la mujer le confie que está siendo maltratada. Por tanto, los profesionales sanitarios no pueden permanecer ajenos a este importante problema y es necesaria su intervención en la prevención y detección del maltrato y en el tratamiento y orientación a la mujer. Las recomendaciones recogidas en la presentación para docentes y estudiantes (disponible en www.studentconsult.es) y en el cuadro 15.18 sintetizan esas actuaciones como estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria, respectivamente.

CUADRO 15.18

Intervenciones de prevención terciaria recomendadas a los profesionales sanitarios ante una situación diagnosticada como de maltrato a la mujer

- Realizar una evaluación integral a nivel físico, psicológico y social, valorando el riesgo inmediato para la vida de la paciente:
 - Por las lesiones sufridas (riesgo físico)
 - Por la posibilidad de nuevas agresiones o de homicidio por parte del agresor (riesgo social)
 - Por la presencia de marcadas ideas de suicidio (riesgo psicológico)
- Si existe riesgo vital inmediato, es decir, si la vida de la mujer corre peligro, habrá que realizar el traslado urgente al hospital o al juzgado de guardia (según si el riesgo vital detectado está en la esfera física o psicológica, en el primer caso, o en la esfera social, en el segundo). Siempre debe adjuntarse una historia clínica y el parte judicial de lesiones
- Valorar si se trata de una situación aguda o crónica y establecer un plan de actuación (teniendo en cuenta la valoración del riesgo vital realizado, la opinión de la mujer, la situación de los hijos y los apoyos sociofamiliares con los que cuenta). El plan incluye:
 - Contactar con el trabajador social para poner en marcha, directamente o a través del teléfono permanente de atención a mujeres maltratadas, los apoyos disponibles en las distintas instituciones: teléfono 016, centros de emergencia, SAM (Servicio de Atención a la Mujer de la Policía Nacional), EMUMES (Equipo de Mujer y Menores de la Comandancia de la Guardia Civil), *hot lines* del Instituto de la Mujer, Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Maltrato, etc.
 - Contactar e informar al pediatra si la mujer tiene hijos, tanto por el riesgo potencial futuro de los niños, al ser testigos de la violencia, como por la posibilidad real de que acaben siendo también víctimas
 - Informar de los pasos legales cuando se haya de formalizar una denuncia
 - Buscar una estrategia de protección y un plan de salida, cuando exista riesgo físico, e informar de ellos a la víctima
 - Registrar los hechos en la historia clínica

Diagnóstico precoz de los trastornos de ansiedad y depresión

Los trastornos de ansiedad y depresión constituyen las entidades clínicas más frecuentes dentro de la morbilidad psiquiátrica detectada en la población general. En 2014, el 6,9% y el 7,0% de la población de 15 o más años de edad presentaron algún trastorno de ansiedad o depresión, respectivamente. Las investigaciones realizadas en atención primaria ponen de manifiesto la existencia de un infradiagnóstico, debido a que una importante proporción de la morbilidad psíquica no es detectada por los médicos de cabecera. Este infradiagnóstico conlleva repercusiones sociosanitarias; por ejemplo, la petición de un mayor número de pruebas diagnósticas, la hiperfrecuentación de los servicios sanitarios, el aumento de la incapacidad laboral y una mayor duración y peor pronóstico de estos trastornos.

Las intervenciones recomendadas para el diagnóstico precoz de los trastornos de ansiedad y depresión se muestran en la presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es. La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg puede integrarse en el seno de la entrevista clínica como una herramienta para facilitar y mejorar la detección de psicopatologías (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es). Puntuaciones en la subescala de ansiedad de ≥ 4 puntos y/o en la de depresión de ≥ 2 puntos obligan a una entrevista diagnóstica dirigida y más exhaustiva.

Prevención del suicidio

El suicidio es una conducta humana que rebasa el ámbito de los problemas estrictamente sanitarios, pero que en la mayoría de los casos se asocia a una enfermedad mental. Por tanto, es lógico que se contemple como un problema de salud y sea motivo de prevención. Las tasas de suicidio consumado varían de unos países a otros. En España, en 2014, el suicidio se situó como primera causa externa de defunción (3.910 muertes), siendo esta la peor cifra desde 2005 (posiblemente influenciada por la crisis económica iniciada en 2008). En 2015, el suicidio se mantuvo como la primera causa de muerte externa, con 3.602 fallecimientos (un 7,9% menos que en 2014). Por sexo, la mortalidad por suicidio fue mayoritariamente masculina. Las cifras reales serán probablemente más altas, tal como se desprende de diversos estudios epidemiológicos que aportan datos de entre 10 y 15 suicidios consumados por 100.000 habitantes. El suicidio consumado aumenta con la edad, y la mayor incidencia se observa a partir de los 65 años. En las últimas décadas también se ha detectado un notable incremento de las conductas suicidas en jóvenes, de modo que se ha convertido en la segunda causa de muerte entre los adolescentes de la sociedad occidental.

Las conductas parasuicidas, es decir, los intentos de suicidio no consumados, también son de difícil valoración. Por cada suicidio consumado acontecen en nuestra sociedad entre 20 y 25 intentos. A diferencia de la mortalidad por suicidio, en la tentativa los estudios arrojan una mayor incidencia en las mujeres y también una mayor frecuencia en los jóvenes que en los adultos o ancianos.

Los factores de riesgo asociados a la consumación del suicidio incluyen la enfermedad mental (depresión, es-

quizofrenia, abuso de alcohol y drogas, trastornos de personalidad, trastorno de angustia y crisis de pánico) y otra serie de situaciones (enfermedad somática grave, vivir solo, desempleo, falta de apoyo social, antecedentes personales o familiares de intentos previos de suicidio y el estado civil, sobre todo viudo o separado). Las recomendaciones a los profesionales sanitarios se recogen en la presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es.

En España, el suicidio se mantuvo en 2015 como la primera causa de muerte externa, con 3.602 fallecimientos, superando el número de muertes por accidentes de tráfico (1.880 fallecidos).

Prevención de la dependencia en los mayores

Casi la mitad de la población >65 años tiene algún grado de dependencia.

Prevención de las caídas

Las caídas son uno de los grandes síndromes geriátricos que, al contrario de lo que sucede en los jóvenes, raramente son accidentales. En la mayoría de los casos ocurren por una inadaptación del anciano a su entorno de causa multifactorial. Constituyen un problema de salud frecuente, con una importante morbilidad, asociado a inmovilidad, pérdida de autonomía e ingreso prematuro en residencias. Hablamos de *caída* cuando involuntaria e inesperadamente una persona cae al suelo o a un nivel inferior. Un tercio de las personas autónomas mayores de 65 años se caerán en el curso de un año, y esta proporción aumenta al 50% en los mayores de 80 años. La mitad de los mayores que se caen lo hacen de forma recurrente. La mayoría de las caídas son leves, aunque se producen fracturas en un 4-5% de los casos. En el 1% existe fractura de cadera, pero su letalidad es elevada (20-30% anual).

Los factores de riesgo asociados a las caídas incluyen:

- Factores intrínsecos o personales:
 - Debilidad muscular (especialmente de la cadera).
 - Déficits visuales (cataratas, degeneración macular, glaucoma).
 - Enfermedades neurológicas (ictus, enfermedad de Parkinson, trastornos cerebelosos, deterioro cognitivo).
 - Patología cardíaca (síncopes, arritmias, hipotensión ortostática).
 - Artrosis.
 - Antecedentes previos de caídas.
- Factores extrínsecos o ambientales:
 - Riesgos en el hogar: alfombras móviles, suelos deslizantes, iluminación insuficiente, cables sueltos, desniveles, espacio limitado para caminar, ausencia de pasamanos, etc.
 - Riesgos fuera del hogar: suelos irregulares o deslizantes, obras en aceras no convenientemente señalizadas, etc.

- Fármacos:
 - Toma de psicofármacos (benzodiazepinas, anti-depresivos tricíclicos, fenotiazinas, etc.).
 - Polimedicación.

Las intervenciones que han demostrado una mayor eficacia en su prevención se recogen en la presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es.

Alteraciones visuales

Las alteraciones de la función visual repercuten severamente en la capacidad funcional de los ancianos, ocasionando una peor salud percibida, una menor actividad social y una mayor mortalidad. La prevalencia de la deficiencia visual en ancianos varía ampliamente (26-77%), dependiendo de la definición utilizada y de los grupos de edad incluidos. En general, apenas se conocen actividades de prevención primaria, y la mayoría corresponden a intervenciones de prevención secundaria.

Existe una evidencia insuficiente para evaluar si el cribado generalizado de la deficiencia visual en mayores mejora el resultado funcional, aunque diferentes sociedades y organismos recomiendan un examen visual periódico en los mayores de 65 años. En grupos de alto riesgo (antecedentes familiares, miopía elevada) podría estar indicado el cribado de glaucoma. En diabéticos también estaría indicado el cribado de retinopatía. Sí existe una evidencia suficiente sobre la efectividad de los tratamientos para las causas más comunes de deterioro de la visión. Por ejemplo, la cirugía de cataratas mejora la visión, así como la capacidad funcional y cognitiva y la calidad de vida, evitando la pérdida de autonomía y retrasando la aparición de dependencia. Finalmente, conviene recomendar el abandono del tabaco (para prevenir la aparición de cataratas) y una alimentación variada en frutas y hortalizas frescas (ricas en vitaminas y minerales) para disminuir la progresión de una posible degeneración macular asociada a la edad. Las principales recomendaciones preventivas se recogen en la presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es.

Hipoacusia

La presbiacusia es responsable de más del 90% de las hipoacusias en las personas mayores. Suele presentarse de forma gradual y bilateral, y su prevalencia está aumentando. Afecta al 25-40% de la población mayor de 65 años y al 80% de los mayores de 85 años. En nuestro país un 43,6% y un 63% de la población mayor de 65 y 75 años, respectivamente, presentan hipoacusia permanente. El tapón de cerumen es otra causa que produce una pérdida de audición brusca y unilateral, que se resuelve con su extracción. La hipoacusia es un problema infradiagnosticado e infratratado que conlleva aislamiento social, pérdida de la capacidad funcional y calidad de vida, y que también se ha asociado con un aumento del deterioro cognitivo e incremento de la mortalidad. Su corrección mediante audífonos mejora la audición y la calidad de vida, aunque solo el 25% de los pacientes con hipoacusia tienen audífono y, de estos, más del 30% no lo usan. Los factores de riesgo asociados con hipoacusia han sido la edad, la exposición a ruidos,

la diabetes, la hipertensión, el tabaco y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares.

Para el cribado de la hipoacusia pueden utilizarse preguntas directas sobre la audición o cuestionarios que valoran su repercusión emocional o en las actividades diarias. También se emplean distintos test: de la voz susurrada, el frotamiento o roce de dedos y el del cronómetro; el primero de ellos se ha propuesto como el método más adecuado de cribado en atención primaria. La confirmación diagnóstica se realiza mediante audiometría tonal liminar. El cribado sistemático no ha sido evaluado en ensayos clínicos, pero diferentes organismos y sociedades lo preconizan en los mayores de 60-65 años. Las intervenciones preventivas recomendadas aparecen en la presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es.

La hipoacusia es un problema infradiagnosticado e infratratado que conlleva aislamiento social, pérdida de capacidad funcional y de calidad de vida, y que también se ha asociado con un aumento del deterioro cognitivo e incremento de la mortalidad.

Prevención del uso inadecuado de medicamentos

La polifarmacia suele definirse como el consumo diario de cuatro o más fármacos, o como el consumo de más medicamentos de los que clínicamente estarían justificados. La medicación inadecuada o inapropiada hace referencia a los fármacos que no deberían administrarse a los ancianos por disponerse de mejores alternativas terapéuticas. Ambas situaciones, polifarmacia y medicación inadecuada, suponen un mayor riesgo de reacciones adversas a los medicamentos, de incumplimiento terapéutico, de no prescripción de las medicaciones apropiadas, de caídas, de mayores tasas de hospitalización y de una mayor mortalidad en los mayores. En España la polifarmacia afecta al 34,2% de los ancianos, el incumplimiento terapéutico al 30-50%, la automedicación al 31,2%, las interacciones farmacológicas al 13,6% y las reacciones adversas a medicamentos se presentan en el 41% de los mayores de 75 años, con una presentación clínica a menudo inespecífica y difícil de reconocer. Conviene tener presente que muy diferentes situaciones clínicas (caídas, depresión, pérdida de memoria, cambios de comportamiento, síndrome confusional agudo, inestabilidad, incontinencia urinaria o fecal, lesiones cutáneas, cambios del ritmo intestinal, etc.) pueden sugerir reacciones adversas a medicamentos en ancianos. Las recomendaciones para una correcta prescripción se recogen en la presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es.

Prevención del maltrato en ancianos

Se considera maltrato al anciano «cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetiva-

mente». Las causas de este complejo fenómeno son múltiples, desde factores sociales y culturales hasta familiares e individuales. Son también varias las formas en las que puede manifestarse, desde la negligencia en los cuidados necesarios hasta el maltrato físico, psicológico, sexual, o el abuso económico y social. La prevalencia estimada de este problema varía según el ámbito del estudio y las herramientas diagnósticas empleadas, oscilando entre el 3% y el 35%, y las cifras más altas se detectan en los ancianos que son atendidos por los servicios sociales o han sido hospitalizados. La mayoría de los investigadores consideran que su incidencia está en aumento y que se trata de un problema infravalorado, entre otras cuestiones porque los maltratadores pertenecen al ámbito familiar del anciano, lo que implica unas ambivalencias afectivas y dependencias emocionales que favorecen la negación del problema y dificultan la prevención y la intervención.

No existe acuerdo sobre la necesidad de incluir la detección del maltrato en ancianos como una actividad preventiva. De hecho, la US Preventive Services Task Force (USPSTF) considera que existe evidencia insuficiente para recomendar o no el cribado rutinario del maltrato en ancianos. Sin embargo, organizaciones como la American Medical Association (AMA) recomiendan que los médicos realicen rutinariamente preguntas directas acerca del maltrato, y otras instituciones, como la propia USPSTF y la Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTF), aconsejan estar alerta ante signos y síntomas clínicos y de conducta relacionados con el maltrato y la negligencia en la atención de los ancianos. En nuestro país, la semFYC ha elaborado, dentro del subprograma de actividades preventivas en salud mental, un documento de actuación y recomendaciones sobre el maltrato en los ancianos.

Los profesionales que trabajan con ancianos, especialmente los de atención primaria, desempeñan una importante función en la prevención primaria del maltrato, identificando y modificando, cuando sea posible, los factores de riesgo y las situaciones de vulnerabilidad que se han visto asociadas a maltrato (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es). La misma función tienen los profesionales en prevención secundaria, que deben estar alerta para detectar y explorar los signos y síntomas de los diferentes tipos de violencia (cuadro 15.19).

Las recomendaciones de actuación a los profesionales sanitarios ante el maltrato a los ancianos se recogen en la presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es.

Prevención de la demencia

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por pérdidas adquiridas de las capacidades cognitivas (memoria, cálculo, orientación, razonamiento, capacidad ejecutiva) lo suficientemente intensas como para limitar la capacidad funcional del paciente, interfiriendo en sus actividades diarias y calidad de vida. La demencia conlleva un deterioro global adquirido de la inteligencia, la memoria y la personalidad, sin que exista en los estadios iniciales una alteración del nivel de conciencia del paciente, que permanece alerta y vigil. Frecuentemente se acompaña de alteraciones psicológicas (delirios, alucinaciones) y trastor-

CUADRO 15.19

Síntomas y signos de maltrato en la población anciana

- Diferentes lesiones (contusiones, hematomas, fracturas, etc.) con explicaciones poco coherentes respecto a su mecanismo de producción
- Retraso en la solicitud de la asistencia
- Visitas reiteradas a servicios de urgencia y hospitales por motivos cambiantes
- Administración involuntaria de medicamentos
- Ausencia de respuesta ante tratamientos adecuados
- Mala evolución de las lesiones (p. ej., de úlceras) tras la aplicación de las medidas pertinentes
- Desnutrición sin motivo aparente
- Deshidratación
- Caídas reiteradas
- Versiones contradictorias en el relato de lo sucedido entre el paciente y el presunto maltratador (cuidador)
- Actitud de miedo, inquietud o pasividad
- Estado emocional alterado, con depresión, ansiedad o confusión
- Negativa del cuidador a dejar solo al anciano durante la entrevista

nos del comportamiento (agitación, trastornos del sueño). En la mayoría de los casos, el deterioro es irreversible y progresivo y conlleva la dependencia total. De hecho, la demencia es la causa más importante de dependencia e institucionalización en las personas mayores, originando una gran sobrecarga en los familiares y un elevado coste sociosanitario en la sociedad. En España, en 2015, la demencia representó ya la cuarta causa de muerte a nivel global con 20.442 defunciones (6.642 en hombres y 13.800 en mujeres).

Actualmente no se dispone de ninguna prueba bioquímica, genética, neuropsicológica o de neuroimagen que permita detectar en población asintomática qué pacientes desarrollarán inexorablemente demencia.

Las presentaciones más frecuentes son la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la asociación de ambas (demencia mixta) y la demencia por cuerpos de Lewy. Las demencias hereditarias genéticas son muy poco frecuentes. Un pequeño porcentaje (<1,5%) puede revertir si se trata su causa (hipotiroidismo, déficit de vitamina B₁₂, etc.). Todos los estudios encuentran un patrón de prevalencia e incidencia que se incrementan con la edad, y una mayor frecuencia en las mujeres. La forma clínica más prevalente es la enfermedad de Alzheimer, responsable del 50-75% del total de las demencias, seguida de la demencia vascular, con el 10-20% de los casos.

La demencia aparece fundamentalmente a edades tardías, puesto que la edad es su principal factor de riesgo. También la hipertensión arterial y el tabaco se han asociado con mayores riesgos de demencia. Se estima una prevalencia de demencia del 1% a la edad de 60 años, duplicándose cada 5 años hasta alcanzar el 30-50% en pacientes de 85 años. En España la prevalencia oscila entre

el 5,2% y el 14,9% para la población mayor de 64 años. Los estudios más recientes señalan una prevalencia del 7,5% en mayores de 75 años para el total de las demencias (el 5,6% para la enfermedad del Alzheimer y el 1,4% para la demencia vascular).

Actualmente no se dispone de ninguna prueba bioquímica, genética, neuropsicológica o de neuroimagen que permita detectar qué pacientes desarrollarán demencia entre la población asintomática. Tampoco existe ningún tratamiento que modifique la evolución y el pronóstico de la enfermedad a largo plazo, salvo el tratamiento de la causa en los casos potencialmente reversibles. Un diagnóstico temprano de la demencia podría facilitar medidas de prevención de riesgos, limitar fármacos que empeoren el deterioro cognitivo o asumir decisiones de tipo legal. Ninguna institución ni sociedad científica encuentra suficiente evidencia para recomendar el cribado sistemático en pacientes asintomáticos. Las recomendaciones se limitan a permanecer alerta ante síntomas de alarma de demencias (pérdida de memoria, deterioro funcional o trastorno del comportamiento) y a realizar una evaluación clínica detallada ante la sospecha o evidencia de deterioro cognitivo, animando a las personas mayores a que se mantengan mental, social y físicamente activas, controlando adecuadamente sus factores de riesgo cardiovascular y fomentando el ejercicio físico.

FUNCIONES DE LOS DISTINTOS PROFESIONALES DEL EQUIPO DE SALUD

El EAP constituye el dispositivo sanitario que tiene por función desarrollar las actividades encaminadas a la promoción, la prevención, la curación y la rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de una Zona Básica de Salud. El Real Decreto 137/84 de 11 de enero de Estructuras Básicas de Salud concretamente incluye entre las funciones propias del EAP, además de las asistenciales, la realización de aquellas actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social. Por tanto, la práctica de la prevención debe considerarse como una actividad integrada con el resto de funciones de los EAP.

Médicos, enfermeros y trabajadores sociales

Estos profesionales constituyen el núcleo básico del EAP, puesto que su implicación es imprescindible para el desarrollo de las funciones esenciales en los terrenos asistencial, preventivo y de promoción de la salud. Médicos y enfermeros agrupan sus funciones en las áreas asistencial, administrativa, docente, investigadora y de participación comunitaria. Su formación y competencia les capacitan como elementos clave del EAP en los cinco niveles de gradación de las actividades preventivas: primordial, primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria. Estas actividades preventivas, en mayor o menor medida, pueden y deben desarrollarse tanto en las consultas a demanda como programadas y tanto en el centro de salud como en el domicilio del paciente; también en el ámbito comunitario y en

espacios específicamente habilitados para tareas concretas como las vacunaciones. La práctica de la prevención como una actividad aparte, desvinculada del motivo de consulta, de la valoración de las características del individuo y de la propia concepción de que la prevención es también una actividad clínica integrada en el conjunto de la visita médica o de enfermería, puede no ser adecuada. Cuando el tiempo no lo permite o se prevén otras visitas de seguimiento, determinadas actividades pueden aplazarse para una ocasión ulterior, lo que puede ser aconsejable en determinados pacientes.

La participación del trabajador social en la prevención de la enfermedad en el centro de salud se circunscribe, principalmente, a facilitar estrategias de promoción de la salud y de prevención terciaria y reinserción social, en colaboración con médicos y enfermeros y con el apoyo de los recursos familiares y sociales a su alcance. También en el centro de salud, pero fundamentalmente a nivel comunitario, su labor será de gran ayuda para conseguir la máxima cobertura de aquellos programas preventivos, tanto con actividades de prevención primaria como secundaria, por ejemplo para aumentar las coberturas del programa de vacunaciones en las minorías étnicas o en los grupos sociales más desfavorecidos, o para mejorar la cobertura del cribado del cáncer de mama.

Estas actividades preventivas, en mayor o menor medida, pueden y deben desarrollarse tanto en las consultas a demanda como programadas y tanto en el centro de salud como en el domicilio del paciente.

Otros profesionales del equipo de salud y comunitarios

Farmacéuticos, veterinarios y personal de apoyo (auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y celadores) también cumplen funciones que tienen un importante contenido preventivo (farmacéuticos y veterinarios) o desarrollan tareas (auxiliares administrativos) que facilitan que las actividades preventivas de otros profesionales, como médicos o enfermeras, cumplan sus objetivos de implantación y cobertura. Los veterinarios realizan tareas de inspección y control de alimentos, de comedores escolares y colectivos, de control de las condiciones higiénico-sanitarias de locales, aguas de abastecimiento y residuales de la industria, etc.; todas ellas son funciones que ayudan en la prevención de enfermedades. También el farmacéutico tiene funciones relativas a la prevención de la enfermedad, tanto dentro del centro de salud (uso racional de medicamentos, control de polifarmacia, vigilancia del programa de vacunaciones, etc.) como a nivel comunitario, con la inspección y control de actividades relacionadas con la salud medioambiental (abastecimiento del agua de bebida, superficies comerciales, comedores colectivos, etc.).

El personal de apoyo cumple básicamente funciones de atención al usuario (recepción, información, entrega de documentos, facilitación de trámites, etc.) y de administración (archivos de historias, registros, tareas de secretaría). En ambas categorías de funciones, su aportación es importante de cara al éxito de las actividades preventivas

desarrolladas por el EAP (p. ej., informando correctamente al paciente de los servicios que oferta el centro de salud o manteniendo actualizados los diferentes registros).

Finalmente, otros profesionales de los servicios de salud (epidemiólogos) y trabajadores comunitarios (representantes vecinales y de organizaciones no gubernamentales, voluntariado social, etc.) pueden ayudar en la implementación de las actividades preventivas al ser buenos conocedores de la realidad sociocultural de la comunidad y, por tanto, facilitar el diseño de estrategias y mecanismos de coordinación que aseguren la máxima cobertura de dichas actividades.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Martín Zurro A, Cano Pérez JE, Gené Badia J, editors. Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. 7.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Texto de referencia para los profesionales del ámbito de la atención primaria en el que se abordan desde los principios de la atención primaria de salud a las actividades de promoción y prevención y los problemas de salud más frecuentes en las consultas.

PAPPS. Actualización 2016. Aten Primaria 2016;48(Supl 1):1-147.

Última actualización del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC en la que se incluyen todas las recomendaciones de prevención y promoción para la salud en la atención primaria de nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Aldaz Herce P, Gómez Marco JJ, Javierre Miranda AP, Martín Martín S, Morató Agustí ML, Moreno Millán N, et al. Prevención de las enfermedades infecciosas. Aten Primaria 2016;48(Supl 1):60-76.

American Academy of Family Physicians. Summary of policy recommendations for clinical preventive services. 2010. Disponible en: <http://www.aafp.org>.

Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2013. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología. Plan Nacional sobre el Sida; 2015. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enflesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia ITS_1995_2013.pdf.

Barry MJ. Screening for prostate cancer. The controversy that refuses to die. N Engl J Med 2009;360:1351-4.

Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso M, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Aten Primaria 2016;48(Supl 1):77-97.

Calonge N, Petitti DB, Witt TG de, Dietrich AJ, Gregory KD, Grossman D, et al. Screening for Impaired Visual Acuity in Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2009;151:37-43.

Canadian Task Force on Preventive Health Care. Routine preschool screening for visual and hearing problems. Disponible en: <http://www.ctfphc.org/>.

Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. CMAJ 2016;188:340-8.

Chou R, Dana T, Bougatsos C. Screening older adults for impaired visual acuity: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2009;151:44-58.

Colomer J, Cortés O, Esparza MJ, Galbe J, Martínez A, Merino M, et al. Recomendaciones PrevInfad. Actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas para la infancia y la adolescencia. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/>.

Córdoba García R, Camaralles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, Ramírez Manent JI, San José Arango J, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria 2016;48(Supl 1):27-38.

Cortés Rico O, Pallás Alonso CR, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Soriano Faura FJ, Colomer Revuelta J, Esparza Olcina MJ, et al. Resumen PAPPS infancia y adolescencia 2016. Aten Primaria 2016;48(Supl 1):127-47.

Cuella Serres M, Garrido Luque M. Prevención, detección y evaluación de las caídas en ancianos. AMF 2017;13:146-52.

Datos del Plan Nacional sobre Drogas: Informe 2016. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>.

Defunciones según causa de Muerte. Año 2015. Disponible en: <http://www.ine.es/>.

Encuesta Europea de Salud 2014. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm.

Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev 2009;2:CD007146.

Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev 2009;4. CD001877.

Interrupción voluntaria del embarazo en menores. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm.

Kuijpers MA, van Marum RJ, Egberts AC, Jansen PA. OLDY (Old people Drugs and dysregulations) Study Group. Relationship between polypharmacy and underprescribing. Br J Clin Pharmacol 2008;65:130-3.

López-Torres Hidalgo J, Baena Díez J, Herreros Herreros Y, Canto-de Hoyos Alonso M, Gorroñogoitia Iturbe A, Martín Lesende I. Actividades preventivas en los mayores. Aten Primaria 2016;48(Supl 1):98-104.

López-Torres Hidalgo J, Boix Gras C, Téllez Lapeira JM, Párraga Martínez I, López, Verdejo MA, Escobar Rabadán F, et al. The hearing-dependent daily activities scale to evaluate impact of hearing loss in older people. Ann Fam Med 2008;6:441-7.

Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Banegas Banegas JR, Martín Rio-bó E, Lobos-Bejarano JM, Villar Alvarez F, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. PAPPS 2016. Aten Primaria 2016;48(Supl 1):4-26.

Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2016. Aten Primaria 2016;48(Supl 1):39-59.

Muñoz N, Manalastas R Jr, Pitisuttithum P, Tresukosol D, Monsonog J, Ault K, et al. Safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine in women aged 24-45 years: a randomized, double-blind trial. Lancet 2009;373:1949-57.

Palomo L, Gervas J. ¿Criterios comerciales o criterios epidemiológicos en la vacunación antitetánica? Aten Primaria 2009;41:292-3.

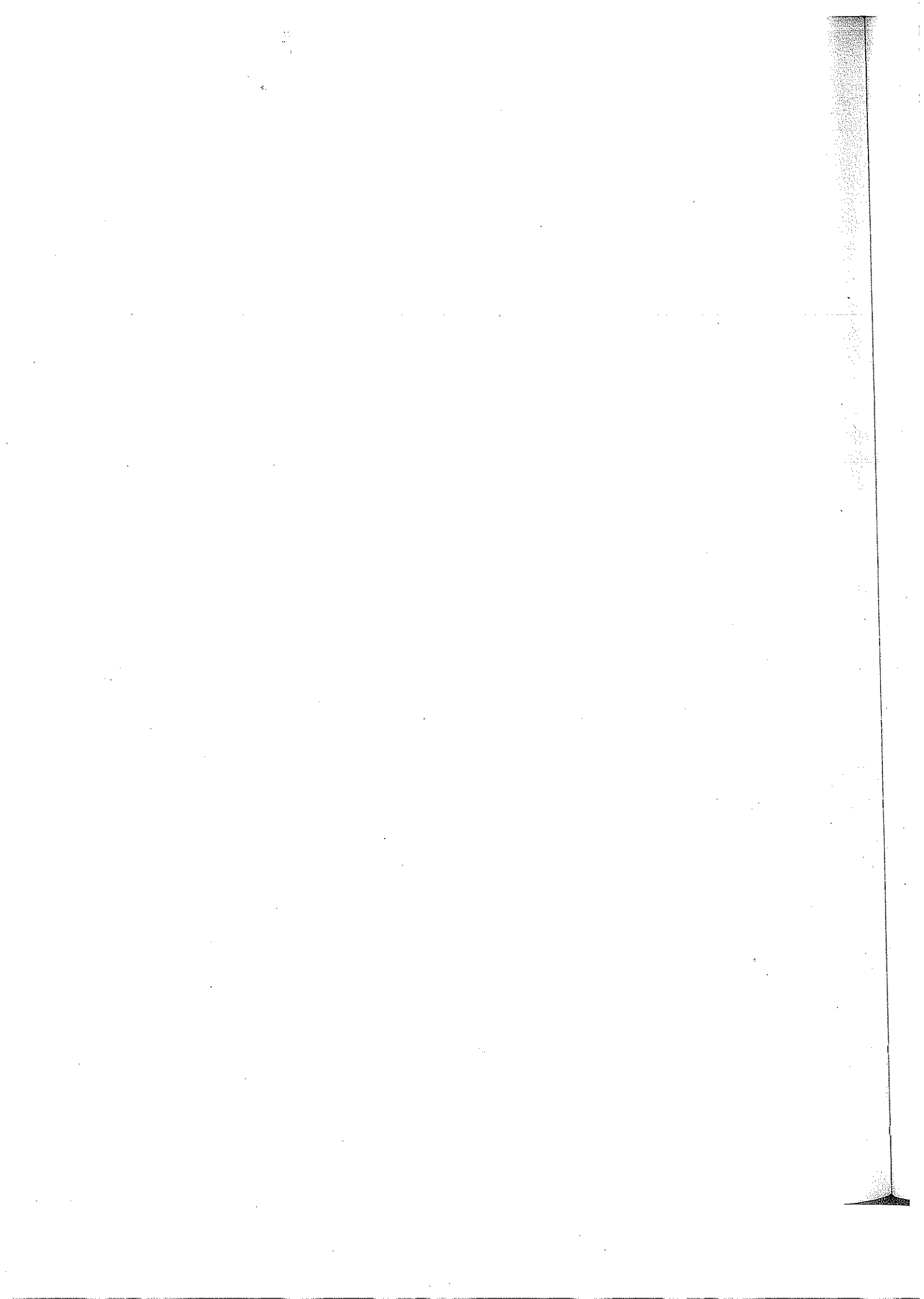
Pollán M, Michelena MJ, Ardanaz E, Izquierdo A, Sánchez-Pérez MJ, Torrella A. Breast Cancer Working Group. Breast cancer incidence in Spain before, during and after the implementation of screening programmes. Ann Oncol 2010;21(Suppl 3):97-102.

Shaukat A, Mongin SJ, Geisser MS, Lederle FA, Bond JH, Mandel JS. Long-term mortality screening for colorectal cancer. N Engl J Med 2013;369:1106-14.

The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, an Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 2004;291:2581-90.

Tizón JL, Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, Fernández C, García-Campayo J, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. Aten Primaria 2003;32(Supl 2):77-101.

Zhu MM, Xu XT, Nie F, Tong JL, Xiao SD, Ran ZH. Comparison of immunochemical and guaiac-based fecal occult blood test in screening and surveillance for advanced colorectal neoplasms: a meta-analysis. J Dig Dis 2010;11:148-460.



ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD AGUDOS Y URGENTES

Francisca Pavón Rodríguez • Pere Josep Simonet Aineto • Marta Villanueva Pérez

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

DEFINICIONES

EPIDEMIOLOGÍA

Datos a nivel mundial
Principales causas de muerte
Datos en España

ORGANIZACIÓN

Características de la atención
Modelos de atención
Puntos de atención de urgencias

Sistemas de triaje

Códigos de actuación en caso de emergencia

PAPEL DE LOS DISTINTOS PROFESIONALES

El equipo de profesionales
Cómo gestionar la demanda espontánea

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Competencias de la profesión enfermera
Atención a las personas con procesos agudos

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- Se puede considerar la urgencia como toda alteración de la salud que, a juicio del paciente o sus allegados, necesita una atención médica inmediata.
- La emergencia es un tipo de urgencia en la que hay riesgo inmediato, actual o potencial para la vida debido a un compromiso de funciones vitales o de secuelas graves; se asocia una gravedad objetiva.
- Según los datos obtenidos a nivel del Estado español, se ha objetivado que la edad, el sexo, el lugar de nacimiento y el estado laboral influyen en la presencia del número de problemas de salud que presentan las personas.
- En la población infantil, hasta los 14 años de edad predominan las consultas por patologías agudas, siendo los síntomas del aparato digestivo los más frecuentes. Por detrás se situarían los síntomas de carácter general, como tos, cefalea y fiebre. En los adultos son más frecuentes los problemas crónicos y como patología aguda se mantienen las infecciones, especialmente de las vías respiratorias superiores, y los traumatismos.
- El sistema sanitario público establece diferentes recursos y circuitos con el fin de dar respuesta a la demanda de atención inmediata de la ciudadanía. A nivel de concepto la atención primaria ha de garantizar una máxima accesibilidad a la población.

- Con el triaje se agiliza de forma ordenada la atención a las personas que acuden a los servicios de urgencias en la atención primaria, de manera que sean asistidas con celeridad y garantías, y con especial atención a los que la gravedad de la situación en la que se encuentran comprometa su salud.

DEFINICIONES

Una enfermedad se considera aguda cuando los síntomas se inician de forma más o menos brusca y empeoran en poco tiempo. Esta clasificación temporal no tiene que ver con la gravedad, pues incluye desde procesos banales como un catarro de vías superiores, a graves como el infarto agudo de miocardio.

La patología aguda y la urgente no son sinónimas, por lo que es importante empezar clarificando al máximo posible los conceptos.

La urgencia en atención primaria puede constituir el primer escalón de la asistencia sanitaria integrada al paciente grave.

La definición más aceptada de *urgencia* es la de la American Medical Association: «la aparición de un problema de etiología diversa y gravedad variable, que genera vivencia de necesidad inminente de atención por parte del paciente, su familia o quien asuma su responsabilidad». Esta definición incluye tanto las verdaderas emergencias, o urgencias objetivas, que implican una necesidad de intervenir

terapéuticamente, como las urgencias subjetivas, o sea, aquellas que el paciente o su entorno más próximo estiman que requieren atención inmediata.

Se puede considerar la urgencia como toda alteración de la salud que, a juicio del paciente o sus allegados, necesita una atención médica inmediata.

Es importante diferenciar entre atención urgente y solicitud de atención a usuarios que acuden sin cita demandando atención que puede ser urgente, no urgente demorable, o bien no urgente pero no demorable. En la tabla 16.1 se muestran los motivos de consulta en atención primaria, según datos del Ministerio de Sanidad en 2014. Se observa que solo una tercera parte son debidos a un problema de salud que requiere un diagnóstico, poco más de la tercera parte son para control de una patología crónica y el resto son motivos administrativos u otras causas. La actuación específica en cada una de estas situaciones deberá ser uniforme, conocida por todos los profesionales sanitarios y no sanitarios y, por supuesto, por la población. Una mala gestión de la urgencia sanitaria genera un importante malestar en el usuario, en el profesional y en el entorno social.

La urgencia entraña subjetividad e inmediatez en su resolución y muchas se solucionan en visita domiciliaria, en los centros de salud, en los puntos de atención continuada o en los dispositivos ordinarios de urgencia. Algunas precisan estudio en el hospital.

La urgencia es la necesidad de una atención sanitaria inmediata que puede corresponder a una situación grave o no.

Por *atención continuada* se entiende la asistencia las 24 horas del día para garantizar la continuidad asistencial de determinados tratamientos y para atender urgencias. Aunque no sea en el propio centro de asistencia primaria (CAP), para todos los centros hay una referencia de dónde ir para atención continuada fuera del horario habitual. Existen diferentes dispositivos para dar esta atención fuera del horario de acceso al CAP, que se describen más adelante.

La medicina de urgencia abarca cualquier alteración de la salud que, en opinión o criterio del paciente, precise atención médica. En la situación actual casi se define más por el lugar que se practica que por su contenido formal: todo individuo que acude a un enclave de urgencia hospitalario o primario es un caso de urgencia.

TABLA 16.1 Motivos de consulta al médico, excepto urgencias (en %)

	Hombres	Mujeres
Diagnóstico de una enfermedad o problema de salud	35	37
Revisión por enfermedad	39	42
Consultas administrativas*	17	14
Otros motivos	9	7

*Dispensación de recetas o partes de baja/confirmación de alta laboral.

De Encuesta Europea de Salud en España 2014. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p420/a2014/p02/i0/&file=01007.px&L=0>

La *emergencia* es un tipo de urgencia en la que hay riesgo inmediato, actual o potencial para la vida debido a un compromiso de funciones vitales o de secuelas graves, se asocia una gravedad objetiva y es imprescindible el apoyo técnico del hospital, sea en urgencias, quirófano o unidad de cuidados intensivos (UCI).

El ámbito de la medicina de emergencia sería, en un primer momento, el escalón asistencial primario. La persistencia de la gravedad, la amenaza para la vida o la posibilidad de secuelas permanentes importantes definen al paciente crítico.

La gran accesibilidad que presentan estos servicios hace que el 70% de la población acuda a un punto de urgencias una vez al año como mínimo. La mayoría de los motivos principales de acceso al servicio de urgencias suelen ser banales. Como ejemplo, en el cuadro 16.1 se describen los principales motivos de acceso a los centros de atención urgente de Cataluña en el año 2015.

EPIDEMIOLOGÍA

La función de un sistema sanitario es dar respuesta a las necesidades de salud de las personas y comunidades a las que atiende. Se conoce que el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro variables:

- La biología humana (genética, envejecimiento).
- El medio ambiente (contaminación física, química, biológica y psicosocial y sociocultural).
- El estilo de vida (conductas de salud).
- El sistema de asistencia sanitaria.

Datos a nivel mundial

La morbilidad y mortalidad de la población varía pues en función del país/zona a la que nos referimos. El Observatorio Mundial de la Salud (GHO) es la puerta de acceso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a las estadísticas mundiales relacionadas con la salud.

CUADRO 16.1 Diagnósticos por orden de frecuencia en los centros de urgencias de atención primaria en Cataluña 2015

1. Rinofaringitis (resfriado común)
2. Heridas superficiales (erosiones en diferentes regiones del cuerpo)
3. Amigdalitis aguda
4. Faringitis aguda
5. Heridas de una región inespecífica del cuerpo
6. Diarreas, gastroenteritis
7. Infecciones de orina
8. Dolor abdominal inespecífico
9. Dolor lumbar
10. Fiebre
11. Infecciones por virus
12. Infecciones de las vías respiratorias inferiores
13. Tos

Datos del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

De los datos publicados se puede confirmar que existe una gran heterogeneidad y variabilidad a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2016).

En la figura 16.1 se describe la densidad de médicos según los países. Por ejemplo, respecto a los recursos cerca del 44% de los países miembros de la OMS tienen menos de 1 médico por 1.000 habitantes.

Principales causas de muerte

La cifra anual de muertes y su causa es uno de los indicadores más importantes para evaluar la eficacia de los sistemas de salud de los países.

Las estadísticas sobre las causas de muerte ayudan a las autoridades sanitarias a orientar las actividades futuras en materia de salud pública.

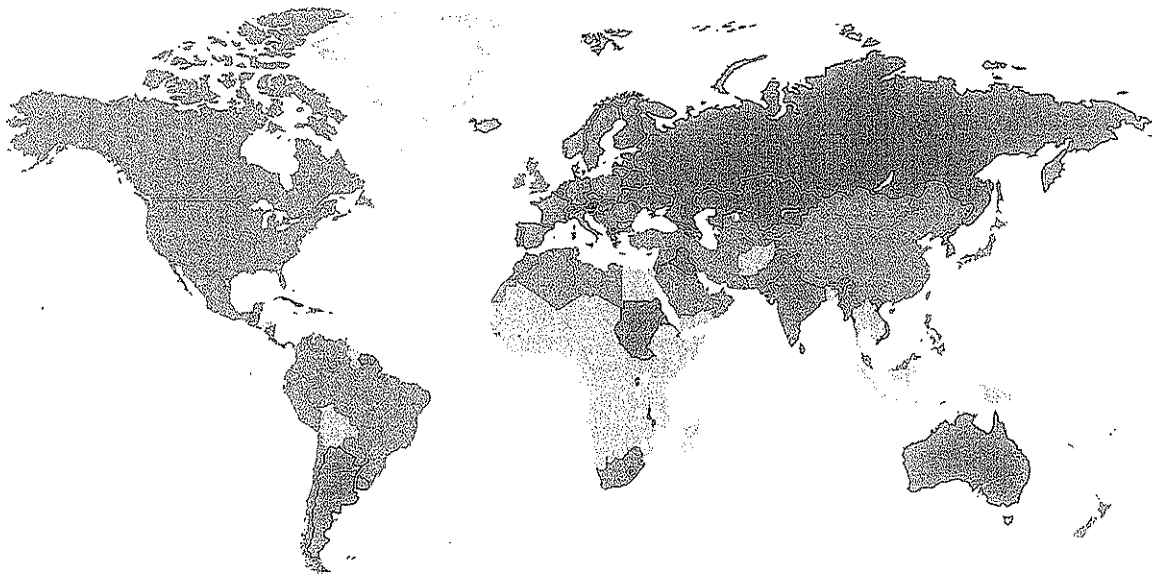
Los países de ingresos altos cuentan con sistemas de recogida de información sobre las causas de muerte. No es el caso de muchos países de ingresos bajos y medios,

que necesitan estimar el número de muertes por causas específicas a partir de datos incompletos.

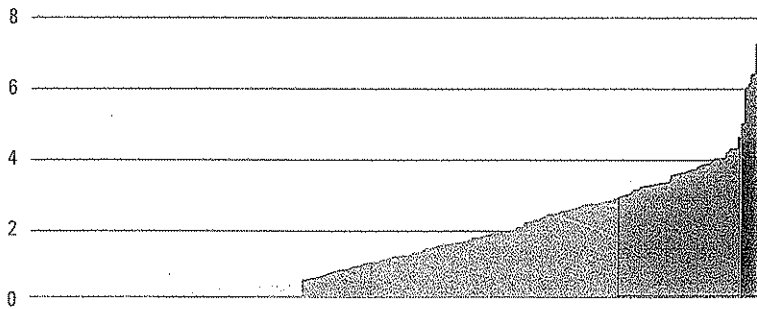
De los 56,4 millones de defunciones registradas en el mundo en 2015 más de la mitad (54%) fueron consecuencia de las 10 causas que se indican en la figura 16.2. Evidentemente la mortalidad depende del nivel socioeconómico del país.

Más de la mitad (52%) de las muertes registradas en 2015 en los países de ingresos bajos se debieron a enfermedades del grupo I, que abarca las enfermedades transmisibles y las afecciones maternas, perinatales y nutricionales. Sin embargo, en los países de ingresos altos el grupo I causa «solo» el 7% de las defunciones. Las infecciones de las vías respiratorias inferiores se encuentran entre las principales causas de muerte, con independencia del nivel de ingresos.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) causaron el 70% de las muertes en el mundo, si bien esta proporción osciló entre el 37% de los países de ingresos bajos y el 88% de los países de ingresos altos. En este último grupo de países, nueve de las diez principales causas de muerte son ENT, aunque en cifras absolutas el 78% de las defunciones por estas enfermedades ocurrió en los países de ingresos medios y bajos.



Distribución por país



Leyenda

- <0,500
- 0,500-0,999
- 1,000-2,999
- 3,000-4,999
- 5,000-9,999
- ≥10,000
- No aplicable
- Sin datos

FIGURA 16.1 Densidad de médicos (total de médicos por 1.000 habitantes) datos obtenidos del período 2008-2014 según el país. De Global Health Observatory. World Health Organization, 2017. Disponible en http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/

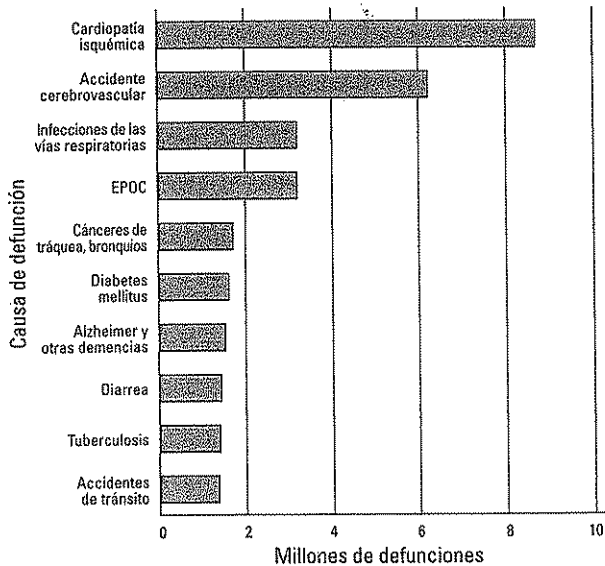


FIGURA 16.2 Principales causas de muerte según la Organización Mundial de la Salud en 2015. De Organización Mundial de la Salud, 2016.

Los traumatismos causaron cinco millones de muertes en 2015, más de una cuarta parte (27%) como consecuencia de accidentes de tránsito. La mortalidad por estos accidentes, que a nivel mundial es de 18,3 defunciones por cada 100.000 habitantes, es más acusada en los países de ingresos bajos, donde alcanza las 28,5 defunciones por cada 100.000 habitantes. Los accidentes de tránsito también se encuentran entre las 10 causas principales de muerte en los países de ingresos medios, tanto en la franja inferior como en la franja superior.

Datos de España

En España existe la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) que desde el Sistema Nacional de Salud recoge información clínica codificada y normalizada con carácter anual sobre la atención prestada en el primer nivel de atención. Los datos más recientes corresponden al

año 2013. Estos se extraen de una amplia muestra aleatoria de las historias clínicas de la población asignada a atención primaria, con representación a nivel de comunidad autónoma. Las variables incluidas comprenden los problemas de salud activos, las intervenciones realizadas (interconsultas, procedimientos y farmacia) y una selección de resultados intermedios en salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

En la tabla 16.1 y el cuadro 16.1 se recogen los motivos de consulta al médico en la consulta habitual y los diagnósticos más frecuentes en los servicios de urgencias de atención primaria.

Cada persona que fue atendida en atención primaria tiene registrados de media 6,4 problemas de salud activos, 5,6 en hombres y 7,2 en mujeres.

Durante la primera década de la vida, la frecuencia global del problema de salud en los niños es mayor que en las niñas. Esta diferencia por sexo desaparece en la adolescencia, siendo esta frecuencia más elevada en la mujer en la edad adulta, excepto a partir de los 90 años en que se iguala o invierte.

Los usuarios atendidos nacidos en España presentaron más problemas de salud activos (6,7) que los nacidos en otros países (5,3). Esta diferencia se encuentra en la mayoría de los grupos de edad excepto en las edades medias, entre 35 y 55 años, que presentan frecuencias similares.

Por otro lado, al realizar la comparación según el nivel de renta se observa una relación inversa entre este y los problemas de salud. Así, en los niveles más altos constan 4,1 problemas de salud activos por persona, en los intermedios 5,8 y en los de renta baja y muy baja 6,7 y 7,5 respectivamente. Otra variable a tener en cuenta es la situación laboral, de forma que las personas desempleadas presentaron de media más problemas de salud (6,1) que las empleadas (5,2).

Según los datos obtenidos a nivel del Estado español se ha objetivado que la edad, el sexo, el lugar de nacimiento y el estado laboral influyen en la presencia del número de problemas de salud que presentan las personas.

En las figuras 16.3 y 16.4 se muestran los principales problemas de salud por sexo y según los grandes grupos de edad.

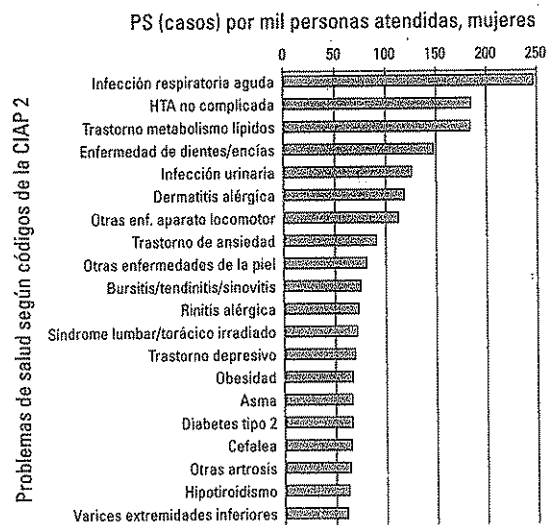
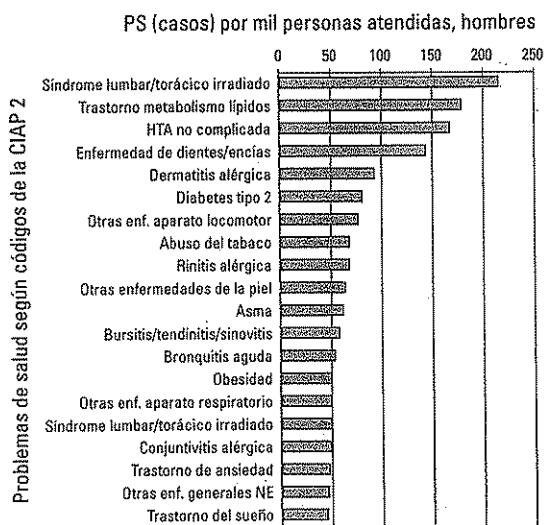


FIGURA 16.3 Los 20 principales problemas de salud según el sexo. NE, no especificadas. Del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.

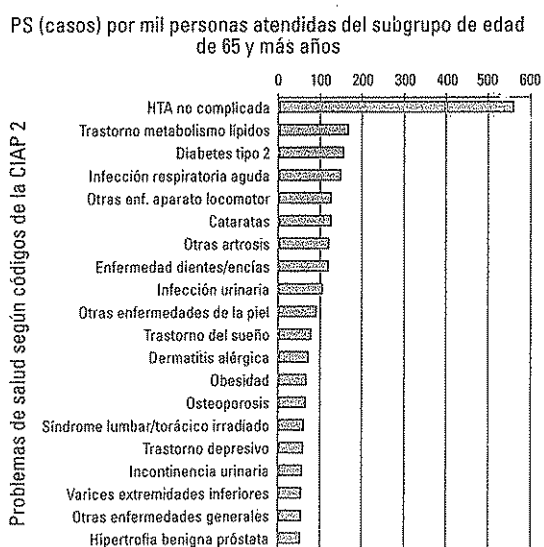
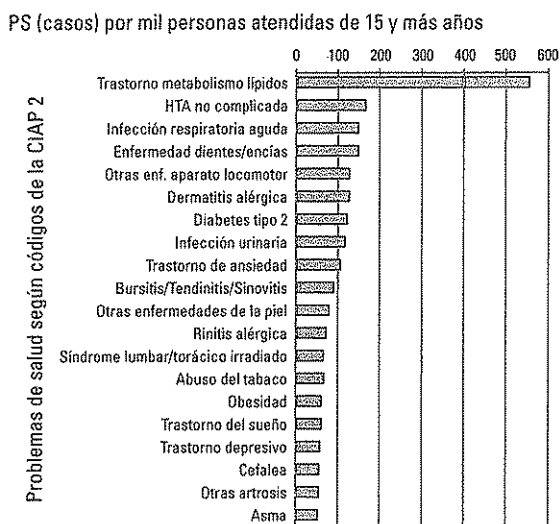
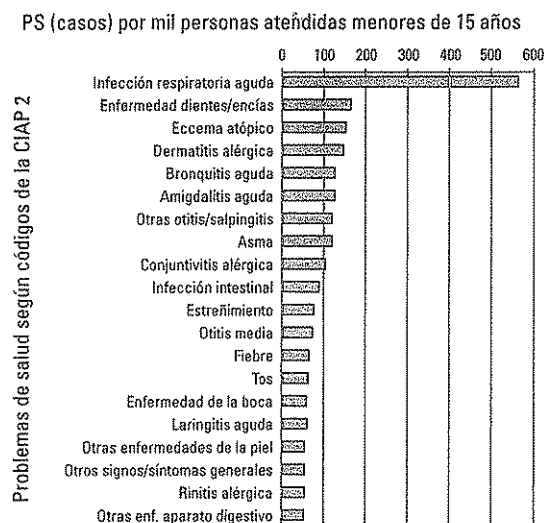


FIGURA 16.4 Los 20 principales problemas de salud según la edad. Del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.

En el caso de la población infantil, hasta los 14 años los síntomas del aparato digestivo son los más frecuentes, y consisten principalmente en dolor abdominal, estreñimiento, vómitos y diarreas. Por detrás se situarían los síntomas de carácter general, como tos, cefalea y fiebre.

Respecto a las enfermedades en esta edad predominan las de tipo agudo, principalmente las infecciones. En la infancia las infecciones atendidas en atención primaria son tres veces más frecuentes que en la edad adulta, con una tasa de 1.631 casos por cada 1.000 niños/año. Entre dichas infecciones destacan las del aparato respiratorio del tracto superior, las faringoamigdalitis y las bronquitis agudas, seguidas por las otitis. También son problemas frecuentes las lesiones, más en niños que en niñas, predominando las que afectan a la piel (contusiones, picaduras, heridas) seguidas de las del aparato locomotor (esguinces y distensiones).

Entre las personas mayores de 14 años ya no predominan los cuadros agudos. En este tramo de edad las mujeres presentan más problemas de salud que los hombres, y en los primeros puestos figuran ya algunas enfermedades crónicas de alta prevalencia, como son la hipertensión arterial, los trastornos del metabolismo lipídico o la diabetes. También algunos problemas musculoesqueléticos, como la patología de la columna vertebral, la artrosis o las bursitis y tendinitis, más como procesos subagudos y crónicos que como patología aguda. De todas formas, en el tercer lugar de los problemas más consultados está la infección respiratoria aguda del tracto superior. En el caso de las mujeres, la cistitis y otras infecciones urinarias se sitúan en octavo lugar. En conjunto, las infecciones disminuyen en este tramo de edad a una tercera parte de lo que se observa en la población de 0 a 14 años pero siguen presentando tasas elevadas, con 585 casos por cada mil personas atendidas.

También las lesiones disminuyen en la población adulta respecto a la infantil. La tasa se sitúa en 169,1 casos por mil, con apenas diferencias entre hombres y mujeres. Las más frecuentes son las lesiones de la piel.

Como era previsible, los problemas crónicos son mayoritarios en la población mayor de 64 años (v. fig. 16.4). Respecto a la patología aguda destacan las infecciones, cuya tasa se incrementa respecto a los mayores de 14 años, llegando a 634,1 casos por cada mil personas. Las más frecuentes corresponden al aparato respiratorio (317 casos por mil), y de estas más de la mitad son infecciones agudas del tracto respiratorio superior, seguidas de las bronquitis y bronquiolitis agudas. A continuación se sitúan las infecciones del aparato urinario, que afectan mayoritariamente a las mujeres (114,8 casos por mil frente a 44,2 por mil en el varón).

La tasa de lesiones se sitúa en 223,6 casos por mil, más frecuentes entre las mujeres (250,1 por mil) que entre los hombres (188,6 por mil). Las más comunes se encuadran en el grupo de problemas generales e inespecíficos (no afectan a ningún órgano o aparato concreto), seguidas de las lesiones de la piel (contusiones, heridas, quemaduras).

El documento del Ministerio de Sanidad recoge los resultados por separado de un total de 560 problemas de salud atendidos en los centros y servicios de atención primaria, ya sean síntomas o enfermedades diagnosticadas. En este contexto merecen mención específica los datos relativos a la salud mental. Los problemas de este tipo que aparecen con mayor frecuencia en la infancia son los trastornos hipercinéticos, que afectan al 1,7% de los menores de 15 años, siendo más frecuentes en los niños (2,4%) que en las niñas (0,9%).

En la población adulta destacan en primer lugar los problemas de ansiedad, presentes en el 8,1% de los mayores de 14 años, con clara diferencia por sexo (el 11% en mujeres y el 5,3% en hombres).

Entre los mayores de 64 años, la ansiedad sigue siendo el problema más frecuente junto con los trastornos del sueño (cada uno afecta en torno al 8% de las personas), seguidos de los de tipo depresivo (5,8%). En todos los casos se ven más afectadas las mujeres.

ORGANIZACIÓN

Características de la atención

Existen diferentes formas de entender y organizar los servicios de urgencias y emergencias.

El sistema sanitario público establece diferentes recursos y circuitos con el fin de dar respuesta a la demanda de atención inmediata de la ciudadanía. Esta demanda se concreta en diferentes situaciones que requieren una respuesta asistencial distinta (desde las situaciones con riesgo vital para la persona afectada hasta demandas de urgencias leves).

La atención de urgencia se lleva a cabo por los dispositivos de la atención primaria y hospitalaria, así como a través del teléfono, mediante un servicio de urgencias de acceso directo en todo el país, las 24 horas del día, los 365 días del año: *el 112*.

Un *modelo ideal* de atención continuada y urgente debe ser capaz de reducir las urgencias hospitalarias de baja complejidad y la variabilidad territorial, potenciar la resolución telefónica y optimizar los códigos urgentes. La organización del Sistema de Atención Inmediata *se basa o debería basarse* en aspectos funcionales, centrados en los pacientes y sus demandas (teniendo en cuenta criterios de complejidad, cartera de servicios y estilos de práctica clínica) y no en los aspectos estructurales ni de localización física de la provisión de los servicios.

La asistencia debe ser:

- *Equitativa*: igual para todos los ciudadanos.
- *De calidad*.
- *Cercana*.
- *Sostenible*.
- *Centrada en el paciente*.
- *Integrada*.
- *Continuada y resolutive*.

Modelos de atención

A grandes rasgos existen dos modelos definidos en la atención médica de urgencias a los cuales se adhieren los diferentes países:

- *Modelo angloamericano*: en el cual la atención prehospitalaria es iniciada por técnicos en emergencias y personal paramédico con supervisión médica a distancia. Aplican este modelo, por ejemplo, Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, China, Irlanda, Israel, Japón, Filipinas, Corea del Sur y Nueva Zelanda.
- *Modelo francogermánico*: basa su atención en la figura médica como actor responsable, enviándolo a la escena de la emergencia. Desarrollado principalmente por países europeos como Francia, Alemania, Suiza, Noruega, Austria, Bélgica, Polonia, Portugal y España (Martínez Estalella, 2010).

Puntos de atención de urgencias

La *atención primaria* es el primer punto de acceso presencial a la asistencia sanitaria. El acceso puede ser presencial o telefónico. El centro de atención primaria (CAP) es el primer lugar donde hay que ir cuando se tiene un problema de salud y/o se precisa atención inmediata.

Uno de los servicios que se ofrecen en los CAP es el *diagnóstico y atención a los principales problemas de salud agudos y crónicos*. La atención se realizará en el propio centro o en el domicilio (Zarco, 2000).

El CAP da respuesta a la demanda de la atención inmediata del ciudadano tanto para las situaciones de riesgo vital como para las que no lo son.

Para la organización de las urgencias de atención primaria hay dos planteamientos teóricos distintos principales:

1. El primer planteamiento consiste en la integración de la *atención continuada* en la atención primaria de forma permanente, es decir, la atención urgente es exclusiva de atención primaria y los dispositivos auxiliares de emergencias que la apoyan.
2. El segundo, modelo transversal, aboga por una atención de urgencias específica, lo que implicaría un tercer nivel de asistencia que reuniría los dispositivos de emergencias, así como las urgencias de atención primaria y hospitalarias. La mayoría de los expertos se inclinan por el primer planteamiento.

En algunas zonas se ofrece atención continuada 24 horas del día para garantizar la continuidad asistencial de determinados tratamientos y para atender urgencias. Aunque no sea en el propio CAP, en todos los centros hay una referencia sobre dónde ir para atención continuada fuera del horario habitual. A título de ejemplo podemos señalar diferentes tipos de dispositivos para proporcionar esta atención fuera del horario de acceso habitual al CAP:

- *Puntos de atención continuada*. Asumen baja complejidad. Disponen de medios de diagnóstico básicos.
- *Centros de urgencias de atención primaria*. Dispositivos específicos de atención a las urgencias con más capacidad de resolución. Requieren un volumen mínimo de demanda y se ubican habitualmente en territorios de alta densidad de población. Pueden asumir una parte de la demanda que en otras zonas se derivaría a las urgencias hospitalarias y evitan así la saturación de estos puntos de nivel de resolución más alto. Estos centros están abiertos las 24 horas del día todos los días del año, disponen de boxes de observación y pueden realizar pruebas analíticas y radiografías.
- *Atención en puntos aislados de montaña*.
- *Servicio de atención urgente al paciente crónico complejo*. Para potenciar la continuidad asistencial de este tipo de pacientes, que además de presentar fragilidad padecen multimorbilidad y/o tienen enfermedades avanzadas, garantizando a las personas que no pueden desplazarse al CAP cobertura las 24 horas del día los 7 días de la semana (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

Cuando el problema de salud requiere una atención o servicios que no se pueden ofrecer desde el CAP, el equipo de atención primaria hace una interconsulta/derivación al recurso asistencial más adecuado.

En caso de emergencia grave se aconseja que el paciente llame al teléfono 112, y se puede ir a cualquier centro de la red hospitalaria de utilización pública.

El 112 es el número internacional gratuito. El Real Decreto 903/1997 establece la necesidad de que los operadores de redes telefónicas públicas y de servicios de telefonía básica, de redes digitales de servicios integrados y de redes de telefonía móvil automática, realicen las adaptaciones técnicas necesarias para permitir la implantación del número telefónico 112 como número único de acceso a los servicios de atención de urgencias en todo el territorio nacional.

Sistemas de triaje

El triaje sirve para agilizar de forma ordenada la atención a las personas que acuden a los servicios de urgencia en la atención primaria, de manera que sean atendidos con celeridad y garantías, especialmente aquellos en los que la gravedad de la situación en la que se encuentran compromete su salud.

La implantación de una única modalidad de triaje de urgencias y emergencias se considera una intervención

fundamental para mejorar la calidad de la atención. La aplicación del sistema de triaje implica que todos los pacientes que llegan a un dispositivo específico de atención inmediata deben ser valorados y clasificados en un nivel. Además, se visitan según la prioridad que se deriva del nivel asignado, y no del orden de llegada ni del tiempo de espera.

Modelo Andorrano de Triage

En junio de 2000, en el Hospital Nostra Senyora de Meritxell de Andorra, se desarrolló un nuevo sistema de triaje estructurado denominado *Model Andorrà de Triage (MAT)*, que nace de una adaptación conceptual de la *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)*. Parte de la conversión de un conjunto de síntomas o síndromes que el profesional de urgencias interpreta y reconoce a partir del motivo de consulta referido por el paciente, identificando los síntomas y diagnósticos centinela (como alteraciones en las constantes vitales, dolor, escalas de gravedad, etc.) (Bullard, 2008; Gómez, 2003).

La categorización de estos datos permite elaborar algoritmos de decisión. Contempla un triaje de 5 niveles normalizados de gravedad, con un programa informático de gestión y otro de ayuda a la decisión clínica (PAT).

En la figura 16.5 se muestra un ejemplo de la pantalla de inicio en el momento de iniciar el proceso de triaje.



FIGURA 16.5 Ejemplo de pantalla de estación clínica en el inicio del proceso de triaje. De Alberto Alonso. Trabajo propio; CC-BY-SA-4.0. Disponible en: <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=52327150>

Incluye un modelo de triaje de enfermería, que prioriza la urgencia del paciente e integra un sistema de mejoría continua de la calidad, con seguimiento de indicadores de calidad en el triaje.

Una vez valorado el paciente, este puede clasificarse en los siguientes niveles:

- Nivel 1: situaciones que requieren resucitación con riesgo vital inmediato (atención inmediata).
- Nivel 2: situaciones muy urgentes de riesgo vital previsible.
- Nivel 3: situaciones de urgencia de potencial riesgo vital.
- Nivel 4: situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas, pero sin riesgo vital.
- Nivel 5: situaciones no urgentes que permiten una demora en la atención, pueden ser programadas sin riesgos para el paciente.

Sistema Español de Triage

En 2003 fue asumido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) como el modelo estándar de triaje en castellano para todo el territorio español y se denominó Sistema Español de Triage (SET).

El SET es un modelo de triaje de enfermería no excluyente que integra los aspectos más relevantes de los modelos actuales de triaje de 5 categorías, aportando aspectos de revisión y adaptación a nuestro entorno sanitario (Salmerón, 2011).

Con este sistema estructurado de triaje se prioriza la urgencia del paciente sobre cualquier otro planteamiento estructural o profesional, dentro de un modelo de especialización de urgencias. Es aplicable tanto a niños como a adultos y con independencia del tipo de hospital, dispositivo o centro de asistencia. Se consigue así un sistema de mejora continua de la calidad que define un estándar de motivos de consulta a urgencias y permite, entre otros aspectos, evaluar la casuística del servicio.

Está basado en 5 niveles de priorización y dotado de un programa informático de ayuda a la decisión clínica en el triaje tanto para adultos como para niños. En la tabla 16.2 se muestran las asociaciones previstas entre escalas, nivel de gravedad y tiempo de atención, y en la tabla 16.3 el percentil de cumplimiento marginal que incluye los pacientes que han quedado fuera del primer tiempo de atención que marca el SET y que deben ser visitados en un tiempo determinado para cada nivel de triaje.

TABLA 16.2 Relación entre escalas y niveles de gravedad en el Sistema Español de Triage

Nivel	Color	Categoría	Tiempo de atención
I	Azul	Reanimación	Inmediato
II	Rojo	Emergencia	Inmediato enfermería/ médicos 7 minutos
III	Naranja	Urgente	30 minutos
IV	Verde	Menos urgente	45 minutos
V	Negro	No urgente	60 minutos

De Soler et al., 2010.

TABLA 16.3 Percentil de cumplimiento marginal que incluye a los pacientes que han quedado fuera del primer tiempo de atención y que marca el Sistema Español de Triage y que deben ser visitados en un tiempo determinado para cada nivel de triaje

Nivel	Percentil cumplimiento marginal	Tiempo de atención
I	100%	7 minutos
II	95%	Inmediato enfermería/ médicos 15 minutos
III	100%	7 minutos enfermería/ médicos 20 minutos
III	85%	20 minutos
III	90%	30 minutos
III	100%	45 minutos
IV	85%	60 minutos
IV	100%	120 minutos
V	80%	120 minutos
V	100%	240 minutos

De Soler et al., 2010.

El SET prioriza la urgencia del paciente sobre cualquier otro planteamiento estructural o profesional.

Códigos de actuación en caso de emergencia

Los códigos de actuación se pueden definir como el conjunto de medidas que se ponen en funcionamiento cuando un paciente que entra en contacto con cualquier nivel de la red asistencial tiene, o puede tener, una patología tiempo-dependiente, es decir, que su pronóstico depende en gran medida de la rapidez con que se realiza la orientación diagnóstica y se inician las medidas terapéuticas.

Estos códigos de actuación surgen de la necesidad de priorizar la atención de los pacientes potencialmente más graves, tanto en las situaciones en las que se vea superada la capacidad de resolución del equipo interviniente como en las que se requiera una actuación diagnóstica o terapéutica específica o la actuación de equipos multidisciplinares.

Son algoritmos de actuación clínica y asistencial que permiten una toma de decisión rápida en aquellos problemas de salud en los que su diagnóstico y tratamiento son tiempo-dependientes: parada cardiorrespiratoria, infarto agudo de miocardio, ictus, politraumatismo, intoxicación aguda, agitación psicomotora, etc.

El objetivo principal es reducir el tiempo de intervención con la mejor asistencia posible en la atención fuera del hospital y el traslado y la recepción adecuados y ágiles de los pacientes en los servicios de urgencias del hospital receptor, y mejorar la morbimortalidad.

La implantación de diferentes códigos de actuación en caso de emergencias ha permitido mejorar la calidad de la atención en estos casos y reducir la mortalidad causada por estas patologías, lo que implica la participación en el *continuum* asistencial de estas patologías del nivel de atención inicial y la activación de los centros hospitalarios

receptores mediante un código específico. Esta preactivación permite que el hospital se organice internamente para conseguir una reducción significativa en los tiempos de atención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

Una de las ventajas de los códigos de actuación es la posibilidad de registrar la actividad asistencial que realizan todos los niveles asistenciales en una única base de datos, lo cual permite disponer de una información valiosa para el análisis de las acciones que se llevan a cabo, sobre todo el proceso asistencial.

Con los códigos se busca trabajar en equipo, de forma coordinada, con protocolos científicos reconocidos por los implicados en la asistencia y la comunidad científica y evitar duplicidad de acciones y retrasos innecesarios en las actuaciones con el paciente (Jiménez et al., 2010; Generalitat de Catalunya, 2016).

Los códigos de actuación en caso de emergencia tienen como finalidad trabajar en equipo y de forma coordinada en las «patologías tiempo-dependientes» buscando el beneficio del paciente.

En definitiva, tienen como única finalidad trabajar conjuntamente para el beneficio del paciente. En España los principales códigos de actuación son los siguientes:

- Código Ictus, desde el año 2006.
- Código IAM (infarto agudo de miocardio), desde el mes de junio de 2009.
- Código PPT (politrauma), desde el mes de abril del año 2011.
- Código Agitación, para la identificación de pacientes con agitación psicomotriz.
- CODITOX, para la identificación de los pacientes víctimas de intoxicaciones graves.
- CÓDIGO 3.03 (donante a corazón parado), pacientes con paro cardíaco que no pueden recuperar el ritmo cardíaco normal y que son trasladados al hospital como potenciales donantes de órganos y tejidos.

En las figuras 16.6, 16.7 y 16.8 se muestran diversos ejemplos de Código IAM y Código Ictus, con imágenes

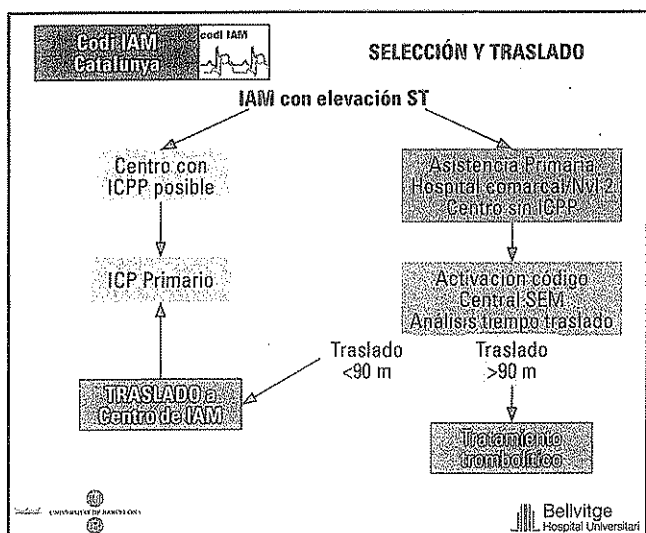
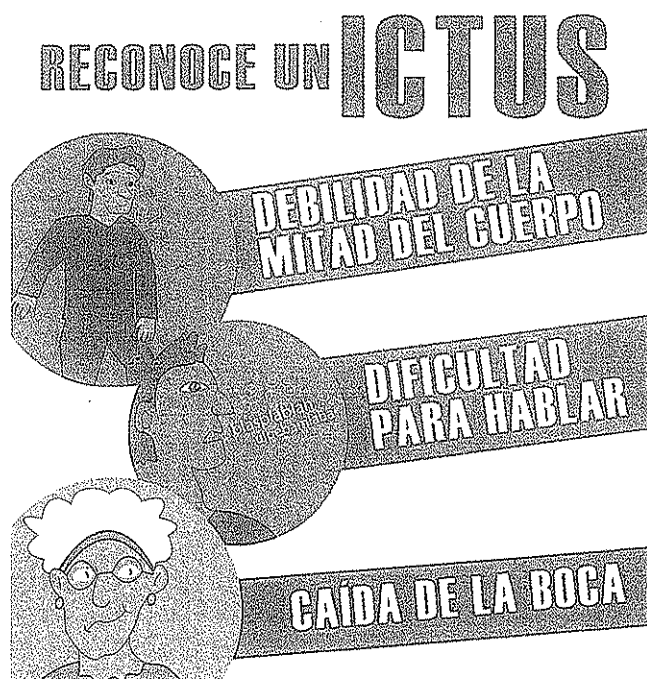


FIGURA 16.6 Cartel del Código IAM del Hospital de Bellvitge. Universitat de Barcelona.



Una señal es suficiente, llamar al hospital es vital. LLAME AL 112

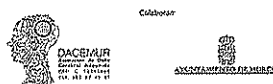


FIGURA 16.7 Cartel para la población general sobre el Código Ictus del Ayuntamiento de Madrid.

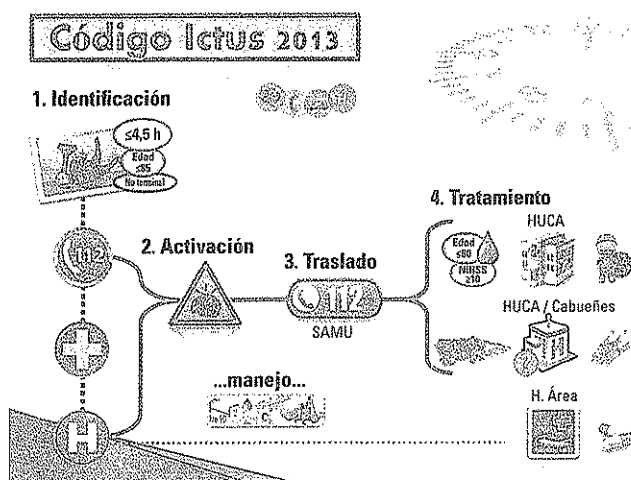
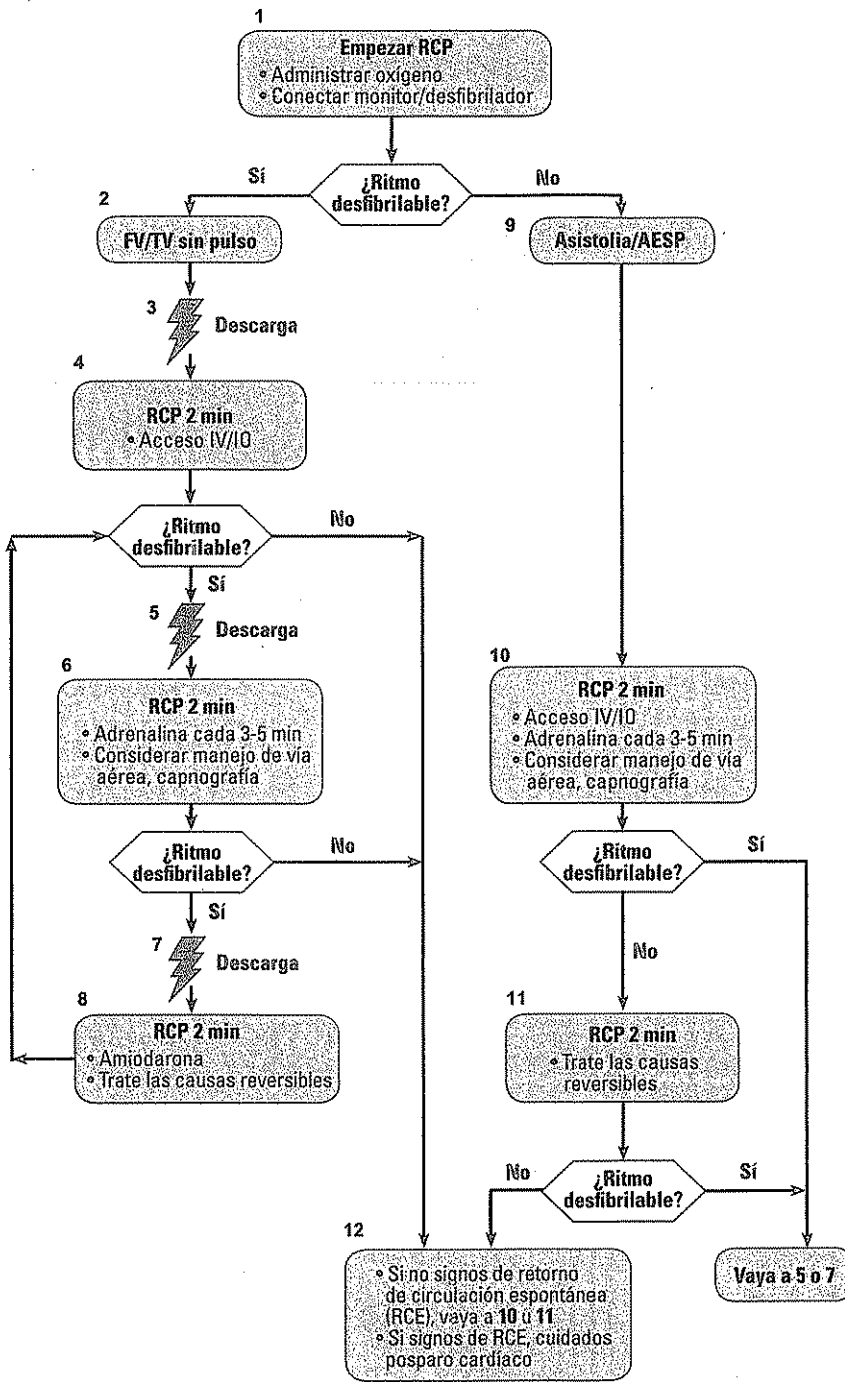


FIGURA 16.8 Información sobre el Código Ictus en Asturias.

de carteles publicados tanto para los profesionales como para la población general. En la figura 16.9 se muestra el algoritmo de actuación en la parada cardiorrespiratoria.

Cada zona del Estado ha de disponer de un plan funcional territorial de ordenación de la atención inmediata donde se plasmen los objetivos compartidos, se recojan los compromisos de los dispositivos implicados y se concreten las vías de relación entre estos.



RCP de calidad
<ul style="list-style-type: none"> • Presione fuerte (al menos 5 cm) y rápido (100-120/min) y permita descompresión torácica. • Minimice las interrupciones en las compresiones. • Evite ventilación excesiva. • Cambie de reanimador cada 2 minutos o si está fatigado. • Sin manejo avanzado de vía aérea (intubación): Relación 30:2 (compresiones/ventilaciones) • Onda de capnografía <ul style="list-style-type: none"> - Si Etc₂ <10 mmHg, mejorar la calidad de la RCP. • Presión arterial invasiva <ul style="list-style-type: none"> - Si disminución de presión diastólica <20 mmHg, intentar mejorar la calidad de la RCP
Potencia para la desfibrilación
<ul style="list-style-type: none"> • Bifásico: Recomendaciones del fabricante (p. ej., dosis inicial de 120-200 J); si se desconoce, usar la máxima disponible. La segunda y siguientes dosis deben ser equivalentes y se podría considerar dosis mayores. • Monofásico: 360 J
Medicación
<ul style="list-style-type: none"> • Adrenalina IV/IO. 1 mg cada 3-5 min. • Amiodarona IV/IO. Primera dosis: bolo de 300 mg. Segunda dosis: 150 mg
Manejo avanzado de vía aérea
<ul style="list-style-type: none"> • Intubación endotraqueal o dispositivo supraglótico. • Onda de capnografía o capnometría para confirmar correcta colocación de TET. • Con dispositivo avanzado para vía aérea ventilar una vez cada 6 s (10 veces/min) con compresiones continuas.
Retorno de la circulación espontánea (RCE)
<ul style="list-style-type: none"> • Pulso y presión arterial. • Aumento brusco del Etc₂ (normalmente ≥40 mmHg) • Ondas de presión intra-arterial espontáneas.
Causas reversibles
<ul style="list-style-type: none"> • Hipovolemia • Hipoxia • Hidrogeniones (acidosis) • Hipo-/hiperpotasemia • Hipotermia • Neumotórax a Tensión • Taponamiento cardíaco • Tóxicos • Trombosis pulmonar • Trombosis coronaria

FIGURA 16.9 ■ Algoritmo de actuación en la parada cardiorrespiratoria del adulto.

Los contenidos del plan funcional territorial deben hacer referencia a objetivos compartidos sobre resultados, a la organización del proceso de atención y a los recursos aportados por cada entidad. Los elementos principales que deben integrar el plan funcional territorial son:

- Sobre organización y procesos:
 - Coordinación de la atención inmediata territorial.
 - Sistema de clasificación de la demanda (triaje).
 - Puntos de atención presenciales, cartera de servicios y horarios.

- Vías de atención telefónica y de gestión de la demanda.
- Sistema de transporte urgente.
- Criterios de derivación:
 - Ordenación de flujos para atención de alta complejidad y emergencias.
 - Soporte diagnóstico y de asesoramiento especializado.
 - Plan de comunicación.
 - Sistema de seguimiento y evaluación.
 - Actividades de formación, docencia e investigación.

- Sobre recursos:
 - Profesionales implicados.
 - Infraestructuras y equipamientos.
 - Sistema de información: compartición e interoperabilidad.
- Sobre resultados:
 - Evolución de la frecuentación según los niveles de complejidad.
 - Tiempo de respuesta para urgencias y emergencias de alta complejidad.
 - Disminución de las urgencias de baja complejidad en dispositivos de alta complejidad.
 - Satisfacción de la población.

La Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña junto con la Societat Catalana de Medicina d'Urgències (SCMU) y la Fundación Avedis Donabedian (FAD) publicaron en el año 2001 un grupo de indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria en los servicios de urgencias, y estos son los que se presentan en la tabla 16.4 (Felisart et al., 2001).

PAPEL DE LOS DISTINTOS PROFESIONALES

Con la reforma de la atención primaria en España se buscaba una mejora en el proceso asistencial mediante un cambio en el sistema organizativo de los centros y equipos.

El equipo de profesionales

El equipo de profesionales es la unidad básica en la cual se estructuran de forma multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales junto con el personal de las organizaciones sanitarias asistenciales para realizar de manera efectiva y eficiente los servicios requeridos (art. 9.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias; disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-21340>).

El objetivo del trabajo en equipo de los profesionales de atención primaria es actuar con unas tareas definidas mediante una acción coordinada donde entran los profesionales sanitarios (médicos de familia, enfermeras de familiar y comunitaria, pediatras y enfermeras de pedia-

TABLA 16.4 Criterios de calidad de la atención sanitaria en los servicios de urgencias según la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas, la Societat Catalana de Medicina d'Urgències (SCMU) y la Fundación Avedis Donabedian (FAD)

Patologías	Indicadores (se identifican con negrita los indicadores considerados «relevantes» o «básicos»)
Cardiocirculatorio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demora en la realización de ECG en pacientes con síndrome coronario agudo 2. Determinación de GOT en los infartos agudos de miocardio (IAM) 3. Administración de ácido acetilsalicílico en el síndrome coronario agudo 4. Tiempo puerta-aguja en el IAM 5. Demora del diagnóstico en el aneurisma complicado 6. Uso de digitalico en la fibrilación auricular aguda 7. Utilización de megadosis de adrenalina en la parada cardíaca en Urgencias
Digestivo	<ol style="list-style-type: none"> 8. Retraso en el tratamiento de los cólicos biliares y nefríticos 9. Reserva de sangre en la hemorragia digestiva alta 10. Pruebas de coagulación en el dolor abdominal 11. Realización de fibrogastroscopia en la ingesta de cáustico
Endocrino	<ol style="list-style-type: none"> 12. Seguridad en el tratamiento de la cetoacidosis diabética 13. Monitorización cardíaca en la hiperpotasemia moderada-grave sintomática 14. Glucemia capilar precoz en el coma hipoglucémico
Genitourinario	<ol style="list-style-type: none"> 15. Demora en la intervención por torsión testicular 16. Valoración de la próstata en las retenciones urinarias
Ginecología/obstetricia	<ol style="list-style-type: none"> 17. Intervalo indicación-extracción en cesárea urgente 18. Traslado de la amenaza de parto pretérmino inferior a 32 semanas 19. Estudio etiológico de las vulvovaginitis
Infecciones	<ol style="list-style-type: none"> 20. Demora en el inicio del tratamiento antibiótico 21. Tratamiento antibiótico en el síndrome febril de origen viral 22. Gastroenteritis tratadas con antibióticos 23. Diagnóstico de infección de orina en pacientes pediátricos no continentales 24. Urinocultivo en infecciones del tracto genitourinario en pacientes de sexo masculino
Neurología	<ol style="list-style-type: none"> 25. Orientación etiológica de las convulsiones 26. Tiempos porta TAC en el ictus de menos de 6 horas de evolución 27. Determinación de la TA en las cefaleas
ORL/oftalmología	<ol style="list-style-type: none"> 28. Retrasos diagnósticos en emergencias oftálmicas 29. Valoración hemodinámica de las épistaxis
Neumología	<ol style="list-style-type: none"> 30. Valoración de la severidad de la bronquiolitis 31. Factores clínicos pronósticos en la neumonía comunitaria 32. Gravedad de la hemoptisis 33. Valoración del peak-flow en la crisis de asma 34. Tiempos de demora en atender al paciente con disnea grave 35. Tratamiento anticoagulante por sospecha de tromboembolismo pulmonar 36. Tratamiento conservador en el neumotórax espontáneo

De Felisart et al., 2001.

tría) y los no sanitarios (administrativos/UAC [unidad de atención al ciudadano]), trabajo social, etc., realizando distintas actividades, todas ellas encaminadas a promover y preservar la salud de la comunidad.

El trabajo en equipo

El trabajo en equipo es el pilar fundamental y no siempre es un objetivo sencillo de conseguir. Se precisa un proceso dinámico en cuanto a la organización y funcionamiento. Para conseguir este proceso dinámico se opta, en la mayoría de modelos, por una desaparición de la organización por jerarquías estamentales y se apuesta por el equipo interdisciplinar, tal como describió la OMS en 1973.

El trabajo en equipo es el pilar fundamental para garantizar la calidad del sistema de salud.

La calidad del sistema de salud se orienta hacia una mayor atención al ciudadano en un contexto de búsqueda de la sostenibilidad y solvencia de los organismos sanitarios, siempre intentando aprovechar al máximo los potenciales de los profesionales que prestan sus servicios.

Es importante reconocer el papel esencial de todos los profesionales y establecer como puerta de entrada el profesional sanitario o no sanitario que mejor pueda resolver la demanda/problema de salud de la persona.

A nivel conceptual, la atención primaria tiene que garantizar una máxima accesibilidad a la población. El personal del CAP deberá saber diferenciar entre la visita urgente y la emergencia, dándole máxima prioridad a la emergencia y activando a los diferentes profesionales adecuados para cubrir las necesidades de esa persona. En España, en el caso de una persona mayor de 15 años serán activados la enfermera familiar y comunitaria y el médico de familia, y en el de un menor de 15 años se activarán la enfermera de pediatría y el pediatra.

Estos profesionales sanitarios llevarán a cabo una resolución compartida de la emergencia o derivarán a la persona a un centro de urgencias de atención primaria, donde se dispone, además de boxes de observación, de pruebas complementarias básicas como lámpara de hendidura, servicio de radiodiagnóstico y laboratorio básico.

Si la emergencia precisa de un nivel de actuación superior y la intervención de otros profesionales, la derivación se realizará al hospital de referencia de la zona.

Cómo gestionar la demanda espontánea

Es esencial la figura del *personal administrativo*, primer punto de contacto habitual del/de la usuario/a que acude al centro y encargado, por tanto, de dirigirlo al profesional sanitario más adecuado para el abordaje de su necesidad o problema de salud. Ha de conocer la cartera de servicios de la atención primaria para facilitar la accesibilidad y garantizar la eficiencia del servicio que se prestará al usuario.

Ya que uno de los objetivos principales de la atención primaria es garantizar la accesibilidad de la población a estos servicios, el personal administrativo sanitario debe tener una formación específica sobre nomenclaturas, identificación de signos de alerta y correcta derivación de los pacientes.

El personal administrativo es el primer contacto con el paciente y es imprescindible que tenga la formación adecuada.

Con las múltiples experiencias estudiadas se puede afirmar que esta formación es más efectiva cuando la lleva a cabo el propio personal sanitario del CAP (médico de familia/enfermera familiar y comunitaria). De esta manera se consigue una atención más específica a la comunidad, basándose en sus características propias según la zona geográfica y el tipo de población (rural o urbana), ya que pueden variar los problemas de salud más prevalentes en la zona.

En la figura 16.10 se muestra un ejemplo de un algoritmo de derivación que utiliza el administrativo sanitario como referencia, en la figura 16.11 el circuito de la atención a la demanda del protocolo de un CAP, y en la figura 16.12 otro modelo similar, en este caso del Servicio Andaluz de Salud.

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Competencias de la profesión enfermera

La profesión enfermera ha estado dedicada desde siempre a cuidar a las personas y acompañarlas en aquellas situaciones de salud en las que no pueden valerse por sí mismas. La enfermera ayuda a las personas, familias y grupos de población a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social, contribuyendo a la mejoría de su calidad de vida.

Estas actividades las desarrolla en el marco de una sociedad en constante cambio y se ve influenciada por un conjunto de factores sociales, económicos, culturales y políticos.

La reforma de la atención primaria, junto con los cambios demográficos, los cambios de concepto de la salud y el reconocimiento social de los profesionales de enfermería, ha potenciado la adecuación de la gestión de la consulta enfermera y la racionalización de la demanda (Espelt et al., 2010), ajustando los recursos, las necesidades y la eficiencia real de las intervenciones y logrando que la figura de la enfermera comparta la puerta de entrada al sistema de salud (Brugués Brugués, 2011).

Cartera de servicios de la enfermera en atención primaria

Las competencias de la enfermera se agrupan bajo los siguientes títulos genéricos:

- Procesos de curas.
- Actividades de prevención y promoción de la salud.
- Procedimientos y protocolos.
- Atención a enfermos en situaciones específicas:
 - Atención a las personas con enfermedades crónicas.
 - Atención domiciliaria.
 - Atención a las personas con procesos agudos.
- Comunicación:
 - Trabajo en equipo.
 - Mantenimiento de las competencias.
 - Ética y aspectos legales.
 - Compromiso profesional.

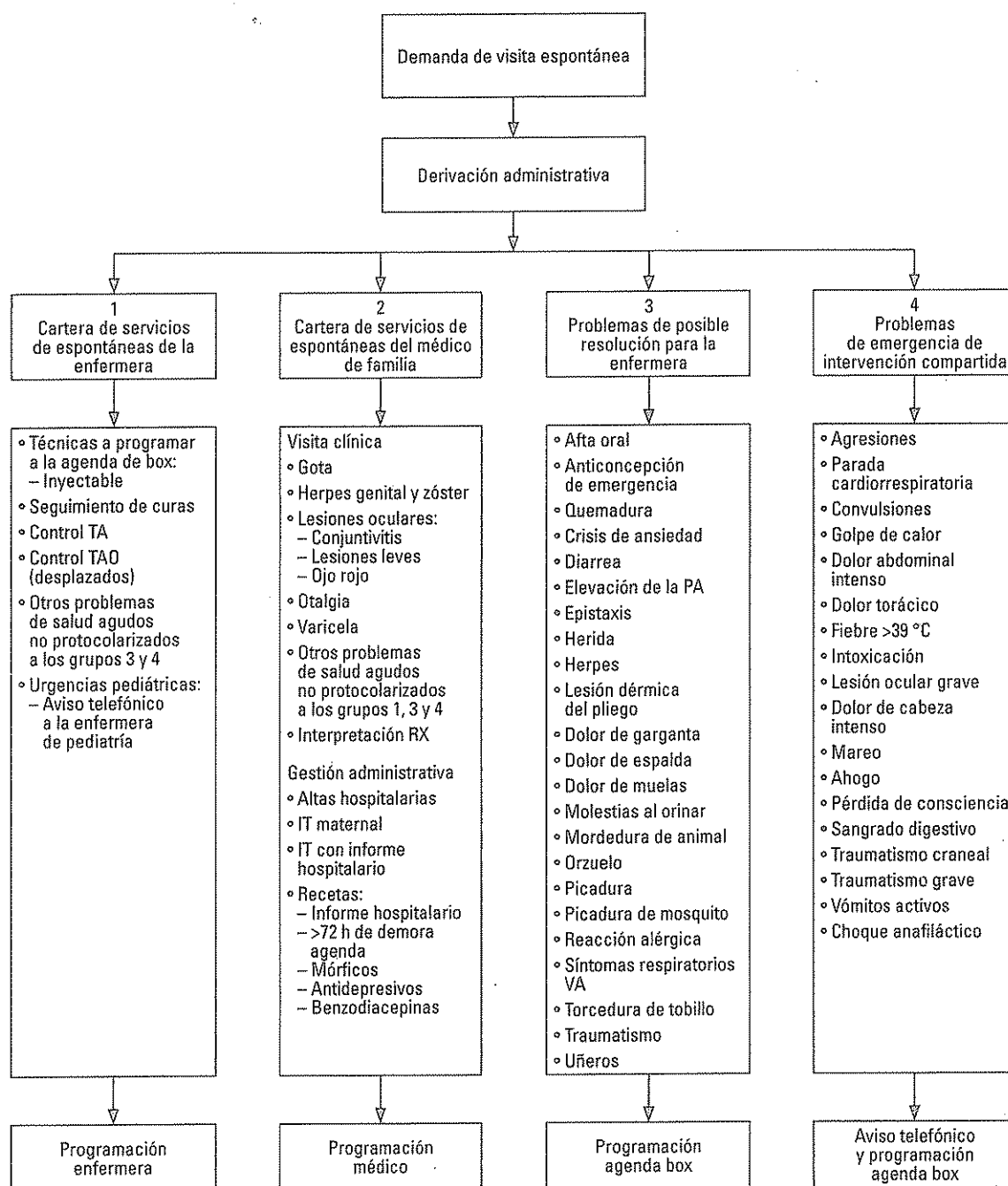


FIGURA 16.10 ■ Ejemplo de algoritmo de derivación que utiliza el administrativo sanitario como referencia. De Brugués et al., 2016.

Atención a las personas con procesos agudos

Antes de la reforma de atención primaria, el rol de la enfermera ante los procesos agudos se asociaba a la aplicación de técnicas y tratamientos indicados por el médico. Pero después de la reforma se apuesta por un papel más activo por parte de la enfermera en el abordaje de usuarios con problemas de salud agudos (Laurant et al., 2005).

Los *objetivos* de la atención de enfermería a personas con procesos agudos son:

1. Atender los diferentes problemas de salud de la población.

2. Aportar el valor añadido de los servicios enfermeros a la mejora del sistema sanitario.
3. Ser finalista de los procesos agudos que pueden ser resueltos por la enfermera.

Los *beneficios* que reporta esta atención a las personas con procesos agudos son:

1. Dar a conocer la cartera servicios de la enfermera.
2. Mejorar la accesibilidad.
3. Fomentar la autocura.
4. Aumentar el cumplimiento de las recomendaciones preventivas.
5. Detectar a personas que se puedan beneficiar de otros programas de salud.

Circuito de gestión enfermera de la demanda en Atención Primaria

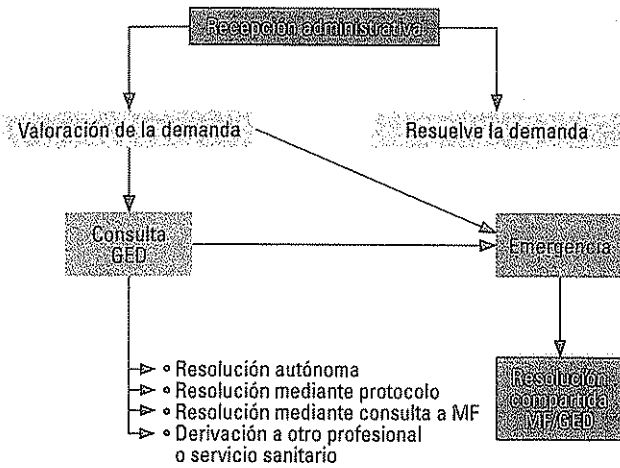


FIGURA 16.11 ■ Ejemplo de circuito de atención según la demanda. De Guía de intervenciones de Enfermería en problemas de salud del equipo de atención primaria de Can Bou-CASAP (Cataluña).

La gestión enfermera de la demanda

La definición de la gestión enfermera de la demanda (GED) es la respuesta que da la enfermera, desde su ámbito competencial, a una persona que plantea una demanda respecto a su salud y que precisa una resolución inmediata y preferente. Hay que diferenciar la GED del triaje ya descrito anteriormente.

La GED está basada en tres elementos principales:

1. Identificación de problemas y/o situaciones de vida o de salud emitiendo un juicio profesional, dentro de su ámbito de competencia.
2. Desarrollo de actividades de asesoramiento y educación a la persona relacionadas con la situación patológica, el tratamiento y las medidas complementarias pertinentes.
3. Actuación, previa valoración, con juicio clínico sobre datos objetivos y subjetivos, midiéndolos, valorándolos e identificando las posibles causas, y resolviendo y/o derivando a la persona atendida a otro profesional o dispositivo.

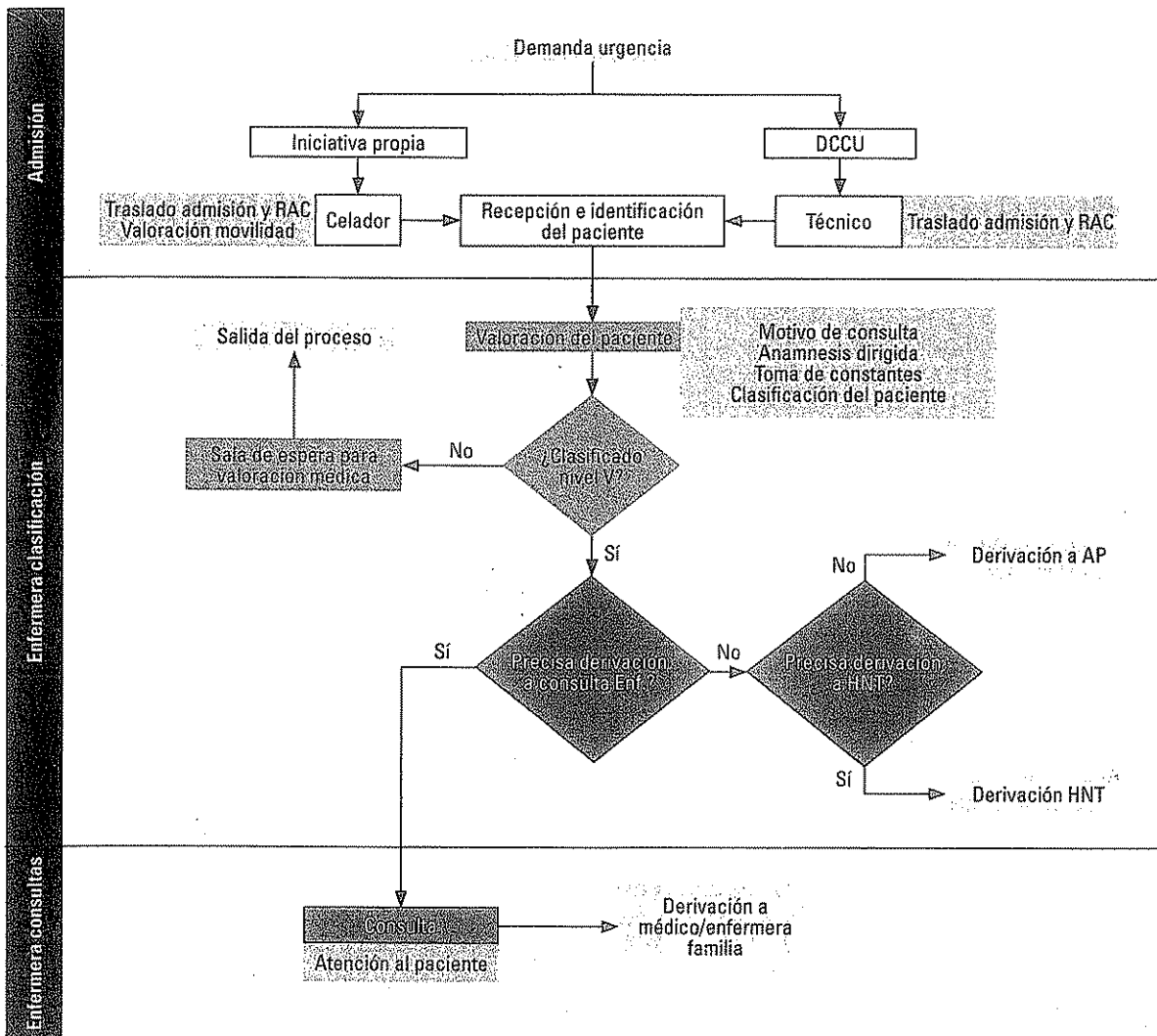


FIGURA 16.12 ■ Ejemplo de algoritmo de decisión de la consulta de enfermería. De Complejo Hospitalario de Jaén. Servicio Andaluz de Salud.

La GED pretende dar una solución al problema de salud que presenta la persona, y el triaje es la recepción, acogida y clasificación (RAC) que llevan a término las enfermeras en el servicio de urgencias.

El 8 de julio de 2013 se publicó en el Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC) una resolución que establece, de manera consensuada, las directrices para el ejercicio de las actuaciones de la GED, permitiendo que la enfermera pueda resolver casos sin tener que derivar a otros profesionales. Se determina en la citada resolución que, para conseguir homogeneizar la atención de la enfermera en el proceso de la GED, y así disminuir la variabilidad de la práctica clínica y velar por la seguridad de las personas, es adecuada la creación y utilización de guías clínicas de procedimientos, con protocolos de actuación de práctica clínica.

En la GED, la figura de la enfermera se consolida como una puerta de entrada al sistema de salud en la atención primaria, y es reconocida por los usuarios como un profesional de salud finalista en los procesos agudos que precisan atención preferente (Brugués et al., 2016).

Esta experiencia innovadora de la GED se pone en marcha en Cataluña en el año 2005 en los centros de atención primaria, donde ha demostrado la viabilidad de conseguir una gestión eficaz, exportándose posteriormente a otras entidades en España en comunidades autónomas como Andalucía, Castilla y León, País Vasco y Cantabria, entre otras, y sobre la que se han interesado diferentes países europeos.

Los lugares que han optado por implantar este modo de gestionar los problemas de salud agudos también han optado por otorgar a la enfermería un mayor protagonismo como profesional cercano a las demandas y necesidades de los pacientes. Las sitúa por tanto en un lugar de responsabilidad dentro del centro de salud y con gran capacidad resolutoria.

La enfermería comunitaria ha asumido cambios para adaptarse a nivel académico con la puesta en vigor del grado y la implantación de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, dándole un alto grado de capacitación profesional. La implantación de esta especialidad permite que la enfermera sea la profesional de salud que actúe como una puerta más de entrada habitual al sistema de salud (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010) orientándolo principalmente a la promoción de la salud, prevención de enfermedades y resolución de problemas agudos, sin desatender la atención a pacientes con enfermedades crónicas.

Tras más de una década de puesta en marcha, los diversos estudios que se han realizado tanto a nivel nacional como internacional muestran los buenos resultados de resolución de las enfermeras en la atención de procesos agudos, con criterios de calidad, seguridad y eficacia (Padilla-Marín et al., 2012), demostrando, en relación a las visitas realizadas por los médicos, un alto nivel de satisfacción por parte de los usuarios, mayor duración de las visitas y con más contenido informativo y de educación sanitaria (Horrocks et al., 2002).

Las guías que se utilizan en la GED se crean de una manera consensuada por el equipo sanitario de los centros

de atención primaria. Se basan en un trabajo en equipo interdisciplinar y son avaladas por todo el equipo de salud del centro, además de ser revisadas por sociedades científicas. Son guías creadas en función de la comunidad a la que van dirigidas y adecuadas a los problemas de salud más prevalentes según la zona geográfica.

Un protocolo es la manera de proceder según unos criterios científicos y estándares de una buena praxis consensuada entre los profesionales que realizan una actividad. Los protocolos deben ser utilizados de forma orientativa como guía de decisión para todos los profesionales, respetando los campos competenciales respectivos, y deben actualizarse con regularidad (Iglesias et al., 2013). Habitualmente se utilizan dos grupos de protocolos para la atención de los problemas de salud:

1. Protocolos en los que la enfermera puede ser finalista del proceso clínico.
2. Protocolos donde los problemas de salud requieren una posible intervención de emergencia y cuya resolución, en estos casos, es compartida con el médico de familia.

Podemos encontrar definida la GED dentro de las competencias del plan formativo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, en el apartado de competencias avanzadas en la atención directa de las personas a lo largo del ciclo vital en todas sus etapas (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). Los diferentes proveedores de salud existentes han elaborado guías de actuación propias con diferentes estrategias de implantación en sus centros de atención primaria, creando circuitos consensuados con el equipo y elaborando guías propias o adaptando las de otras entidades a su realidad asistencial.

Guías de intervenciones de enfermería sobre problemas de salud

Son guías de abordaje de problemas de salud agudos que incluyen protocolos de actuación basados en la evidencia científica. Cada protocolo define de manera breve un problema de salud y contiene un algoritmo de actuación que incluye:

- Anamnesis (edad, antecedentes personales, fármacos y alergias, tiempo de evolución, clínica acompañante, etc.).
- Valoración (estado general, constantes vitales, características, localización de signos y síntomas, presencia de otras lesiones, exploraciones complementarias, etc.).
- Intervención y tratamiento adecuado a cada problema de salud.
- Criterios de exclusión: los motivos de alerta que harán a la enfermera derivar a otro profesional o servicio para llegar a la resolución del proceso.
- Criterios de reconsulta, consejos y normas de curas: que se explicarán detalladamente a la persona con la finalidad de empoderarla para que sepa cómo actuar según la evolución de su problema de salud.
- Diagnósticos NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*): en cada problema de salud vienen definidos los posibles diagnósticos enfermeros NANDA más habituales.

- Intervenciones NIC (*Nursing Interventions Classification*).
- Anexos: donde encontramos guías de fármacos indicados en los protocolos, escalas del dolor más utilizadas, proyecciones radiológicas, valoración de enfermería según el modelo de Virginia Henderson y escalas de valoración neurológica.

En la figura 16.13 se muestran algunos ejemplos de protocolos de atención en patología aguda, y en la figura 16.14 se pueden ver los protocolos más implantados en atención primaria en Cataluña y utilizados de manera homogénea en la realización de la GED, que se relacionan con los principales motivos de consulta aguda que se han enumerado al principio del capítulo.

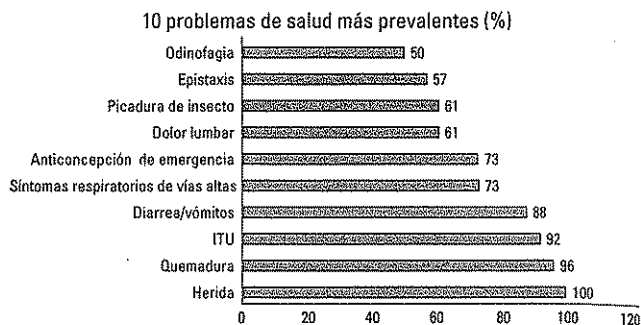


FIGURA 16.14 ■ Protocolos más prevalentes implantados en atención primaria y utilizados en la realización de la gestión enfermera de la demanda en Cataluña. De Brugués Brugués et al., 2017.

PROBLEMA DE SALUD. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS DE VÍAS ALTAS

Fecha: 09/2007
 Revisión: 08/2012
 Versión: 1.2

Conjunto de procesos agudos inflamatorios que afectan a la mucosa respiratoria de vías altas. La sintomatología más frecuente es la distermia, congestión nasal, tos y malestar general entre otros.

ANAMNESIS	MOTIVOS DE ALERTA	VALORACION MEDICA		
<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Antecedentes personales • Fármacos y alergias • Tiempo de evolución • Clínica acompañante (tos, expectoración, otalgia, dolor pleurítico, disnea, rinorrea, mialgias, odinofagia) • Cefalea intensa, vómitos y lesiones en la piel 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con factores de riesgo <ul style="list-style-type: none"> – EPOC – Asma – Diabetes – Inmunodepresión – Embarazo • Fiebre >38 °C mantenida >72 h • Fiebre >40 °C • SatO₂ <95 • Auscultación respiratoria alterada • Dolor pleurítico • Disnea • Dolor punzante en el costado • Presencia de cefalea intensa, vómitos y lesiones en la piel • Otalgia o supuración • Hospitalización reciente • Postración • A criterio de la enfermera 	VALORACION MEDICA		
<th>VALORACION</th> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Estado general • Constantes: FC, FR, SatO₂, T^a • Auscultación respiratoria • Exploración orofaríngea • Palpación adenopatías laterocervicales y submandibulares </td>	VALORACION		<ul style="list-style-type: none"> • Estado general • Constantes: FC, FR, SatO₂, T^a • Auscultación respiratoria • Exploración orofaríngea • Palpación adenopatías laterocervicales y submandibulares 	
<th>INTERVENCION</th> <td> <th>CRITERIOS DE RECONSULTA</th> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">MEDICO</td> </td>	INTERVENCION	<th>CRITERIOS DE RECONSULTA</th> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">MEDICO</td>	CRITERIOS DE RECONSULTA	MEDICO
<ul style="list-style-type: none"> • Si fiebre, mialgias, malestar o cefalea: <ul style="list-style-type: none"> – Abundante ingesta hídrica – Reposo/medidas higiénicas – Paracetamol 650 mg - 1 g c/6-8 h o Ibuprofeno 600 c/8 h • Si tos seca: <ul style="list-style-type: none"> – Dextrometorfano¹ 15-30 mg c/6-8 h (máx. 120 mg/día) • Si odinofagia intensa: <ul style="list-style-type: none"> – Protocolo dolor de garganta • Si congestión nasal: <ul style="list-style-type: none"> – Lavados nasales con líquidos hipertónicos – Oximetazolina c/12 h (máx. 5 días) – Loratadina c/24 h – Cetirizina 10 mg c/12-24 h v.o. • Consejo antitabaco • Facilitar IT, si es necesario 	<ul style="list-style-type: none"> • Persistencia de fiebre >39 °C a las 48 horas y resistencia a los antitérmicos • Aparición de disnea • Empeoramiento del estado general • Aparición de dolor punzante en el costado 			
<th>NOTAS ACLARATORIAS</th>			NOTAS ACLARATORIAS	
<p>¹ El dextrometorfano está contraindicado en caso de tomar IMAO.</p>				

FIGURA 16.13 ■ Ejemplo de protocolo de actuación en el paciente con síntomas respiratorios de vías altas. De Guía de intervenciones de Enfermería en problemas de salud del equipo de atención primaria de Can Bou-CASAP (Cataluña).

Resultados de la gestión enfermera de la demanda

En los diversos equipos de atención primaria que existen en la actualidad en Cataluña, ya se observa un 94% de implantación de la GED para la atención de los procesos agudos (Brugués et al., 2017).

En la tabla 16.5 se puede observar que, en el 73,3% de los casos, se produjo la resolución del problema de salud por parte de la enfermera y que solo el 11% de los pacientes atendidos volvieron al centro durante las 72 horas posteriores a la visita (tabla 16.6).

Las intervenciones que realizaron las enfermeras fueron en el 65,8% de los pacientes consejos de salud, y en un 51% de los casos se les realizó una indicación farmacológica (fig. 16.15).

Respecto a la satisfacción por la atención recibida de los usuarios, los datos procedentes de un estudio (Brugués Brugués et al., 2017) indican que el 87,2% contestó entre bien y muy bien a la pregunta de cómo se le había solucionado el problema de salud, y el 61,4% de los pacientes refirió que le era indiferente ser visitado por la enfermera o el médico, con una valoración global de la atención (1-10; siendo el 1 mala valoración y el 10 una buena valoración) de 8,43.

TABLA 16.6 Índice de visitas por el mismo motivo de los pacientes atendidos en un centro de atención primaria dentro de las primeras 72 horas

	Resolución N = 334 n (%; IC 95%)	Consulta + resolución N = 30 n (%; IC 95%)	Consulta + derivación N = 35 n (%; IC 95%)	Aviso al médico de guardia N = 142 n (%; IC 95%)	p*
Visita en el centro de atención primaria	24 (7,2; 4,8-10,5)	6 (20,2; 9,5-37,3)	10 (28,6; 16,3-45,1)	19 (13,4; 8,7-19,9)	0,001
Residuo corregido	-3,5	1,6	3,5	1,1	
Visita en el hospital	4 (1,19; 0,5-3,0)	1 (3,4; 0,6-16,7)	1 (2,8; 0,5-14,5)	8 (5,6; 2,9-10,7)	0,051
Residuo corregido	-2,6	0,3	0,1	2,6	
Ingreso en el hospital	-	-	-	3 (2,1; 0,7-6,0)	0,091
Residuo corregido	-2,2	-0,4	-0,5	2,9	

*Valor de p obtenido mediante la prueba de la Chi-cuadrado.
De Brugués et al., 2016.

TABLA 16.5 Resolución de problemas de salud mediante la gestión enfermera de la demanda

Motivo de consulta	Resolución de la gestión enfermera de la demanda			p*
	Total participantes N = 558 n (%; IC 95%)	No N = 149 (26,7%) n (%; IC 95%)	Sí N = 409 (73,3%) n (%; IC 95%)	
Molestias al orinar	33 (5,9; 8,19-4,2)	6 (18,2; 8,6-34,4)	27 (81,8; 65,6-91,4)	
Residuo corregido		-1,1	1,1	
Diarrea/vómitos	92 (16,4; 13,6-19,8)	23 (25,0; 17,3-34,7)	69 (75,0; 70,85-89,28)	
Residuo corregido		-0,4	0,4	
Dolor de muelas	21 (3,8; 2,5-5,7)	3 (14,3; 5,0-34,6)	18 (85,7; 65,4-95,0)	
Residuo corregido		-1,3	1,3	
Dolor de espalda	65 (11,6; 9,2-14,6)	12 (18,5; 10,9-29,6)	53 (81,5; 70,4-89,1)	
Residuo corregido		-1,6	1,6	
Dolor de garganta	66 (11,8; 9,4-14,8)	11 (16,7; 9,6-27,4)	55 (83,4; 72,6-90,4)	
Residuo corregido		-2,0	2,0	
Síntomas respiratorios vías altas	108 (19,4; 16,3-22,8)	42 (38,9; 30,2-48,3)	48 (64,0; 52,7-73,9)	
Residuo corregido		-3,6	3,6	
Heridas y quemaduras	70 (12,5; 10,1-15,6)	12 (17,1; 10,1-27,6)	58 (82,9; 72,4-89,9)	
Residuo corregido		-1,9	1,9	
Anticoncepción de urgencia	10 (1,1; 0,4-2,3)	1 (10,0; 1,8-40,4)	9 (90,0; 59,6-98,2)	
Residuo corregido		-1,2	1,2	
Contusiones	44 (7,9; 5,9-10,4)	15 (34,1; 21,9-48,9)	29 (65,9; 51,1-78,1)	
Residuo corregido		1,2	-1,2	
Crisis de ansiedad	22 (3,9; 2,6-5,9)	10 (45,5; 26,9-65,3)	12 (54,5; 34,6-73,1)	
Residuo corregido		2,0	-2,0	
Reacción alérgica	14 (2,5; 1,5-4,2)	6 (42,9; 21,4-67,4)	8 (54,1; 32,6-78,6)	
Residuo corregido		1,4	-1,4	
Elevación de la presión arterial	13 (2,3; 1,4-3,9)	8 (61,5; 35,5-82,3)	5 (38,5; 17,7-64,5)	< 0,001
Residuo corregido		2,9	-2,9	

*Valor de p obtenido mediante la prueba de la Chi-cuadrado.
De Brugués et al., 2016.

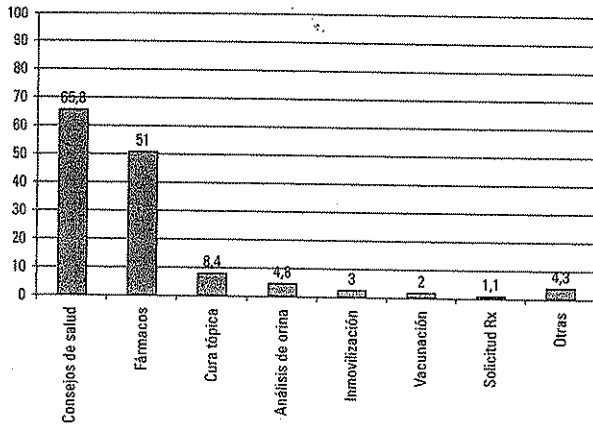


FIGURA 16.15 ■ Intervenciones realizadas por las enfermeras en la gestión enfermera de la demanda. De Brugués et al., 2016.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Brugués A, Peris A, Pavón F, Mateo E, Gascón J, Flores G. Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en atención primaria. *Evaluation of Nurse Demand Management in Primary Care. Aten Primaria* 2016;48:159-65. Disponible en <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656715001663>.

El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de la gestión enfermera de la demanda de pacientes no programados en un centro de atención primaria siguiendo un circuito y una guía clínica diseñada y consensuada por el equipo mediante un estudio descriptivo transversal, donde se observa que la enfermera resolvió sin necesidad de derivaciones a otro profesional un 73,3% de los casos atendidos.

Brugués Brugués A, Cubells Asensio I, Flores Mateo G. Implantación de la gestión enfermera de la demanda en las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria de Salud de Cataluña. *Aten Primaria* 2017;49:518-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.012>.

En este artículo se describe y se analiza la aplicación de la gestión enfermera de la demanda en los distintos proveedores de salud de la atención primaria desde 2005 hasta finales de identificando las principales barreras de implantación, como sería la regulación de la prescripción enfermera. Además se nombran los factores facilitadores en este proceso, destacando la formación específica de los profesionales de enfermería

Gómez Jiménez J, Murray MJ, Beveridge R, Pons J, Albert E, Ferrando JB. Implementation of the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) in the Principality of Andorra: Can triage parameters be used as Emergency Department Quality Indicators? *Can J Emerg Med* 2003;5:315-22.

Artículo sobre la validación e implementación del sistema de triaje. Cómo la escala original desarrollada en Canadá puede ser aplicada a otros países y a otros sistemas sanitarios diferentes

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.

Mediante un estudio observacional prospectivo se busca determinar si la enfermera de atención primaria presta una atención sanitaria y resolutoria para los mismos problemas de salud estudiados. Se valora la satisfacción de los usuarios, el tiempo de consulta, las exploraciones y los registros realizados, así como los fármacos recomendados, teniendo como resultado que la calidad de la atención fue mayor para las consultas solucionadas por la enfermera

Zarco J. La atención primaria como puerta de entrada de las urgencias en el sistema sanitario. *Semr - Med Fam [Internet]* 2000;26:425-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-sememg-medicina-familia-40-articulo-la-atencion-primaria-como-puerta-S1138359300736276>.

Debate sobre si la atención primaria es realmente la puerta de entrada de las urgencias dentro del sistema sanitario ejerciendo funciones de atención y filtro de los niveles secundarios y terciarios del sistema. La conclusión es que la atención primaria en España tiene unos profesionales sanitarios con una capacitación y un nivel de resolución altos, aunque debería dotarlos de mayores medios diagnósticos y materiales para así reducir aún más el nivel de derivaciones al área especializada y a las urgencias hospitalarias.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Brugués A. La enfermera: puerta de entrada al sistema sanitario. *Medical Economics*. 2011 20/05/2011:14-2.

Bullard MJ, Unger B, Spence J, Grafstein E. CTAS National Working Group. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. *CJEM* 2008;10:136-51.

DOGC. Directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres davant l'anomenada «Gestió de la demanda». DOGC núm. 6412-8.7.2013. Disponible en: <http://www.coill.org/Ficheros/Novedades/DOGC%20GESTIO%20DE%20LA%20DEMANDA.pdf>.

Espelt Aluja P, Jodar Solà G, Balaguer Cerdà N. Aportació de la infermera en l'atenció primària de salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona: Departament de Salut; 2010. Disponible en: http://www.aifcc.cat/storage/gid/20161112150745_departament-de-salut-aportacio-infer-ap2012.pdf.

Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, Deulofeu MP, Buendía C. Nurse management of «same day» consultation for patients with minor illness results of an extended programme in primary care in Catalonia. *J Adv Nurs* 2011;67:1811-6. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05624.x/abstract>.

Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomás S. Servicios de Urgencias: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Barcelona: Agència d'Innovació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2001.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Direcció General de Planificació en Salut; 2016.

Gómez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003;15:165-74.

Iglesias B, Ramos F, Serrano B, Fábregas M, Sánchez C, García MJ, et al. A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *J Adv Nurs* 2013;69:2446-57. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12120/abstract>.

Jiménez Fábrega X, Espila JL. Activation codes in urgency and emergency care: The utility of prioritising. *Anales Sis San Navarra* 2010;33(Suppl 1):77-88. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200010&lng=es.

Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B, et al. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;18:CD001271.

Martínez Estalella G. Organización de los Servicios de urgencias. Modelos organizativos. En: *Fundació IL3-UB. El entorno humano y terapéutico en la atención al paciente de urgencias. IL3 Universitat de Barcelona*; 2010.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información de atención primaria - SIAP del Sistema Nacional de Salud. Definición de variables principales. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Glosario_de_terminos_2010.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria - BDCAP. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017.

Ministerio de Sanidad y Política Social. Boletín del Estado. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-10364

Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. WHO; 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index1.html>

Padilla-Marín C, Terol-Fernández E, Camacho-Bejarano R, Padín-López S. Gestión compartida de la demanda asistencial en Atención Primaria: ¿una oportunidad para la enfermería? *Enferm Clin* 2012;22:237-8.

SAAS. Model Andorrà de triatge (MAT): Bases conceptuals i manual de formació. Principat d'Andorra. Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS); 2004.

Salmerón JM, Jiménez L, Miró O, Sánchez M. Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el «traje» del servicio de urgencias hospitalario por personal de enfermería acreditado utilizando el Programa de Ayuda al «Triage» del Sistema Español de «Triage». *Emergencias* 2011;23:346-55.

Soler W, Muñoz MG, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias Triage: a key tool in emergency care. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra* 2010;33:55-68. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S1137-66272010000200008>.

ATENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS

Pere Josep Simonet Aineto • Rosalía Santesmases Masana

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

INTRODUCCIÓN

DEFINICIONES

Concepto de problema crónico de salud
Envejecimiento de la población
Impacto socioeconómico

PREVALENCIA E IMPACTO ASISTENCIAL

Principales causas de defunción en el mundo
Principales causas de defunción en la Unión Europea
Principales causas de defunción en España

CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LOS PACIENTES CRÓNICOS

Comorbilidad
Polimedicación
Problemas de comunicación en la relación profesional de la salud/paciente
Health literacy o alfabetización en salud

PROBLEMAS CRÓNICOS MÁS FRECUENTES

Hipertensión arterial (HTA)
Diabetes mellitus (DM)
Hipotiroidismo
Obesidad
Cardiopatía isquémica

Insuficiencia cardíaca crónica
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Asma bronquial
Patología osteomuscular crónica
Hepatopatía crónica (insuficiencia hepática crónica, cirrosis)
Insuficiencia renal crónica (IRC)
Enfermedades psiquiátricas: ansiedad/depresión
Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
Cáncer
Dolor crónico

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

Modelos asistenciales
Estrategias en España. Rutas asistenciales

SITUACIONES ESPECIALES

Proceso de envejecimiento
Fragilidad en el anciano
Aspectos específicos de la atención al niño y al adolescente

PAPEL DE LOS DISTINTOS PROFESIONALES

Papel de la enfermera de atención primaria en la cronicidad

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 60% de las muertes.
- El envejecimiento de la población es un triunfo de la sociedad moderna que refleja la mejora de la salud mundial, pero también plantea retos especiales para el siglo XXI, tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados.
- Las enfermedades crónicas han sido consideradas tradicionalmente «enfermedades de la riqueza» que afectan a los ancianos y a las personas de ingresos más altos. Los patrones observados contradicen estas afirmaciones, puesto que las enfermedades crónicas y los factores de riesgo relacionados imponen una carga significativa de enfermedad sobre los pobres y sobre la población en edad de trabajar.
- La polimedicación adquiere especial importancia en estos pacientes, con el riesgo de aumento de efectos adversos de los fármacos y afectación sobre la calidad de vida. Otros factores a tener en cuenta en estos pacientes son la comunicación

en la relación profesional de la salud-paciente y la alfabetización en salud.

- Convivir durante toda la vida con una enfermedad requiere un proceso de adaptación e integración a nivel personal, familiar y laboral importante. Es preciso tener en cuenta que el curso de cada enfermedad no siempre es lineal y que pueden aparecer complicaciones que dificulten todo este proceso.
- La comorbilidad debería actuar de nexo para la mejor coordinación de los servicios, entre niveles (primaria y hospitalaria) y entre sectores (sobre todo el sanitario y el social), para conocer mejor la historia natural de la enfermedad y para incrementar la supervivencia de los pacientes.
- Se ha de establecer algún sistema de identificación de pacientes para generar acciones más efectivas. Los pacientes más complejos son los que generan más demanda y consumo de recursos. Se han de establecer estrategias de atención a sus necesidades de manera más proactiva, integrada y orientada. Todas las acciones se han de orientar hacia un modelo de atención integrada en el abordaje de las enfermedades crónicas.
- La condición de fragilidad coloca al anciano en una situación de riesgo de desarrollar, empeorar o perpetuar efectos adversos para su salud, debido a la disminución de su reserva fisiológica; se relaciona con mayor riesgo de evolucionar hacia la discapacidad y la dependencia y, en última instancia, hacia la muerte.
- Desde la pubertad hasta la madurez psicofísica o, por convención, desde los 12 a los 19 años el adolescente vive una sucesión de cambios, toda una transformación, de final difícilmente predecible por el número de factores que influyen y la variedad de respuestas individuales.

INTRODUCCIÓN

La respuesta a las necesidades de los pacientes con múltiples enfermedades crónicas representa uno de los principales retos para los sistemas sanitarios del siglo XXI. El aumento del gasto sanitario es motivo de preocupación en muchos países, particularmente en relación con los factores subyacentes de este fenómeno, que incluyen el envejecimiento, los avances en innovación médica y los cambios en la carga de la enfermedad, que tienen como consecuencia la creciente prevalencia de enfermedades crónicas. Desde hace décadas, los sistemas de salud se han enfocado en tratar las patologías agudas pero, debido al cambio de situación, en los últimos años se han desarrollado estrategias para atender principalmente a los pacientes con patologías crónicas. Este paciente hasta hace poco se entendía como afectado de una única enfermedad. Actualmente una representación más real es la del paciente con varias patologías crónicas, incapacidad, merma

en su autonomía y fragilidad clínica. La enfermedad de base ha dejado de ser lo relevante para incidir más en la importancia de la comorbilidad clínica y la limitación de las funciones básicas en la vida diaria del paciente; esta condición supone un desafío importante para la familia y el sistema sociosanitario.

DEFINICIONES

Concepto de problema crónico de salud

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona. Este concepto sirve para diferenciarlas de las enfermedades transmisibles clásicamente agudas, como son las enfermedades infecciosas. Queda fuera del concepto la transmisión hereditaria o el componente genético de las mismas. Dichas enfermedades son de larga duración y generalmente de progresión lenta; además, conllevan una limitación en la calidad de vida de las personas afectadas y de las personas cuidadoras, son causa de mortalidad prematura y conllevan efectos económicos importantes en las familias, las comunidades y la sociedad, por lo que su gestión es compleja. Las características de las enfermedades crónicas figuran en el cuadro 17.1.

Cuatro categorías de enfermedades —las cardiovasculares, las respiratorias crónicas, el cáncer y la diabetes— son las principales responsables de la morbilidad y la mortalidad por ENT en el mundo. Las enfermedades cardiovasculares (como infarto agudo de miocardio y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes pueden pre-

CUADRO 17.1

Características comunes a las enfermedades crónicas

- Tienen causas múltiples y complejas
- Normalmente tienen una aparición gradual, aunque pueden presentarse repentinamente y presentar estado agudos
- Emergen a lo largo del ciclo vital, aunque son más prevalentes en edades más avanzadas
- Pueden comprometer la calidad de vida a través de las limitaciones funcionales y la discapacidad
- Son de larga duración y persistentes, y derivan en un deterioro gradual de la salud
- Requieren cuidados y atención médica de larga duración
- A pesar de no ser la amenaza más inmediata para la vida son la causa más común de mortalidad prematura
- En algunos casos se limitan a las enfermedades no contagiosas, si bien recientemente se han incluido enfermedades como el sida o la tuberculosis
- Un número significativo de estas pueden ser prevenidas o retrasarse su aparición; en otras, su progresión puede ser ralentizada y sus complicaciones asociadas reducidas
- La distribución de las condiciones y de las causas que favorecen el desarrollo de estas enfermedades a través de la población no es uniforme, siendo los sectores más desfavorecidos los que presentan una mayor frecuencia

De Servicios de Estudios e Investigación Sanitaria del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

venirse o controlarse en gran parte mediante intervenciones eficaces que abordan factores de riesgo comunes, como son el consumo de tabaco, la dieta inadecuada, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol, así como mediante una detección y un tratamiento tempranos. Las enfermedades crónicas afectan también a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran casi el 75% de las muertes por esta causa, es decir, 28 millones de personas (OMS, 2014).

La mayoría de los pacientes crónicos sufren más de una condición crónica, lo que implica una disminución progresiva en el estado de salud y una gradual reducción de su autonomía y capacidad funcional. Como consecuencia, estos pacientes requieren un mayor nivel de atención de los servicios de salud (atención primaria, atención especializada y atención social), por lo que es difícil predecir sus necesidades y pautas de tratamiento sin tener en cuenta sus múltiples condiciones. Los pacientes crónicos «conviven» con su enfermedad, desarrollando a lo largo del tiempo competencia para gestionar la nueva condición crónica. Esta capacidad es clave para prevenir las complicaciones de la enfermedad y se debe potenciar desde todos los niveles asistenciales (García Goni, 2012).

Las características de estas patologías son fundamentalmente: aumento de la prevalencia con la edad, comorbilidad, polimedicación y utilización de servicios sanitarios de alto coste.

En un contexto donde los sistemas de salud están organizados principalmente alrededor de una enfermedad aguda, reactiva y de modelo episódico de la atención, es necesario orientar la asistencia sanitaria hacia nuevos modelos integrados, centrados en el paciente, que potencien y fomenten el autocuidado y la corresponsabilidad para gestionar la situación de cronicidad.

Envejecimiento de la población

El envejecimiento es un fenómeno mundial. La población mundial de 65 años o más es el grupo etario de crecimiento más rápido. En 2050, aproximadamente un 80% de las personas mayores vivirán en países con ingresos medios-altos. A escala mundial, la esperanza de vida se incrementó en 5 años entre 2000 y 2015, el aumento más rápido desde los años sesenta.

En promedio, en los países de la Unión Europea (UE) la proporción de la población de más de 65 años aumentó desde menos del 10% en 1960 hasta el 19% en 2015, y se prevé que aumente hasta casi el 30% en 2060. Si bien es un signo notable de progreso que la esperanza de vida de las personas de 65 años continúa aumentando constantemente, para muchas personas la mayoría de los años restantes de vida después de esa edad se viven con algunos problemas de salud y algunos tipos de discapacidades. En la actualidad se estima que alrededor de 50 millones de ciudadanos de la UE sufren dos o más enfermedades crónicas, la mayoría de ellos tienen 65 años o más, y se espera que este número aumente en los próximos años (European Commission, 2015).

La demanda de atención sanitaria está evolucionando rápidamente en los países de la UE en un contexto de envejecimiento de la población y el número creciente de personas que viven con una o más enfermedades crónicas. Para afrontar el reto de estos cambios demográficos y epidemiológicos, los sistemas de salud de la UE necesitan fortalecer los sistemas de atención primaria para proporcionar atención continua, integral y coordinada a sus poblaciones. Unos sistemas de atención primaria sólidos no solo son necesarios para responder eficazmente a las necesidades de atención de la salud de las poblaciones envejecidas y la creciente carga de enfermedades crónicas, sino que también pueden desempeñar un papel importante en la reducción de las desigualdades sociales en salud (Starfield, 2005).

Impacto socioeconómico

El aumento de la esperanza de vida y las mejoras en salud pública y atención sanitaria, así como la adopción de determinados estilos de vida, han condicionado que, en la actualidad, el patrón epidemiológico dominante esté representado por las enfermedades crónicas, que se manifiestan especialmente a partir de edades avanzadas. Como consecuencia de estos cambios demográficos y epidemiológicos, los sistemas de salud han tenido que dar respuesta a una creciente demanda de servicios y a necesidades cada vez más diversificadas, con el consecuente incremento en la actividad sanitaria y en la utilización de recursos. La atención a los pacientes crónicos implica la coordinación de distintos servicios (atención primaria, atención hospitalaria, servicios sociales), cuyos objetivos últimos son mejorar su calidad de vida y evitar el deterioro o la descompensación de su enfermedad y las subsiguientes hospitalizaciones (Angulo-Pueyo et al., 2016).

Debido a los cambios demográficos y epidemiológicos, los sistemas de salud se tienen que adaptar. Esto pasa por potenciar la atención primaria para proporcionar atención continua, integral y coordinada a sus poblaciones.

De ahí que una importante cantidad de los recursos sociosanitarios en la actualidad se empleen no ya en curar sino en cuidar a las personas con problemas de salud y en prevenir de manera secundaria o terciaria el desarrollo de las enfermedades. Los aspectos sociales, económicos e incluso legales son cada vez de mayor importancia, ya que muchas de las enfermedades no solo tienen consecuencias sobre la salud de quienes las sufren, sino que además se traducen en costes sociales y económicos muy elevados. Un claro ejemplo es el beneficio social que proporcionan los cuidados no profesionales (informales). Los cuidados prestados por parte de personas no profesionales pertenecientes al entorno familiar y afectivo de las personas que requieren ayuda siguen desempeñando, y lo harán en el futuro, un papel determinante en la red de apoyo social a las personas con limitaciones en su autonomía (Oliva et al., 2011).

Las enfermedades crónicas conducen a la muerte prematura de más de 550.000 personas de 25 a 64 años cada año en

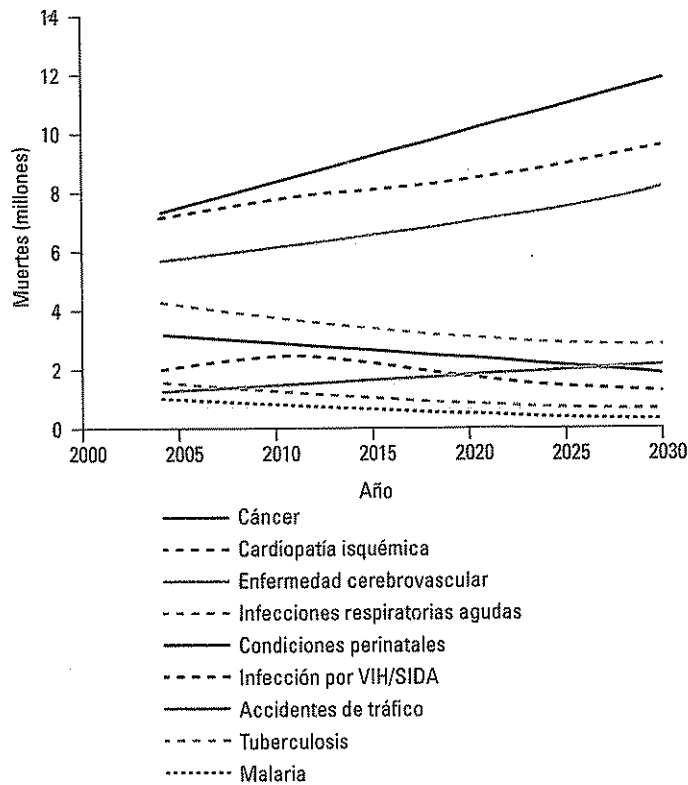


FIGURA 17.1 ■ Proyección global de causas de muerte, 2004-2030. De World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

los países de la UE, lo que da lugar a la pérdida de unos 3,4 millones de años de vida potencialmente productivos. Las enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, los problemas respiratorios, la diabetes y los problemas de salud mental tienen importantes efectos en el mercado de trabajo para las personas que viven con estas condiciones: reducción del empleo, jubilación anticipada e ingresos más bajos. La tasa de empleo de las personas de 50-59 años que tienen una o más enfermedades crónicas es menor que la de las personas que no sufren ninguna enfermedad. La carga de la mala salud en el gasto en prestaciones sociales es enorme: el 1,7% del producto interior bruto (PIB) se gasta anualmente en discapacidad en los países de la UE, más de lo que se gasta en prestaciones por desempleo (Devaux y Sassi, 2015).

Se necesitan mayores esfuerzos para prevenir las enfermedades crónicas entre la población en edad de trabajar, y una mejor integración entre las políticas de salud y de mercado de trabajo. Varios estudios europeos, centrados en la autopercepción de la salud como indicador de enfermedades, han demostrado que un estado de salud deficiente tiende a provocar una salida temprana del trabajo debido a la discapacidad, el desempleo y la jubilación anticipada. Del mismo modo, tener enfermedades crónicas es un factor de riesgo significativo para la transición del empleo a una pensión de invalidez o desempleo (Van Rijn, 2014).

Las políticas de salud pública que previenen y mejoran el manejo de las enfermedades crónicas pueden proporcionar importantes beneficios no solo para los individuos sino para la economía en general. La transformación hacia un modelo mejor preparado para afrontar la prevención y

la gestión de las condiciones de salud crónicas es imprescindible si se pretende que el Sistema Nacional de Salud sea sostenible y pueda seguir cumpliendo su función social de forma satisfactoria.

PREVALENCIA E IMPACTO ASISTENCIAL

Principales causas de defunción en el mundo

De los 56,4 millones de defunciones registradas en el mundo en 2015, más de la mitad (54%) fueron consecuencia de 10 causas. En la figura 17.1 se puede ver su proyección en los próximos años.

Las principales causas de mortalidad en el mundo son la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, que ocasionaron 15 millones de defunciones en 2015 y han sido las principales causas de mortalidad durante los últimos 15 años. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica causó 3,2 millones de fallecimientos en 2015, mientras que el cáncer de pulmón junto con el de tráquea y el de bronquios se llevaron la vida de 1,7 millones de personas. La cifra de muertes por diabetes, que era inferior a un millón en 2000, alcanzó los 1,6 millones en 2015. Las muertes atribuibles a la demencia se duplicaron entre 2000 y 2015, y precisamente en 2015 esta enfermedad se convirtió en la séptima causa de muerte en el mundo. Las infecciones de las vías respiratorias inferiores continúan siendo la enfermedad transmisiblemente más letal; en 2015 causaron 3,2 millones de defunciones en todo el mundo. La tasa de mortalidad por enfermedades

que causan diarrea se redujo a la mitad entre 2000 y 2015, fue de 1,4 millones de muertes en 2015. También han disminuido las muertes por tuberculosis durante el mismo período, pero esta enfermedad continúa siendo una de las 10 principales causas de muerte, con 1,4 millones de fallecimientos. En cambio, la infección por virus de la inmunodeficiencia humana/sida ya no figura entre las 10 primeras causas; si en 2000 fallecieron 1,5 millones de personas por esta causa, en 2015 esta cifra se redujo a 1,1 millones. Los accidentes de tránsito se cobraron 1,3 millones de vidas en 2015; tres cuartas partes de las víctimas (76%) fueron varones.

Las ENT causaron el 70% de las muertes en el mundo, si bien esta proporción varió entre el 37% de los países de ingresos bajos y el 88% de los países de ingresos altos. Más de la mitad (52%) de las muertes registradas en 2015 en los países de ingresos bajos se debieron a enfermedades transmisibles y las afecciones maternas, perinatales y nutricionales. Sin embargo, en los países de ingresos altos este grupo de enfermedades causa «solo» el 7% de las defunciones. Las infecciones de las vías respiratorias inferiores se encuentran entre las principales causas de muerte, con independencia del nivel de ingresos.

Las enfermedades crónicas o no transmisibles son una importante causa de mortalidad tanto en los países con ingresos altos como en los de ingresos bajos, si bien en estos más de la mitad de las muertes se debieron a enfermedades transmisibles y afecciones maternas, perinatales y nutricionales.

Principales causas de defunción en la Unión Europea

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en casi todos los estados miembros de la UE, representando casi el 40% de todas las muertes en los países de la UE en 2013, siendo las mujeres el grupo con mayores defunciones por esta causa (figs. 17.2 y 17.3).

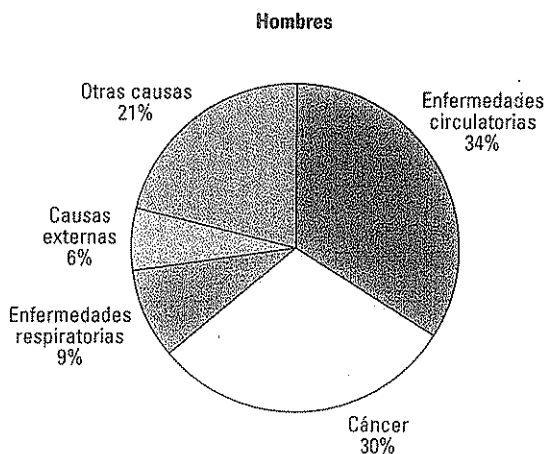


FIGURA 17.2 Principales causas de mortalidad en hombres en la Unión Europea, 2013. De OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2016. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-Europe-2016-CHARTSET.pdf>.

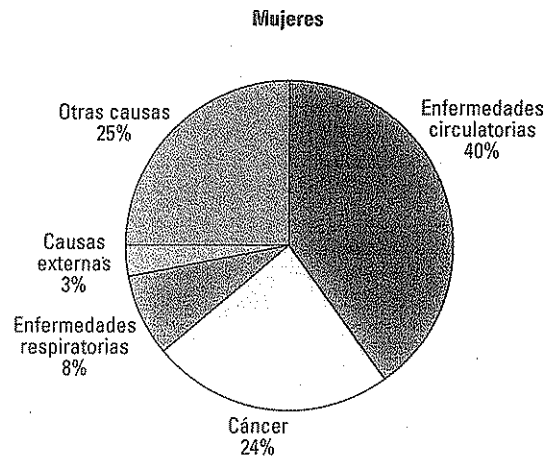


FIGURA 17.3 Principales causas de mortalidad en mujeres en la Unión Europea, 2013. De OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2016. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-Europe-2016-CHARTSET.pdf>.

En conjunto, las cardiopatías isquémicas y los accidentes cerebrovasculares representan alrededor del 60% de todas las muertes cardiovasculares.

Principales causas de defunción en España

En el año 2014 se produjeron en España 395.830 defunciones, 5.411 más que en el año anterior (un 1,4% más en términos relativos). Por sexo, fallecieron 201.571 hombres (un 0,9% más que en 2013) y 194.259 mujeres (un 1,9% más que en 2013). El grupo de las enfermedades del sistema circulatorio se mantuvo como la primera causa de muerte (con un tasa de 252,7 fallecidos por cada 100.000 habitantes), seguida de los tumores (237,4) y de las enfermedades del sistema respiratorio (94,4). Respecto al año anterior, los fallecimientos por enfermedades del sistema respiratorio aumentaron un 3,0%, mientras que los casos debidos a los otros dos grupos disminuyeron (un 0,7% los tumores y un 0,1% las enfermedades del sistema circulatorio) (INE, 2016).

A nivel más detallado, dentro del grupo de enfermedades circulatorias, las enfermedades isquémicas del corazón (infarto, angina de pecho, etc.) y las cerebrovasculares volvieron a ocupar el primer y segundo lugar en número de defunciones, respectivamente. No obstante, en ambos casos se produjo un descenso de muertes respecto al año anterior (del 2,5% y el 1,0%, respectivamente).

Por sexo, las enfermedades isquémicas del corazón fueron la primera causa de muerte en los hombres y las enfermedades cerebrovasculares en las mujeres.

Entre los tumores, los responsables de mayor mortalidad fueron el cáncer de bronquios y pulmón (aunque sus fallecimientos se redujeron un 1,9% respecto a 2013) y el cáncer de colon (que también disminuyó su número de muertes un 0,4%). Ambos tipos de cánceres causaron más defunciones entre los hombres. Entre las mujeres el cáncer con mayor mortalidad fue el de mama, seguido del cáncer de colon (figs. 17.4 y 17.5).

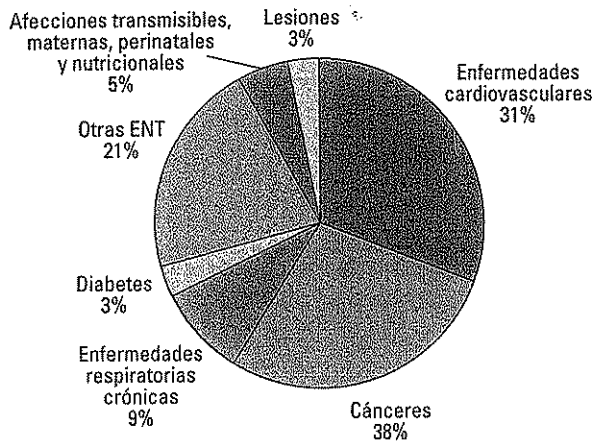


FIGURA 17.4 Mortalidad proporcional (% del total de muertes, todas las edades, ambos sexos), 2014. Modificada de Organización Mundial de la Salud. ENT. Perfiles de países, 2014.

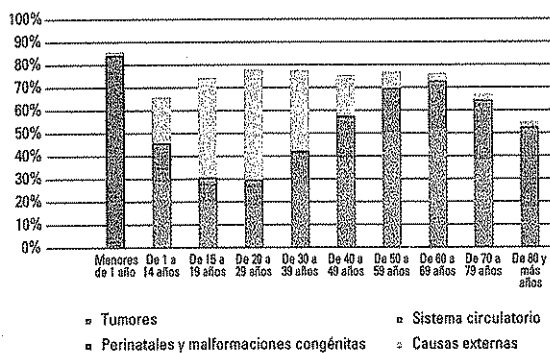


FIGURA 17.5 Principales causas de muerte según la edad. Porcentaje sobre el total de fallecidos. Año 2014. Modificada de Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Año 2014. Notas de prensa; 2016.

CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LOS PACIENTES CRÓNICOS

Aunque cada una de las enfermedades crónicas tiene una etiología, un diagnóstico y un tratamiento propios, existen una serie de características comunes que afectan a las personas que padecen este tipo de trastornos, es decir, a los pacientes crónicos, aquellas personas que conviven toda su vida con una o más enfermedades a largo plazo.

Convivir durante toda la vida con una enfermedad requiere un proceso de adaptación e integración a nivel personal, familiar y laboral importante, teniendo en cuenta que el curso de cada enfermedad no siempre es lineal y que pueden aparecer complicaciones que dificulten todo este proceso.

La dificultad en la toma de decisiones, tanto decisiones relacionadas con el régimen terapéutico como las que están relacionadas con las pruebas diagnósticas o los tratamientos, suele aparecer en algún momento del proceso evolutivo de la enfermedad. Ciertas decisiones deben tomarse desde la reflexión y el conocimiento; por tanto, es indispensable que los pacientes tengan la información suficiente para hacerlo (Navarro, 2016).

Integrar en la vida diaria de una persona un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas resulta

satisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud. Pero, en ocasiones, la conducta del paciente o de su cuidador no coincide con el plan terapéutico o de promoción de salud pactado entre la persona y el profesional proveedor del cuidado de salud, lo que puede conducir a resultados clínicos imprevisibles. La falta de adherencia de los tratamientos y de los consejos de salud puede tener consecuencias graves: problemas en la alimentación, alteración de las funciones físicas, falta de ejercicio físico, fatiga, dificultades en el manejo del dolor, etc.

Es importante integrar los planes terapéuticos y consejos de salud de cada paciente y adaptarlos a su entorno, ya que lo más probable es que el paciente crónico esté afectado de más de una enfermedad al mismo tiempo.

Comorbilidad

La cronificación de un número cada vez mayor de enfermedades en poblaciones que viven cada vez más años acarrea un incremento de la comorbilidad. Su frecuencia se comprueba en los registros de morbilidad atendida, y su importancia se traduce en el uso de servicios, en los tratamientos, en la supervivencia y en la calidad de vida de los pacientes afectados (Contel et al., 2015).

Generalmente, cuando hablamos de *comorbilidad* nos referimos a la existencia de otras enfermedades en un paciente que ya tiene una enfermedad que consideramos índice. En la práctica clínica se confunden los términos multimorbilidad y comorbilidad. *Multimorbilidad* es la ocurrencia simultánea de múltiples problemas de salud en la misma persona, sin tener en cuenta ni el orden jerárquico entre ellos ni su gravedad. La presencia de comorbilidad tiene impacto en la salud de los pacientes, en su proceso de atención y en el gasto que genera. La presencia simultánea de varios problemas de salud se asocia a más consultas y a una mayor probabilidad de derivación al especialista.

La comorbilidad, que es un concepto distinto del de multimorbilidad, implica la existencia de una enfermedad principal (índice).

El estudio de la calidad de vida de pacientes crónicos, a través de varios estudios poblacionales, demuestra que los pacientes con al menos un trastorno comórbido añadido declaran una peor calidad de vida en todas las dimensiones, tanto en las funciones físicas como en las mentales. El uso de recursos asistenciales depende del grado de comorbilidad más que del propio diagnóstico, y el número de visitas por trastornos comórbidos excede al número de visitas por un trastorno índice.

Las medidas de frecuencia de comorbilidad tienen en cuenta la adición de otros problemas de salud al considerado índice. Se puede medir «el peso» de la comorbilidad, la importancia y gravedad de los distintos problemas padecidos por un paciente, y corregir por edad y por otros indicadores (Colombo, 2014). La comorbilidad complica la organización de los cuidados al plantear necesariamente intervenciones sobre más de una enfermedad, de forma que, si las patologías crónicas y sus repercusiones en la vida cotidiana de los pacientes son la esencia de la medicina y

de la enfermería de atención primaria, el manejo de los pacientes con comorbilidad representa un cambio radical en la práctica clínica y acrecienta la importancia de la continuidad y de la longitudinalidad de los cuidados. Así, por ejemplo, en atención primaria, una mayor comorbilidad incrementa la probabilidad de sufrir caídas, tener ingresos hospitalarios, presentar un ánimo deprimido, sufrir insomnio y padecer problemas de visión y de estreñimiento (Cabrera et al., 2012).

Polimedicación

El aumento de la esperanza de vida y la realización de un mayor número de intervenciones preventivas con objetivos terapéuticos cada vez más estrictos son algunos de los factores que están influyendo en el hecho de que cada vez sea mayor el número de pacientes que utilizan más de dos fármacos para prevenir o tratar problemas de salud. La *polimedicación* se define como «el consumo de cinco o más fármacos de forma concomitante». La polifarmacia se asocia a un incremento del riesgo de efectos adversos, interacciones, menor adherencia al tratamiento, más hospitalizaciones, mayor mortalidad e incremento de los costes. La polimedicación adquiere especial relevancia en el paciente anciano, población con un mayor riesgo de reacciones adversas, debido a cambios fisiológicos, fragilidad y comorbilidad. Se estima que los efectos adversos asociados a los fármacos producen en torno al 6,5% de los ingresos hospitalarios, de los cuales más de la mitad son prevenibles. Los medicamentos que con mayor frecuencia son responsables de las hospitalizaciones y de los efectos adversos graves o mortales son: antiagregantes, diuréticos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), anticoagulantes, betabloqueantes, opioides, metotrexato, digoxina e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA)/antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II).

En el caso de los ancianos es necesario añadir a la lista de «fármacos de riesgo» otros que se señalan con menor frecuencia, posiblemente debido a que sus efectos adversos tienden a confundirse con los síntomas de la propia comorbilidad: benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, fármacos con propiedades anticolinérgicas, antipsicóticos, antagonistas del calcio e insulinas (Saedder, 2014).

Existen diversas intervenciones dirigidas a optimizar la terapia farmacológica y evitar los riesgos derivados del uso de fármacos. En pacientes crónicos polimedificados, la revisión de la medicación en colaboración con profesionales clínicos (médicos y enfermeras) o los sistemas electrónicos de ayuda a la toma de decisiones (informatización de la historia clínica y acceso desde los diferentes niveles asistenciales) han demostrado reducir la prescripción inapropiada y los problemas relacionados con medicamentos. Para facilitar la revisión de la medicación se han diseñado múltiples herramientas. En nuestro contexto, los criterios STOPP/START propuestos por la Sociedad Europea de Geriatria son los más utilizados para detectar prescripciones potencialmente inapropiadas en personas mayores de 65 años. Incluyen 87 criterios de sobreutilización de fármacos (STOPP o fármacos/indicaciones a evitar) y 34 criterios de infrautilización (START o fármacos/indicaciones a iniciar) (Delgado et al., 2015).

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas, aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología. En el contexto de las enfermedades crónicas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios. Aunque tradicionalmente se ha utilizado el término «cumplimiento» para definir el grado en el que un paciente sigue las recomendaciones del prescriptor, este término ha sido puesto en cuestión, ya que parece implicar que el paciente tiene un rol pasivo en su tratamiento, limitándose a tomar el medicamento tal y como se lo han prescrito. Asimismo, el término «incumplimiento» culpabiliza al paciente que falla a la hora de seguir las instrucciones médicas. Actualmente se prefiere el término «adherencia», definido como el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente. Por tanto, resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del médico o enfermera para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas.

La toma de decisiones, tanto a nivel farmacológico como a nivel de los consejos de salud, se ha de pactar/consensuar con el paciente para facilitar la adherencia a las mismas.

Existen varios métodos para medir la adherencia, que se clasifican en directos e indirectos. Todos tienen sus ventajas e inconvenientes, aunque ninguno se considera de referencia. Los *métodos directos* consisten en medir la cantidad de fármaco que hay en muestras biológicas, pero son caros y poco aplicables en atención primaria. Los *métodos indirectos* son los más utilizados, aunque tienen la desventaja de que son poco objetivos, ya que la información que utilizan suele provenir del propio enfermo y, en general, sobreestiman la adherencia al tratamiento. Dentro de los métodos indirectos, la entrevista personalizada o auto-cuestionario es el recomendado por la mayoría de los autores; por ejemplo, el test de Morisky-Green, validado en su versión española (Val Jiménez et al., 1992), o el test de Haynes-Sackett, también llamado del cumplimiento autocomunicado (Sackett, 1979). Otros métodos indirectos son, por ejemplo, el control de la retirada de recetas/dispensaciones o la evaluación de los resultados terapéuticos esperados (tensión arterial, glucemia, etc.).

En cuanto a cuáles son los pacientes en los que se debe evaluar la adherencia, idealmente se recomienda que se haga de manera rutinaria, y de un modo no enjuiciador, cada vez que se prescriba, dispense o revise la medicación, tal y como recoge la guía NICE (Hemingway, 2009). Sin embargo, dada la presión asistencial, puede resultar imposible evaluar la adherencia en todos los pacientes y quizá sea más realista centrar la atención en los pacientes

CUADRO 17.2

Intervenciones para mejorar la adherencia

- Si un paciente presenta falta de adherencia, indagar si es intencionada o no
- Analizar las creencias y preocupaciones del paciente sobre su medicación
- Sugerir a los pacientes que lleven un registro de las tomas de la medicación
- Hacer partícipe al paciente en la monitorización de su enfermedad
- Simplificar el régimen posológico
- Cambiar el envasado de los medicamentos
- Utilizar pastilleros, sistemas personalizados de dosificación
- Discutir con el paciente sobre los beneficios y efectos adversos, así como los efectos a largo plazo de la medicación, y sobre las preferencias del paciente a la hora de manejar los efectos adversos
- Considerar el ajuste de dosis, el cambio a otro medicamento y otras estrategias, como el cambio de hora en la administración.
- Preguntar al paciente si el coste de la medicación le supone un problema y considerar opciones para reducirlo

Modificado de Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. INEAC. 2011;19:1-6. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INEAC_Vol_23_n_2_revisando%20medicacion%20anciano.pdf.

con mayor riesgo de falta de adherencia —pacientes que reciben tratamientos complejos, efectos adversos de la medicación, inadecuada relación médico-paciente, atención fragmentada, enfermedad asintomática, falta de asistencia a las citas programadas, falta de conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, dificultades para acceder a la asistencia o a los medicamentos—. Las intervenciones para mejorar la adherencia deben ser discutidas con el paciente, considerando sus problemas y necesidades individuales (cuadro 17.2).

Problemas de comunicación en la relación profesional de la salud/paciente

En el contexto de una medicina cada vez más tecnificada, tanto los pacientes como los profesionales de la salud han dado un papel más protagonista y casi mágico a la práctica de técnicas y exploraciones complementarias que han hecho olvidar a unos y a otros la importancia de la relación que se establece entre el profesional y el paciente para conseguir un buen desarrollo del proceso asistencial (Jovell et al., 2006). Los profesionales de la salud, sean de la disciplina que sea —médicos, enfermeras, fisioterapeutas, odontólogos, trabajadores sociales, logopedas, etc.— acostumbran a utilizar un lenguaje técnico que en ocasiones se puede convertir en una barrera semántica. La formación académica no debe hacer olvidar la importancia de las habilidades sociales en el desarrollo de una buena relación asistencial. La empatía, la cordialidad, el respeto y la asertividad son pilares básicos en el proceso comunicativo que se establece con los pacientes. A pesar de esto, es muy común que existan *problemas de comunicación en la relación profesional de la salud/paciente*, que en ocasiones pueden deteriorar la toma de decisiones por falta de conocimientos, ocasionar falta de adherencia de los

tratamientos y erosionar la relación de apoyo y consulta que deberían desarrollar los profesionales de la salud. La entrevista clínica, con toda seguridad, es el instrumento más eficaz de que dispone el profesional de la salud para entender y atender las enfermedades de sus pacientes.

Health literacy o alfabetización en salud

La *health literacy* (HL) comenzó a ser foco de atención para los investigadores hace ya dos décadas, después de que se publicaran los resultados de la primera encuesta sobre alfabetización de la población en un total de 22 países industrializados. Los resultados indicaron que el nivel de alfabetización de la población adulta en los países industrializados es bajo. Existe un rango entre un 7% y un 47% de la población con dificultades para seguir las indicaciones de materiales impresos, propios de la vida cotidiana, de forma correcta (Nutbeam, 2008). A partir de ese momento, la definición de HL ha sido extensamente estudiada y definida por diferentes autores como un compendio de conocimientos relacionados con la salud y las habilidades para interpretar, leer y escribir documentos, hacer cálculos matemáticos, escuchar y expresarse de manera efectiva en el entorno sanitario (Navarro, 2016). En algunos entornos se define la HL como «competencias en salud», un conjunto de habilidades, actitudes y conocimientos que se adquieren de forma gradual y que están estrechamente relacionados con las exigencias propias del sistema sanitario y la manera en que el individuo adquiere las capacidades para interactuar con este. En España, el término ha sido traducido como «alfabetización en salud» (AS) (Falcón, 2012). La OMS, en su glosario de términos de promoción de la salud, en 1998, define AS como las habilidades sociales y cognitivas que determinan la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información sanitaria, de manera que le permita promover y mantener una buena salud (OMS, 1998). Según esta definición, la AS supone alcanzar el nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permitan adoptar medidas para mejorar la salud personal y de la comunidad mediante la asunción de responsabilidad en la toma de decisiones relacionadas con cambios de comportamiento y prácticas de salud. En 2011, Berkman publicó una revisión sistemática sobre los resultados en salud relacionados con el nivel de AS. Las diferencias en el nivel de AS se asociaron con el aumento de las hospitalizaciones, un mayor uso de los servicios de urgencia, un menor uso de la mamografía, una menor tasa de vacunación contra la gripe, una menor adherencia al tratamiento farmacológico, una menor capacidad de interpretar las etiquetas y mensajes de salud y, entre la gente mayor, peor estado de salud en general y una mayor mortalidad. Un bajo nivel de AS afecta a personas de todas las edades, etnias, situaciones socioeconómicas y niveles educativos. Sin embargo, los impactos se hacen más patentes en los grupos socioeconómicos más vulnerables. Estos pacientes son a menudo difíciles de identificar y pueden incluso no admitir que tienen problemas con la lectura o escritura por el estigma asociado con la alfabetización limitada. Es en este escenario donde los profesionales de la atención primaria de salud deberían tener un papel relevante en la detección de cuáles son los pacientes que están en riesgo y ofrecerles intervenciones específicas para

TABLA 17.1 Estrategias para promover la alfabetización en salud

Comunicación clara	Reforzar la información escrita con comunicación verbal	Verificar que se ha entendido la información	Crear un ambiente distendido y de confianza
Lenguaje llano Evitar tecnicismos Limitar los mensajes clave a tres Mirar al paciente cara a cara Ser específico y concreto Ser sensible a la edad y otras culturas	Utilizar en la consulta otros métodos (dibujos, imágenes, audios) Resumir los puntos clave Señalar los puntos clave en el material escrito	Preguntar: «¿qué preguntas tiene?»; «dígame cómo lo hará cuando llegue a casa» Técnica <i>teach-back</i> Dar retroalimentación positiva	Respeto Empatía Confidencialidad Enseñar a los pacientes a preguntar Invitar a los familiares Simplificar los tratamientos y las pautas de autocuidado

De Speros C. Promoting health literacy: a nursing imperative. *Nursing clinics of North America*. 2011;46:321-33.

facilitar la comprensión de los mensajes (tabla 17.1), como la utilización de una comunicación clara y el refuerzo del lenguaje oral con otros formatos (Speros, 2011).

La *health literacy* o alfabetización en salud se define como las habilidades sociales y cognitivas que determinan la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información sanitaria, de manera que le permita promover y mantener una buena salud.

PROBLEMAS CRÓNICOS MÁS FRECUENTES

De acuerdo con la OMS, los principales problemas crónicos son los siguientes: enfermedades cardiovasculares, principalmente las alteraciones cardíacas y la isquemia cerebral, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes mellitus (cuadro 17.3).

Se exponen a continuación la definición y los datos epidemiológicos esenciales de los problemas de salud crónicos y factores de riesgo más importantes.

Hipertensión arterial (HTA)

Se define como la elevación de cifras de presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o presión arterial diastólica

≥ 90 mmHg en adultos de 18 años o mayores. Con esta definición, el 35% de los adultos son hipertensos, cifra que puede incrementarse al 40% en edades medias y al 68% en mayores de 60 años. Hasta el año 1990, datos poblacionales sugerían que la prevalencia de HTA disminuía. Sin embargo, datos recientes sugieren que otra vez está aumentando, y se ha estimado que alrededor de 972 millones de personas la sufren actualmente en el mundo.

La HTA es uno de los factores de riesgo más importantes de la enfermedad cardiovascular, y concretamente se ha visto que se asocia con la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad coronaria, la insuficiencia renal y la enfermedad vascular periférica.

Diabetes mellitus (DM)

Es una enfermedad compleja, resultado de un déficit en la secreción de insulina y de un aumento de la resistencia periférica a la acción de la hormona, que ocasiona hiperglucemia y conduce a la aparición de complicaciones microvasculares y macrovasculares.

Básicamente la podemos clasificar en diabetes tipo 1 y en tipo 2; si bien existen otros tipos específicos de diabetes, presentan una prevalencia baja. La DM tipo 1 corresponde a personas delgadas que sufren de forma aguda síntomas de diabetes y presentan cetosis y pérdida de peso importante. Suele iniciarse antes de los 30 años pero puede aparecer en cualquier edad. Representa el 5-10% de los diabéticos. La DM tipo 2 suele ser de inicio insidioso, con ausencia de cetosis y presencia de antecedentes familiares. Se asocia a obesidad o sobrepeso en el 80% de los casos.

La prevalencia no es homogénea en distintas localizaciones geográficas. En España la prevalencia estimada de DM conocida es del 6% y la prevalencia poblacional de DM total se estima alrededor del 10% (la mayoría DM tipo 2). La prevalencia está aumentando sobre todo en los países en vías de desarrollo, debido a cambios en el estilo de vida (alimentación y vida sedentaria). La incidencia aumenta con la edad y se triplica en el grupo de personas mayores de 65 años. La DM tipo 1 es menos frecuente (menos del 10% de la DM) y su incidencia en España es de 10-17 casos por 100.000 habitantes y año.

Hipotiroidismo

Es el resultado de la incapacidad de la glándula tiroidea para mantener una secreción adecuada de hormonas tiroideas.

CUADRO 17.3

Principales problemas crónicos de salud

Asma
Cáncer
Cardiopatía isquémica
Diabetes mellitus
Dolor crónico
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Enfermedades psiquiátricas
Hepatopatía crónica
Hipertensión arterial
Hipotiroidismo
Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
Insuficiencia cardíaca crónica
Insuficiencia renal crónica
Obesidad
Patología osteomuscular crónica

La prevalencia en la población general es del 1,4% en las mujeres adultas y del 0,1-0,3% en los hombres, aumentando en los mayores de 65 años. El hipotiroidismo congénito tiene una incidencia de 1/4.000 recién nacidos vivos.

Obesidad

Se define como un exceso de grasa corporal traducido en un incremento de peso respecto al que correspondería según sexo, talla y edad. Actualmente, la medida más sencilla y con mejor correlación con la grasa corporal total es el índice de masa corporal (IMC). $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura (m}^2\text{)}$. Se define la obesidad como un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$.

La obesidad conlleva una elevada comorbilidad, con un riesgo muy aumentado (riesgo relativo superior a 3) de DM tipo 2, litiasis biliar, dislipidemia, disnea y síndrome de apnea del sueño, y moderadamente aumentado (riesgo relativo entre 2 y 3) de cardiopatía isquémica, HTA, artrosis, hiperuricemia y gota.

También se ha relacionado con el riesgo de sufrir algunos tipos de cáncer. En España el 54,7% de la población tiene exceso de peso; de este porcentaje, un 39,2% padece sobrepeso y un 15,5% obesidad.

Cardiopatía isquémica

Aparece al existir un desequilibrio entre la oferta de oxígeno y la demanda miocárdica, generado en más del 90% de las ocasiones por la obstrucción aterosclerótica de las arterias coronarias. Las formas clínicas de presentación más frecuentes son la angina de pecho, el infarto agudo de miocardio y la muerte súbita, que consiste en el fallecimiento durante la primera hora desde el comienzo de los síntomas, generalmente debido a fibrilación ventricular.

Las principales complicaciones son la insuficiencia cardíaca y las arritmias. En España continúa siendo la primera causa de mortalidad en hombres (92/100.000 habitantes) y la segunda en mujeres (40/100.000 habitantes). La cardiopatía isquémica representa el 31% (el 40% en hombres y el 24% en mujeres) de la mortalidad cardiovascular global. No obstante, España se sitúa entre los países occidentales con riesgo relativamente bajo de muerte por cardiopatía isquémica.

Insuficiencia cardíaca crónica

Es un síndrome clínico complejo que consiste en la disminución de la capacidad del ventrículo para llenarse o expulsar sangre. Se caracteriza por la intolerancia al ejercicio, la retención de líquidos y el aumento de la morbimortalidad. Según la Sociedad Europea de Cardiología se han de cumplir los siguientes criterios diagnósticos:

- Síntomas de insuficiencia cardíaca en reposo o durante el ejercicio.
- Evidencia objetiva (preferiblemente por ecocardiografía) de disfunción ventricular (sistólica y/o diastólica) en reposo.

Si, tras evaluar estos dos criterios, el diagnóstico es dudoso, debe valorarse la respuesta favorable al tratamiento. Las causas más frecuentes son la HTA y la cardiopatía isquémica, que son responsables del 80% de los casos. Para su clasificación se suele utilizar la de la New York Heart Association (NYHA) según la capacidad funcional por

su importante valor para el pronóstico y seguimiento del paciente. La prevalencia en población general se estima en un 1-2%. Aumenta exponencialmente con la edad y llega a un 5-10% en la población mayor de 65 años, para la que constituye la primera causa de ingreso hospitalario.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Se define como una enfermedad respiratoria caracterizada por síntomas persistentes y limitación crónica al flujo aéreo, causada principalmente por el tabaco. Los síntomas principales son la disnea, la tos y la expectoración y tiene un gran impacto sobre la calidad de vida y el pronóstico vital del paciente.

Los estudios disponibles muestran diferentes prevalencias entre los distintos países que son atribuibles al hábito tabáquico, a factores ambientales y posiblemente a diferencias biológicas y genéticas. Es la cuarta causa de muerte a nivel mundial, y las previsiones la sitúan como la quinta causa de años potenciales de vida perdidos y vividos en discapacidad. En España afecta al 10,2% de la población de entre 40 y 80 años y se estima que más del 70% de los enfermos están aún sin diagnosticar, lo que es un indicador de que el problema podría ser todavía mayor.

Asma bronquial

Es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas que produce obstrucción bronquial, generalmente reversible y de intensidad variable, en respuesta a variados estímulos. En su etiopatogenia existe una predisposición genética sobre la que actúan factores externos de carácter medioambiental.

Se estima que existen unos 300 millones de asmáticos en el mundo. La prevalencia es variable y en España la media oscila entre el 4-5% de la población adulta. Es más frecuente en la infancia (prevalencia del 6-15%). El 5-20% de los asmáticos adultos tienen asma ocupacional relacionada con el trabajo. Su mortalidad es baja pero es una de las causas más frecuentes de absentismo escolar y laboral y genera un gran gasto económico.

Patología osteomuscular crónica

La artrosis es una artropatía no inflamatoria caracterizada por la degeneración del cartilago articular y por la presencia de cambios reactivos, generalmente proliferativos, en las epífisis óseas adyacentes y en la cápsula de la articulación. Su principal manifestación clínica es el dolor y las localizaciones típicas son en las manos, rodillas, caderas y columna. Provoca disminución en la calidad de vida y limitación funcional en los pacientes.

Afecta a todas las poblaciones y su incidencia aumenta con la edad. Se estima que la padece el 85% de la población anciana. La prevalencia de artrosis sintomática de rodilla en la población general española es del 10,2%.

Hepatopatía crónica (insuficiencia hepática crónica, cirrosis)

Se refiere a todas las enfermedades hepáticas difusas de etiología y gravedad variables, caracterizadas por inflamación y necrosis hepática que producen una elevación de las

transaminasas séricas y persisten durante más de 6 meses. Las causas más frecuentes son la enfermedad del hígado graso no alcohólica, hepatopatía alcohólica y la infección crónica por los virus de la hepatitis B y C. Las manifestaciones clínicas son comunes a las distintas etiologías y las más habituales son: astenia, anorexia, molestias leves en el hipocondrio derecho y dolores articulares.

En el mundo occidental la cirrosis es la tercera causa que conduce a la muerte en pacientes con edades de 45 a 65 años; la mayoría de los casos son secundarios al abuso crónico del alcohol. Las hepatitis crónicas virales representan un problema de salud pública mundial que afecta a más de 500 millones de personas.

Insuficiencia renal crónica (IRC)

Es la incapacidad permanente e irreversible del riñón para cumplir con sus funciones. Puede ser asintomática hasta que el filtrado glomerular se haya reducido al 25% de lo normal. Las principales causas de IRC son las nefropatías glomerulares en los jóvenes, la nefropatía diabética en la mediana edad y las causas vasculares en los ancianos.

Aproximadamente el 11% de la población española presenta IRC en diversos estadios, de los que aproximadamente el 50% tendrán un aclaramiento de creatinina menor de 60 ml/minuto/1,73 m², y un 1% se encuentran en insuficiencia renal terminal. La enfermedad renal oculta es una situación prevalente que afecta al 10% de los mayores de 65 años y al 30% de los diabéticos; se asocia a un riesgo cardiovascular aumentado.

Enfermedades psiquiátricas: ansiedad/depresión

Los trastornos mentales o enfermedades psiquiátricas se manifiestan por interrupciones del proceso de adaptación expresado primariamente como anormalidades del pensamiento, sentimiento y comportamiento que producen malestar o afectación de la función psíquica. Son una causa de sufrimiento e incapacidad en la población, al mismo tiempo que representan una importante carga social y económica para las personas que las sufren, las familias y la sociedad. La prevalencia de morbilidad psíquica en la población general oscila según los estudios y países situándose en torno al 25%. La prevalencia de depresión mayor es del 14,5% a lo largo de la vida, y la de trastornos de ansiedad del 11,3%.

Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Se trata de un proceso con tendencia a la cronicidad. Para ello ha influido de forma decisiva poder monitorizar de forma más exacta la situación inmunitaria y el grado de viremia, con lo que se posibilita un mejor control y una adecuación del tratamiento, así como la disponibilidad de nuevos fármacos y pautas de tratamiento antirretroviral de gran actividad. Estos avances han conseguido una disminución muy significativa del número de casos que evolucionan a sida, así como un aumento de la supervivencia y de la calidad de vida de estas personas. El aumento de super-

vivencia comporta, por un lado, un aumento del número de personas infectadas que pueden transmitir el VIH y, por otro, la dificultad de mantener en el tiempo las medidas preventivas y una correcta adherencia al tratamiento.

Cáncer

Actualmente se puede considerar al cáncer como una patología crónica, teniendo en cuenta las particularidades del tipo y la localización, debido a la disminución de la mortalidad. La supervivencia media a los 5 años, tanto en Europa como en España, está sobre el 45% en hombres y el 55% en mujeres.

Dolor crónico

Se define como aquel que dura más de 3 meses. Las principales causas son osteomusculares en el 70% de los casos, neurológicas-neuropáticas en el 20% y oncológicas en un 8%. Aunque el dolor no es una enfermedad sino un síntoma, en muchas ocasiones su aparición y mantenimiento pueden ser peores que la propia enfermedad que lo provoca, afectando considerablemente a la calidad de vida de las personas que lo sufren y a sus familiares. La prevalencia en España según un estudio publicado en 2002 es del 23,4%. Esta prevalencia del dolor aumenta con la edad, siendo en los mayores de 65 años del 73,5%, y crónico en más del 90%.

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

Modelos asistenciales

Los problemas de falta de calidad en la atención a los pacientes crónicos son internacionales, pero las respuestas a los mismos dependen mucho de las características de los sistemas sanitarios nacionales (OMS, 2005).

Los pacientes crónicos actúan como elementos indicadores de los defectos de la organización sanitaria.

Se trata de convertir los sistemas de salud reactivos, fragmentados y centrados en el cuidado especializado hacia metas más proactivas, coordinadas y con intervenciones comunitarias. Como es evidente, existen barreras culturales, institucionales, profesionales y sociopolíticas que dificultan la puesta en marcha de estos cambios (cuadro 17.4).

Entre los diferentes modelos de atención a los pacientes crónicos destacan el *Chronic Care Model* y el *Innovative Care for Chronic Conditions Model* (figs. 17.6 y 17.7). Este último

CUADRO 17.4

Principales problemas en la atención a los pacientes crónicos

- Falta de coordinación de la atención
- Falta de autoayuda para los pacientes
- Diferencias entre conocimientos y práctica clínica
- Variabilidad no justificada científicamente
- Falta de prevención
- Coste creciente y uso ineficiente de recursos

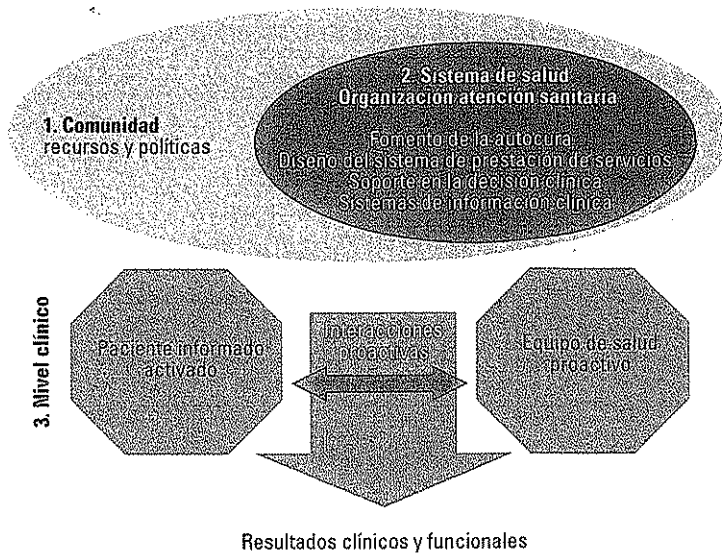


FIGURA 17.6 ■ Modelo de atención al paciente crónico de E. Wagner. De Wagner (1998).

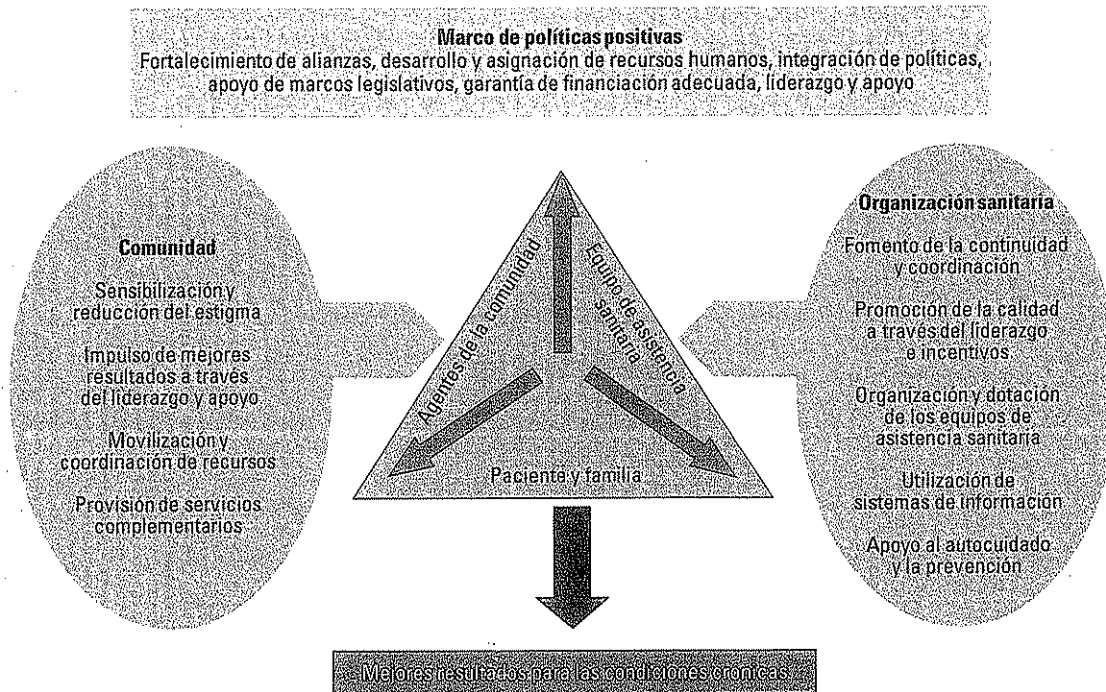


FIGURA 17.7 ■ Esquema del modelo atención innovadora a las enfermedades crónicas.

es el más utilizado y evaluado hasta ahora. Los elementos principales que lo integran se encuentran reflejados en el cuadro 17.5.

Más que el hecho de que se estimulen estrategias unilaterales de uno de los elementos del modelo de atención al paciente crónico de Wagner, su fuerza reside en la combinación sinérgica de diferentes estrategias y acciones como palanca de cambio, sin saber cuál de ellas ha sido la más efectiva y con mayor impacto. La evidencia muestra que el rediseño en los procesos de atención del paciente crónico y el fomento del autocuidado serían dos de los factores con más peso (Coleman et al., 2009).

CUADRO 17.5 Características del *Innovative Care for Chronic Conditions Model*

- Liderazgo en la política y estrategia del sistema sanitario
- Fomento del autocuidado del paciente
- Introducción de un sistema de apoyo en la toma de decisiones clínicas
- Rediseño del sistema de prestación de servicios
- Uso de los sistemas de información clínica
- Utilización de recursos comunitarios

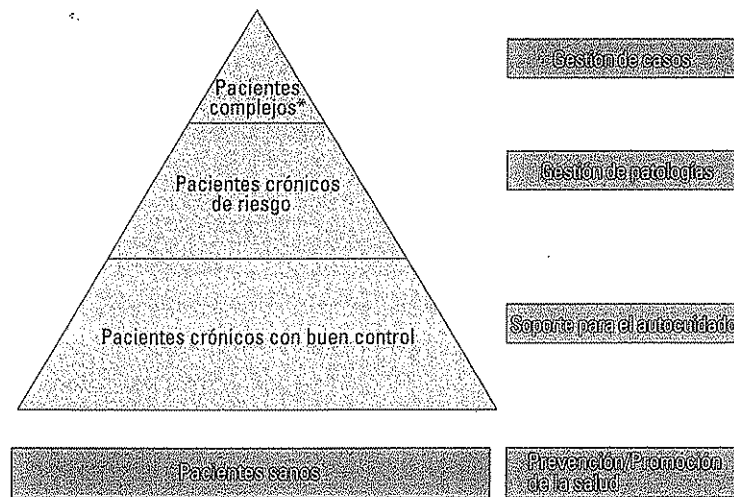


FIGURA 17.8 ■ Modelo Kaiser Permanente. *Pacientes complejos: comorbilidad, hospitalizaciones y visitas a servicios de urgencia frecuentes, dependencia funcional moderada o severa.

Otro modelo que ha introducido innovaciones en el abordaje de estos pacientes es el de Kaiser Permanente (una organización de provisión de servicios de Estados Unidos). Este modelo se basa en el análisis, «segmentación» y estratificación de la población según la complejidad y las necesidades de atención, y en el principio de que no todas las personas con problemas de salud crónicos son iguales ni tienen las mismas necesidades de atención. Es un modelo piramidal en el que pueden distinguirse diferentes segmentos de población (fig. 17.8).

El modelo Kaiser Permanente es un modelo piramidal que estratifica/segmenta la población según la complejidad y las necesidades de atención. En la base está la población sana y en la punta de la pirámide la más compleja, que requiere una gestión proactiva.

En la base se encuentra la población sana en la que se tiene que implementar estrategias de prevención y promoción de la salud.

El siguiente escalón son las personas con patología crónica con buen control (80%), que son capaces de cuidar de su enfermedad en el contexto de una buena estrategia de fomento del autocuidado. El siguiente grupo en complejidad representa el 15% y, debido a que están en riesgo de fragilidad o de presentar complicaciones importantes, requieren un abordaje basado en la gestión de patologías que implica interacción entre proveedores de diferentes ámbitos asistenciales. Finalmente, entre un 3% y un 5% estarían en situación de complejidad clínica definida por presentar comorbilidad, múltiples ingresos urgentes o no programados y/o visitas a urgencias, polifarmacia, dependencia funcional moderada o severa, etc., lo cual requiere una gestión proactiva.

Uno de los rasgos más relevantes de este modelo es que el ingreso urgente o no programado se considera como un fracaso del sistema sanitario, por lo que el objetivo es evitar o disminuir este acontecimiento. Esto se puede conseguir con una atención primaria más desarrollada con una clara

orientación proactiva hacia el proceso de atención a personas con problemas de salud crónicos.

Este modelo se ha exportado y desarrollado en otras zonas como los proyectos de los *Kaiser Beacon Sites* en el Reino Unido. En el cuadro 17.6 figuran los elementos clave y de éxito de las experiencias piloto de integración de servicios.

Estrategias en España. Rutas asistenciales

Durante los últimos años se han desarrollado en España un conjunto de iniciativas de mejora en la atención al paciente crónico. Una de las principales es la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi, que apunta catorce intervenciones para las personas con enfermedades crónicas. En Andalucía destaca la experiencia de OPIMEC (Observatorio de Prácticas Innovadoras en el manejo de Enfermedades Crónicas Complejas). Estas experiencias han aportado nuevas visiones, el conocimiento de comu-

CUADRO 17.6 Las diez características de los modelos de atención a pacientes crónicos de alto rendimiento según Ham

1. Cobertura universal
2. Prestación gratuita para el paciente
3. Provisión orientada a la prevención
4. Incorporación de estrategia de fomento del autocuidado
5. Priorización del desarrollo de la atención primaria
6. Enfatización del enfoque poblacional: estratificación y atención proactiva
7. Desarrollo de un «modelo de atención integrada» territorial
8. Impulso de las tecnologías de la información y comunicación
9. Coordinación efectiva de los cuidados
10. Estas estrategias deben estar imbricadas en un todo coherente (estrategia multipalanca)

Modificada de Ham, 2010.

TABLA 17.2 Roles en las rutas de coordinación-integración

Atención primaria	Atención especializada
Facilitar información y pruebas	Facilitar información y pruebas
Consultar aspectos concretos	Responder a aspectos concretos
Comprometerse con el seguimiento del paciente	Hacer primera receta de tratamiento
Prescribir según la guía de principios activos	Prescribir según la guía de principios activos
Mantener contactos activos con el especialista	Mantener contactos activos con el médico de familia
Reforzar la figura del especialista ante el paciente	Reforzar la figura del médico de familia ante el paciente

De Gerencia de Área de Puertollano, 2006.

nidades de prácticas innovadoras en los ámbitos de gestión y mejora de la atención a las enfermedades crónicas, nuevas experiencias de telemedicina, formación o material educativo y la organización de servicios para la atención a las enfermedades crónicas.

Otra experiencia importante es la que inicialmente se desarrolló en la gerencia territorial de Puertollano (Castilla-La Mancha) denominada «rutas asistenciales» para la atención de determinados problemas de salud. Posteriormente se ha exportado, con algunas modificaciones, a otras zonas como Cataluña (Pla d'Atenció a la Cronicitat, 2011-2015, Generalitat de Catalunya) Euskadi, Madrid y Valencia.

Una ruta asistencial es el plan operativo que explica la organización de las curas y las acciones estructuradas y multidisciplinarias necesarias para implementar las guías de práctica clínica en un territorio determinado. Es la consecuencia del pacto escrito y formal entre los profesionales de los diferentes estamentos para dar una respuesta práctica a determinadas situaciones de salud que afectan a los pacientes y que se han de ordenar dentro de un ámbito territorial. Las patologías se seleccionan según los criterios de prevalencia de la enfermedad y de su impacto en la calidad de vida de las personas. Existen rutas de insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus, patología cardiovascular y patología osteomuscular (Blay et al., 2016).

Las rutas asistenciales (Nuño, 2009; Santos et al., 2009; Ollero-Baturone et al., 2007; Blay et al., 2016) que se establezcan para la atención de los pacientes crónicos deben cumplir los siguientes requisitos:

- Abordar el aspecto concreto de un proceso asistencial y no el proceso global. De estos se eligen los de más alta prevalencia o los que generen más problemas en la coordinación de cada especialidad médica.
- Ser consensuadas entre los dos niveles, acordadas y comprometidas. Los gestores han de velar por el cumplimiento de los pactos o contratos y hacer partícipes a los propios profesionales de la gestión y de los logros que se vayan obteniendo.
- Dar respuesta a las dudas más importantes de los profesionales respecto a los niveles de relación: ¿qué interconsultar?, ¿cómo interconsultar?, ¿en qué tiempos se realizará la interconsulta?, ¿cómo y de qué forma ha de ser la respuesta?
- Que las rutas de coordinación sean claras y concisas, con capacidad para ser modificadas fácilmente y adaptarlas a la introducción de nuevas tecnologías.
- Responder a los tiempos de actuación.
- Poder ser monitorizadas fácilmente para conocer el grado de cumplimiento.

- Dar obligado cumplimiento a su ejecución. Para ello deberán disponer de todas las herramientas necesarias (informática avanzada, tiempo suficiente de consulta para actuar óptimamente, etc.).

Uno de los puntos conflictivos es el papel de los distintos profesionales en el proceso. En la tabla 17.2 figuran algunas directrices al respecto.

SITUACIONES ESPECIALES

Proceso de envejecimiento

Al llegar a los 65 años se alcanza la vejez social, determinada hasta ahora por el hecho de la jubilación laboral. Pero el umbral de la vejez se ha dilatado mucho y no será hasta pasada la edad de 80 años cuando se inicie la fase de la ancianidad. La combinación de trastornos de salud, sensación de cansancio vital y apartamiento social progresivo es la que marca la frontera entre la persona mayor y la anciana (Fericgla, 1992).

En el proceso de envejecer se pueden diferenciar cinco elementos causales: la herencia, la configuración física, la personalidad, la biografía y el entorno. Estos factores son los mismos que van a influir en la enfermedad. En la vejez, la enfermedad presenta unas propiedades que la diferencian significativamente de lo que acontece en otras edades (Redin, 2002):

1. *Presentación atípica de la enfermedad:* con mucha frecuencia, la enfermedad se presenta en el paciente anciano de forma atípica. Así, pueden aparecer, en vez de los síntomas habituales de una enfermedad, otros inespecíficos como debilidad, anorexia, astenia, incontinencia, caídas, etc. Estos síntomas tan imprecisos necesitarán ser interpretados tras realizar una exhaustiva valoración del paciente, ya que en ocasiones suelen ser la primera señal de una patología grave.
2. *Pluripatología:* es muy frecuente la coexistencia de múltiples patologías agudas o crónicas en la persona mayor. Este hecho condicionará el modo de enfermar en el paciente geriátrico, porque los síntomas y la medicación de una de las enfermedades pueden ocultar o retrasar la aparición de síntomas de otra.
3. *Polifarmacia:* las diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas características del paciente anciano, añadidas al exagerado consumo de fármacos, aumentan la frecuencia en la aparición de reacciones adversas, de interacciones entre los diferentes fármacos y

de efectos no deseados del medicamento prescrito sobre otras enfermedades existentes. Al riesgo de iatrogenia farmacológica hay que añadir la dificultad que puede tener el anciano para el cumplimiento correcto del tratamiento (Baena Díez et al., 2003).

4. *Deterioro funcional y cognitivo*: envejecimiento no es sinónimo de dependencia funcional y mental. La valoración de los cambios funcionales y cognitivos nos va a orientar en la detección del proceso clínico subyacente, su tiempo de evolución y grado de repercusión en el anciano.
5. *Problemas sociales*: conforme aumenta la edad, pero sobre todo al hacerlo el grado de dependencia, los problemas sociales se acrecientan. Aspectos como la situación económica, la ubicación de la vivienda, la ausencia de familiares y/o amigos, la dificultad física para deambular, etc., favorecerán los problemas médico-sociales, presentando estos ancianos como rasgo común la pérdida de la independencia.

Sarcopenia

La sarcopenia es un síndrome geriátrico que se caracteriza por una pérdida gradual y generalizada de la masa muscular esquelética y la fuerza, con el riesgo de presentar problemas como la discapacidad física, la calidad de vida deficiente y la mortalidad. Aunque menos frecuente, también puede aparecer de forma aguda después de un ingreso hospitalario o de un período de inmovilización.

El diagnóstico se basa en la confirmación de una masa muscular baja y la presencia de una menor fuerza muscular o un menor rendimiento físico.

Para la medida de la masa muscular actualmente se requiere el uso de técnicas de imagen como la tomografía computarizada o la resonancia magnética nuclear, o el análisis de la bioimpedancia, pero ya que el acceso y/o la disponibilidad desde atención primaria son muy limitados, se suelen utilizar las medidas antropométricas de la circunferencia del brazo o los pliegues cutáneos para su cálculo.

No se dispone de técnicas validadas para la medida de la fuerza muscular, y se usan medidas de la fuerza de prensión o la flexoextensión de la rodilla.

Sí que se dispone de pruebas para medir el rendimiento físico como son la velocidad de la marcha, la prueba de levantarse y andar, y el test de la capacidad de subir escaleras.

Otras consideraciones

Según la evolución, la enfermedad en el anciano, lo mismo que a otras edades, puede clasificarse en:

- *Enfermedad aguda*: de corta duración, con un incremento en sus atenciones, y que dará lugar, en ocasiones, al ingreso hospitalario.
- *Enfermedad crónica*: de larga duración, con curso estable o con frecuentes descompensaciones, y que pone a prueba al medio asistencial, tanto al enfermo como a la familia y a los recursos sanitarios. Algunas de estas enfermedades se convierten en invalidantes, con reducción o pérdida de las capacidades para la movilización o el cuidado personal. Son numerosas a esta edad y precisan de un prolongado esfuerzo asistencial.

- *Enfermedad terminal*: de naturaleza irreversible, con previsible final a corto plazo, aunque a veces se prolongue. Son enfermedades que obligan a planteamientos asistenciales específicos, tanto en los domicilios y residencias como en los servicios y las unidades de cuidados paliativos.

No hay enfermedades exclusivas de la vejez, pero sí existen ciertos procesos que aparecen de modo prevalente en esta edad y con unas características diferenciales bien definidas.

- *Enfermedades degenerativas*: aterosclerosis, enfermedades cardiocirculatorias, enfermedad de Alzheimer, demencia frontal, demencia por cuerpos de Lewy, enfermedad de Parkinson y procesos degenerativos multisistémicos encefálicos.
- *Enfermedades tumorales*: los cambios inmunitarios que se producen en esta edad pueden ser los responsables, en parte, de la pérdida de efectividad de la vigilancia ante células extrañas. El cáncer de pulmón es el más prevalente, seguido por los de colon, estómago, próstata, mama, útero, vejiga, páncreas, ovario y cutáneos. La evolución de los tumores en los ancianos suele ser de menor agresividad, con mayor lentitud en su crecimiento.
- *Enfermedades infecciosas*: se localizan principalmente en el aparato respiratorio y en el urinario. Las neumonías son los procesos infecciosos más graves que presentan los mayores en el área respiratoria; le siguen la gripe y las bronquitis. La infección urinaria, especialmente la recidivante, aparece muy a menudo en la vejez, favorecida por el residuo vesical, por las patologías prostáticas o vesicales y por las maniobras de sondaje. La infección de las úlceras por presión es otro proceso común en los ancianos.
- *Enfermedades crónicas*: la enfermedad crónica más frecuente en el anciano es la artrosis. Le siguen HTA, insuficiencia cardíaca, depresión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad prostática, síndrome demencial, diabetes y arteriopatía ocluyente, entre otras.

Fragilidad en el anciano

Entre las definiciones de fragilidad encontradas se halla la de Buchner y Wagner (1992) quienes la consideran «un estado en que la reserva fisiológica está disminuida, llevando asociado un riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad».

En 2013, y en el contexto catalanoparlante, la terminología de la cronicidad es una iniciativa conjunta del Departament de Salut de Catalunya y el TERMCAT que plantea identificar los términos de uso más habitual en este campo asistencial y consensuar la delimitación denominativa y conceptual de las palabras relacionadas con la cronicidad (<http://www.termcat.cat/docs/PDF/TerminologiaCronicitat.pdf>). Define *paciente frágil* como la persona que tiene disminuido el rendimiento físico y la capacidad funcional o cognitiva como consecuencia de cambios fisiopatológicos relacionados con el aumento de la edad, con la concurrencia de problemas de salud crónicos y estilos de vida determinados, y que es vulnerable o se encuentra en riesgo de sufrir problemas de salud graves.

CUADRO 17.7

Criterios de Fried de fragilidad

1. Pérdida de peso
2. Poca fuerza muscular
3. Cansancio
4. Lentitud en la marcha
5. Bajo grado de actividad física

Una persona que no cumpla ningún criterio se considera robusta

Si cumple 1 o 2 criterios: prefrágil

Si cumple >3 criterios: frágil

La fragilidad se relaciona con un mayor riesgo de evolucionar hacia la discapacidad y la dependencia y, en última instancia, hacia la muerte.

La falta de un límite preciso entre la fragilidad y la buena funcionalidad, y con la discapacidad y la dependencia, dificulta su definición y delimitación. Las dos maneras más extendidas en la actualidad para detectar ancianos frágiles son la selección sobre la base de factores de riesgo con consistente predicción de presentar episodios adversos y pérdida funcional (edad avanzada, hospitalización, caídas, alteración de la movilidad y equilibrio, debilidad muscular y poco ejercicio, comorbilidad, condicionantes sociales adversos, polifarmacia) o sobre la base de la pérdida de funcionalidad incipiente o precoz sin que exista todavía un grado ostensible de discapacidad o dependencia, y con posibilidades de reversibilidad o modificación con intervenciones adecuadas; otras opciones de detección, aunque menos empleadas o en fase experimental, son la detección de acuerdo con la existencia de un fenotipo (síndrome geriátrico) según criterios clínicos determinados por Fried (cuadro 17.7) o por marcadores biológicos (estadio preclínico) (Martín Lesende et al., 2010).

El paciente frágil es aquel que presenta una disminución del rendimiento físico y la capacidad funcional o cognitiva como consecuencia de cambios fisiopatológicos relacionados con la edad, con la concurrencia de problemas de salud crónicos y estilos de vida determinados, y que es vulnerable o se encuentra en riesgo de sufrir problemas de salud graves.

La fragilidad no mide solo el grado de reserva funcional sino que mide múltiples dimensiones y facilita la toma de decisiones.

La determinación de la fragilidad es útil especialmente en dos situaciones:

- En el *cribaje comunitario de personas con prefragilidad/fragilidad*, que corresponde a las personas del grupo intermedio de la pirámide del modelo de Kaiser que se ha comentado en el apartado anterior. En estos casos sería importante que los equipos de atención primaria realizaran la detección primero y después intervenciones precoces sobre esta fragilidad para evitar o enlentecer el proceso hacia la discapacidad.
- En la *valoración del grado de reserva*, como elemento clave en el diagnóstico y en la toma de decisiones clínicas. Corresponde a las personas situadas en la

cima de la pirámide, personas con fragilidad moderada y avanzada.

Sin poder hablar de consenso, citaremos los factores que generalmente determinan fragilidad en el anciano.

- Edad avanzada (en general mayor de 80 años).
- Hospitalización reciente.
- Caídas de repetición, alteración de la movilidad y equilibrio.
- Debilidad muscular y poco ejercicio.
- Pluripatología.
- Polifarmacia.
- Apoyo deficiente o condicionantes sociales adversos (pobreza, soledad, incomunicación, viudedad).

Otros autores se centran más en síndromes geriátricos concretos como caídas, *delirium*, depresión, polifarmacia, malnutrición y pérdida de visión o audición.

Aunque el cuestionario de Barber constituía un método sencillo de cribado de ancianos frágiles, actualmente no se recomienda su uso, puesto que no ha demostrado su utilidad para seleccionar ancianos con más riesgo de presentar episodios adversos (hospitalización, institucionalización o muerte) en atención primaria (v. presentación para docentes y estudiantes disponible en www.studentconsult.es).

Valoración de la fragilidad

Actualmente existen dos sistemas de valoración de la fragilidad:

- Índices de fragilidad.
- Valoración geriátrica integral.

Los *índices de fragilidad* se basan en que los déficits (enfermedades, síndromes geriátricos, etc.) que presentan estas personas son fácilmente cuantificables, con lo que se puede establecer una ratio entre los déficits que presentan y los que pueden llegar a presentar.

El instrumento fundamental para la valoración de la fragilidad del anciano es la *valoración geriátrica integral*, que se deberá efectuar en todos los niveles asistenciales, tanto en pacientes ingresados en instituciones hospitalarias como en el ámbito comunitario.

La valoración geriátrica integral o valoración geriátrica exhaustiva es «un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario», diseñado para detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar, sobre dicha base, una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, de calidad de vida (Gómez Pavón, 2005).

Valoración de la esfera clínica

La esfera clínica es la más complicada de cuantificar por la peculiar forma de enfermar del anciano, en ocasiones con una presentación atípica e inespecífica de la enfermedad.

Debe incluir: entrevista clínica clásica, añadiendo un interrogatorio directo sobre la presencia de alguno de los grandes síndromes geriátricos (inmovilidad, caídas, malnutrición, deterioro cognitivo, depresión, disminución

auditiva o de agudeza visual, estreñimiento, incontinencia, etc.), historia farmacológica, historia nutricional, exploración física, solicitud de exploraciones complementarias y elaboración de un listado de problemas.

Hay que entender la fragilidad como una situación potencialmente reversible; su cribado y/o monitorización son útiles para identificar aquellas personas que pueden beneficiarse de programas o intervenciones preventivas.

Valoración de la esfera funcional

La valoración funcional es el proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. Las actividades de la vida diaria se clasifican en actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD). En las ABVD incluimos las tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado (aseo, vestido, alimentación, etc.). Las AIVD hacen referencia a las tareas en las que la persona interactúa con el medio para mantener su independencia (cocinar, comprar, usar el teléfono, etc.). Las AAVD incluyen las que permiten al individuo su colaboración en actividades sociales, actividades recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso. Conforme avanza el grado de deterioro funcional aumentan el riesgo de mortalidad, el número de ingresos hospitalarios y la estancia media, las visitas médicas, el consumo de fármacos, el riesgo de institucionalización y la necesidad de recursos sociales.

Las escalas más utilizadas para evaluar las ABVD son:

- Índice de actividades de la vida diaria (KATZ).
- Índice de Barthel.
- Escala de incapacidad física de la Cruz Roja.
- Escala Plutchik.
- La escala más utilizada para evaluar las AIVD es el índice de Lawton y Brody.

Valoración de la esfera mental

En la valoración del estado mental es importante atender al estudio tanto de la esfera cognitiva como afectiva y tener en cuenta las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas. En cuanto a la *fragilidad afectiva*, hay que recordar que un 25% de los ancianos padecen algún trastorno psíquico y que los trastornos por ansiedad y depresión son los más frecuentes en este grupo de edad, por lo que la identificación de factores de riesgo asociados a ellos podría ser una forma de reconocer al anciano afectivamente frágil.

Además, el maltrato de los ancianos está aumentando a medida que la población envejece y cambia la dinámica social. La OMS calcula que entre un 4% y un 6% de las personas mayores han sufrido alguna forma de maltrato: físico, psicológico, emocional, financiero o debido a negligencias.

Para llevar a cabo la evaluación mental contamos con la realización de la historia clínica, exploración física y neurológica, exploraciones complementarias, observación del comportamiento del paciente y aplicación

de cuestionarios (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg).

Se puede complementar la información con el cuidador principal del paciente o familiar que le acompaña; ellos aportan información fundamental acerca de los cambios observados en la situación funcional, mental y social del anciano, cambios en el carácter y aparición de trastornos del comportamiento.

Valoración cognitiva

La importancia del deterioro cognitivo viene dada por la tendencia a la asociación con trastornos conductuales, por la mayor utilización de recursos sociosanitarios y por la aparición durante su curso de alguno de los principales síndromes geriátricos (inmovilidad, incontinencia, caídas, impactación fecal, úlceras por presión).

A la hora de explorar la esfera cognitiva, debemos interrogar acerca de:

- Nivel de escolarización, profesión.
- Presencia de factores de riesgo cardiovascular.
- Historia familiar de demencia.
- Antecedentes psiquiátricos.
- Consumo de fármacos y tóxicos.
- Motivo de consulta, forma de inicio y evolución de los síntomas.
- Orientación.
- Quejas de deterioro de memoria.
- Problemas en reconocimiento de familiares y amigos.
- Lenguaje.
- Capacidad de abstracción/juicio.
- Trastornos de conducta (en buena medida determinan la calidad de vida del paciente y la de sus familiares y/o cuidadores): delirios, agitación psicomotriz, alucinaciones, ritmo vigilia-sueño, hipersexualidad, vagabundeo, auto/heteroagresividad física y/o verbal.

Para la valoración de la esfera cognitiva contamos con múltiples test, de los que destacamos por su amplia difusión en nuestro medio, comodidad y sencillez de aplicación los siguientes:

- Cuestionario de Pfeiffer (*Short Portable Mental Status Questionnaire*, SPMSQ).
- *Mini-Mental State Examination* de Folstein (MMSE).
- Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC).
- *Set-tests*.

Valoración social

Aunque la valoración social exhaustiva es función del trabajador social, el resto de profesionales implicados en la atención del paciente anciano deben conocer y hacer constar en su historia todos aquellos datos que puedan ser de interés y tengan repercusión presente o futura sobre el anciano.

Los instrumentos de medición más utilizados son:

- Escala OARS de recursos sociales.
- Escala de valoración sociofamiliar de Gijón.
- Escala de Filadelfia (*Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*).

Debido a que hay una continuidad desde la no fragilidad a la fragilidad existe una propuesta de escala clínica de

TABLA 17.3 Propuesta de escala clínica simplificada de fragilidad

	Fragilidad inicial	Fragilidad moderada	Fragilidad avanzada
Dependencia	Autonomía importante para las ABVD (IB \geq 90)	Dependencia moderada (IB 25-85)	Dependencia severa (IB $<$ 20)
Valoración cognitiva	Ausencia de deterioro cognitivo	Deterioro cognitivo moderado (GDS 4-5,6 inicial)	Deterioro cognitivo grave (GDS 6 avanzado-7)
Nutrición	Ausencia de desnutrición	Desnutrición inicial (pérdida $>$ 5% del peso, anorexia moderada)	Desnutrición importante (pérdida $>$ 10% peso, anorexia importante)
Síndromes geriátricos	Presencia de algún síndrome de fragilidad (debilidad, sedentarismo, etc.)	Aparición de síndromes geriátricos	Presencia de varios síndromes geriátricos

ABVD, actividades básicas de la vida diaria; GDS, escala de deterioro global; IB, índice de Barthel.
Modificada de Blay et al., 2015.

fragilidad simplificada basada en la valoración geriátrica integral que se muestra en la tabla 17.3.

La planificación de la atención sociosanitaria a la ancianidad debe empezar desde la edad adulta, puesto que las enfermedades capaces de provocar pérdida de autonomía personal pueden ser prevenidas, en su gran mayoría, a través de la adopción de estilos de vida saludables.

Los profesionales de la salud, en especial en el ámbito de atención primaria, tienen el privilegio de poder realizar un seguimiento de la persona y de su familia durante un largo período de tiempo, integrando a los pacientes mayores en programas de atención domiciliaria cuando es preciso.

Será la enfermera quien coordinará al resto de profesionales proveedores de salud en función de las necesidades del paciente y de sus cuidadores. La valoración de enfermería permitirá establecer planes de curas en base a unos objetivos orientados a la recuperación o mantenimiento de la independencia del paciente. La educación sanitaria y la prevención de accidentes, así como los exámenes de salud en una atención integral al anciano, serán capaces de optimizar el empleo de los recursos que la sociedad dedica a aquellos que no pueden ser atendidos por completo dentro de su ambiente familiar.

Aspectos específicos de la atención al niño y al adolescente

La infancia es la etapa vital de mayor dependencia fisiológica y con mayor poder de influencia en el posterior desarrollo de las personas. Es un período de cambio constante en todas sus dimensiones (biológica, psicológica y social), lo que hace que el niño sea especialmente vulnerable a numerosos factores.

Los niños presentan a menudo enfermedades agudas de corta evolución, como las enfermedades infecciosas; sin embargo, algunos niños desarrollan enfermedades crónicas como resultado de afecciones genéticas, factores ambientales o una combinación de ambos (Van Cleave et al., 2010).

Las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia son las siguientes:

- *Asma*. Es la enfermedad crónica más prevalente en la infancia y su incidencia varía según las localizacio-

nes geográficas pero se mantiene alrededor del 10-11%. No todos los niños que presentan sibilancias en la infancia padecerán asma en la edad adulta. Un tratamiento correcto disminuye las posibilidades de hospitalización, la necesidad de tratamiento de emergencia e incluso la muerte.

- *Fibrosis quística*. Es la enfermedad genética crónica más frecuente en la población de origen europeo y una de las más severas. Se trata de una alteración en el funcionamiento glandular que provoca la producción de moco espeso y viscoso, lo que induce la destrucción del parénquima por la retención, sobreinfección y fibrosis. La principal sintomatología se sitúa a nivel pulmonar y digestivo. Es fundamental realizar un diagnóstico precoz con un tratamiento adecuado; la supervivencia media para estos pacientes es de 35 años.
- *DM tipo 1*. Es el tipo de diabetes más frecuente en jóvenes. Se caracteriza por la nula producción de insulina; su causa exacta se desconoce pero influye la genética, los virus y problemas autoinmunitarios. Desarrollan los síntomas (poliuria, polidipsia y pérdida de peso) en un corto período de tiempo y suelen debutar con cetoacidosis.
- *Obesidad-sobrepeso*. Constituye un importante problema de salud pública. En España la prevalencia en prepúberes se estima en el 8% y se relaciona claramente con la obesidad en el adulto. Su persistencia en la edad adulta conlleva una mayor incidencia de problemas como diabetes, enfermedad cardiovascular y algunos tipos de cáncer.
- *Desnutrición*. Es una enfermedad provocada por el aporte insuficiente de nutrientes. Puede ocasionar discapacidad mental y física y es un factor de riesgo para otras enfermedades. Es la principal causa de muerte de lactantes y niños pequeños en países en desarrollo.
- *Discapacidades en el desarrollo*:
 - El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (*attention-deficit/hiperactivity disorder*): los niños afectados presentan síntomas persistentes de falta de atención, tendencia a la distracción y/o impulsividad e hiperactividad en al menos dos ambientes (casa y colegio) antes de los 7 años de edad. Produce una gran afectación personal, social y académica.

- Los trastornos del espectro autista: son un grupo de trastornos cognitivos y neuroconductuales que se caracterizan por deterioro en la socialización, en la comunicación verbal y no verbal y patrones restrictivos y repetitivos de conducta.
- *Enfermedades neurológicas* (parálisis cerebral). Conjunto de trastornos del movimiento y de la postura o tono debidos a una lesión no evolutiva del sistema nervioso central en el período de desarrollo (antes de los 18 meses de edad). Es frecuente la asociación con otros trastornos como el retraso mental, la hipocausia, el estrabismo, la epilepsia o trastornos de la comunicación o conductuales. Las habilidades mentales están más afectadas que las cognitivas. La padecen un 0,1-0,25% de los niños.

En los últimos 30 años, la prevalencia de las enfermedades crónicas en los niños ha aumentado especialmente para el asma, la obesidad y los problemas de conducta y aprendizaje (TDAH).

Algunos factores que pueden contribuir a este aumento son los cambios ambientales y en el estilo de vida, con un mayor sedentarismo y una alimentación no equilibrada, así como una mejora en la supervivencia de condiciones como la prematuridad y el desarrollo de efectos tardíos de algunos tratamientos como la quimioterapia. El incremento en los trastornos de conducta seguramente es debido al infradiagnóstico previo de esta patología, aflorando ahora su prevalencia oculta.

La prevención de estos problemas de salud se centra en los siguientes grupos de actuaciones:

- Asegurar la nutrición y la atención médica prenatal temprana e integral.
- Promover hábitos saludables de alimentación desde una edad temprana.
- Evitar el sedentarismo.
- Diagnóstico precoz de los retrasos del desarrollo y de las enfermedades mentales para mejorar el acceso a los programas diseñados para ayudar a los niños y sus familias con estos trastornos.

Adolescencia

La adolescencia es una etapa vital crítica en el desarrollo de la personalidad al tratarse de un tiempo de cambio tanto biológico como psicosocial, que hace al sujeto más vulnerable a ciertos factores de riesgo (Casado et al., 1999).

Desde la pubertad hasta la madurez psicofísica, el adolescente vive una sucesión de cambios en cuyo resultado final influyen numerosos factores externos y una variedad de respuestas individuales. Esta complejidad exige una respuesta adecuada por parte de los profesionales sanitarios.

La tendencia natural del adolescente a la experimentación y al aprendizaje por un modelo de ensayo-error, con una tendencia de rechazo a las directrices y normas que han marcado su rumbo hasta este momento, así como los cambios psicológicos van a ser determinantes en el desarrollo posterior de su personalidad y salud mental, por lo que la detección y el tratamiento precoz son claves para evitar el establecimiento de patologías mentales crónicas y/o graves o su exclusión social como consecuencia de estas. Los problemas más frecuentes son los trastornos

depresivos y los de ansiedad, que en ocasiones llevan a intentos de suicidio.

También la mayor parte de los trastornos de la alimentación se originan en esta época.

En este grupo de edad es más importante aún si cabe la calidad de la entrevista clínica.

También es más vulnerable a las diferentes conductas de riesgo, principalmente a la que hace referencia al consumo de sustancias. Esto se debe en parte a tres características clave del pensamiento en la adolescencia:

- Sensación de invulnerabilidad ante el peligro.
- Prioridad a la gratificación inmediata y a vivir el presente.
- Curiosidad por experimentar nuevas vivencias estimulantes y arriesgadas.

La prevalencia de adolescentes afectados por un proceso crónico en los países desarrollados está en torno al 10%, y es ligeramente más elevada en mujeres.

PAPEL DE LOS DISTINTOS PROFESIONALES

El equilibrio entre los problemas de salud agudos y crónicos está cambiando rápidamente en todo el mundo, y esta evolución está planteando exigencias nuevas y diferentes a los profesionales de la salud. Existe la convicción general de que, para proporcionar una atención de salud eficaz a los enfermos crónicos, deben ampliarse las cualificaciones de los profesionales de la salud para afrontar estas nuevas complejidades. Esta ampliación no se contrapone a la necesidad de las cualificaciones actuales, como la práctica de una atención basada en criterios científicos y éticos, sino que subraya la creciente necesidad de nuevas cualificaciones que complementen las ya existentes. Entre ellas podemos destacar las siguientes:

- Los profesionales deben organizar la atención en torno al paciente; es decir, deben adoptar un enfoque centrado en el paciente.
- Los dispensadores deben contar con las aptitudes de comunicación que faciliten su colaboración con otros. No solo deben trabajar conjuntamente con los pacientes, sino también con otros dispensadores y deben aliarse con las comunidades para mejorar los resultados del tratamiento de los enfermos crónicos.
- Los profesionales deben contar con los conocimientos precisos para garantizar una mejora continua de la seguridad y la calidad de la atención de salud.
- Los profesionales deben contar con conocimientos que les ayuden a vigilar la evolución de los pacientes y que les permitan usar e intercambiar información por medio de la tecnología disponible.
- Los profesionales deben contemplar la atención a los pacientes y la función del dispensador en dicha atención desde la perspectiva más amplia, teniendo en cuenta la atención dirigida a la población, los múltiples ámbitos del sistema de atención de salud y la continuidad asistencial.

Estas aptitudes y conocimientos se recogen en cinco cualificaciones básicas con las que deben contar todos los

profesionales que atienden a pacientes con problemas de salud crónicos (OMS, 2005):

1. Atención centrada en el paciente.
2. Cooperación.
3. Mejora de la calidad.
4. Tecnología de la información y la comunicación.
5. Perspectiva de salud pública.

Papel de la enfermera de atención primaria en la cronicidad

La trayectoria de las enfermeras comunitarias a lo largo de los años del desarrollo del modelo de atención primaria en España, junto con las competencias de la enfermera especialista familiar y comunitaria reconocidas en la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, sustentan que toda estrategia de mejora de la atención a las personas con enfermedad crónica necesita contar con la participación activa y el liderazgo de la enfermera familiar y comunitaria. Concretamente, la enfermera familiar y comunitaria en este contexto debe ejercer el liderazgo en:

- *La prevención y la promoción de salud.* Fomentar intervenciones para reducir los principales factores de riesgo comunes modificables de las ENT: consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y uso nocivo del alcohol. En este contexto se incluye la relación con la comunidad, donde la enfermera comunitaria lidera y coordina proyectos participativos orientados hacia la promoción de la salud junto con los diferentes protagonistas de la comunidad.
- *La capacitación para el autocuidado.* En las distintas estrategias y modelos para afrontar el fenómeno de la cronicidad aparece como uno de los elementos claves para lograr una óptima atención el cambio en el rol del paciente. Este debe abandonar el rol clásico de pasividad para adoptar un rol activo con un buen nivel de autocuidado y autogestión de su proceso de salud-enfermedad, participando en la toma de decisiones y comprometiéndose con su salud (González, 2014). Por ello, el apoyo y soporte al autocuidado aparecen como una de las líneas estratégicas en todos los planes de abordaje a la cronicidad. La enfermera es el profesional que tiene en su enfoque disciplinar el autocuidado, la atención holística de la persona, la comprensión de la vivencia de la enfermedad y de la situación de dependencia, así como el abordaje de las respuestas humanas que emergen de estas situaciones, independientemente del proceso patológico de que se trate. El apoyo y soporte al autocuidado está sustentado en el marco teórico de la Dra. Dorothea Orem, enfermera que, ya en 1969, formalizó el concepto de autocuidado en su «teoría general del autocuidado» (Orem, 1995). Para su aplicabilidad, en la actualidad la enfermera comunitaria desempeña un rol educador y entrenador del autocuidado del paciente y la familia, realizando el acompañamiento desde el inicio de la enfermedad y estableciendo una relación de confianza que permite generar conductas de autocuidado.
- *La atención en el domicilio de los pacientes vulnerables.* La atención domiciliaria debe potenciarse para garantizar la continuidad en el proceso de cuidados y mejorar el

mantenimiento de las personas en su entorno de manera segura. El núcleo de la atención es la persona enferma y la familia cuidadora. Los programas de apoyo y cuidado dirigidos a las personas cuidadoras no deben limitarse al desarrollo de actividades informativas y de adiestramiento sobre los cuidados, sino que también han de incluir los aspectos relacionados con la atención a la persona cuidadora, abordando sus problemas y previniendo posibles situaciones patológicas y el riesgo de claudicación. El liderazgo enfermero en esta actuación queda explícito en la recomendación n.º 30 de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud (2012): «reorientar el desarrollo integrado de la atención domiciliaria para mejorar el mantenimiento de las personas en su entorno de manera segura, potenciando la actuación de los profesionales de enfermería de atención primaria».

- *El desarrollo de nuevos roles profesionales.* La continuidad asistencial incluye elementos clave para su desarrollo, como son las estrategias para la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales —los informes de cuidados al alta o la existencia de una enfermera de enlace hospitalaria—, y el desarrollo de nuevos roles profesionales como el de gestor del caso o la enfermera de práctica avanzada. Los pacientes de mayor complejidad, con frecuente comorbilidad y nivel de dependencia requieren una «gestión integral del caso» a través de cuidados profesionales avanzados (cuadro 17.8). Dar respuesta a necesidades complejas de cuidados implica orientar los esfuerzos hacia la continuidad asistencial, el trabajo multidisciplinar y la gestión de recursos y cuidados en estrecha relación con el paciente y sus cuidadores.

CUADRO 17.8

Estrategias de intervención del profesional enfermero gestor de casos

- Identificación proactiva de personas en situación de complejidad con necesidad de continuidad asistencial
- Valoración integral e integrada para detectar las necesidades de la persona atendida y/o de los cuidadores principales o de los familiares
- Colaboración con todos los profesionales implicados en el caso y con los familiares y/o cuidadores de referencia para comprender todos los aspectos de la situación física, mental, emocional y social de la persona atendida
- Elaboración de un plan de atención personalizado acordado con la persona atendida y consensuado con los profesionales de enfermería, de trabajo social, de medicina de referencia y otros profesionales que participen en el proceso
- Gestión de la continuidad asistencial actuando como profesionales de referencia de la persona atendida y coordinando la contribución de los diferentes profesionales
- Gestión de las alianzas entre los recursos y servicios que actúan en el territorio
- Establecimiento de una sistemática de reuniones periódicas que permitan la evaluación continua y la mejora del proceso

De Departament de Salut, 2011.

El término *Advanced Practice Nursing* o enfermera de práctica avanzada surgió en Estados Unidos a mediados del siglo XX como una forma de especialización de las enfermeras. Desde sus orígenes el término «enfermera de práctica avanzada» ha sido controvertido porque rompía con la clásica mirada enfermera y añadía elementos más allá del cuidado y la técnica, relacionados con anticiparse a los problemas de salud y con la toma de decisiones en situaciones complejas. El desarrollo de la enfermera de práctica avanzada ha ido expandiéndose hacia Canadá, Reino Unido, Nueva Zelanda, Australia, Irlanda, Finlandia, Japón y China, entre otros, con un nivel de implantación muy variable. Algunos de los elementos clave que explican su expansión son la creciente complejidad de los pacientes y la necesidad de adecuarse a sus necesidades. La enfermera de práctica avanzada, según el Consejo Internacional de Enfermeras, «es una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado, cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer» (ICN, 2008). Para su ejercicio se recomienda un título de máster. La labor de una enfermera de práctica avanzada integra investigación, educación, práctica y gestión, un alto grado de autonomía profesional y práctica independiente. La enfermera actúa como proveedora de cuidados en primera línea para las familias y las comunidades, y como punto de entrada al sistema sanitario. El tener un equipo de enfermeras de práctica avanzada abre las puertas para expandir la atención primaria a un mayor número de personas, mejorando el acceso a los cuidados (SEMAP, 2013).

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Blay C, Burdoy E, Limon E. Abordatge al pacient amb fragilitat i cronicitat complexa. Monografies CAAPS. CAMFIC. Generalitat de Catalunya. Ediciones EdiDe SL; 2015.

Monografía que a través de casos clínicos explica los principales conceptos en el manejo de la cronicidad. Desde un punto de vista muy práctico explica cómo detectar las necesidades de los pacientes frágiles y con complejidad y aplicar los cribados más adecuados.

Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Eusko Jaurlaritz - Gobierno Vasco-Dpto. de Sanidad y Consumo. Julio de 2010. Disponible en: <http://cronicidad.euskadi.net/>

Documento base en el tratamiento de los pacientes crónicos. Valora no solo aspectos biomédicos sino también de aplicación de nuevas tecnologías y de organización de servicios. Aplicación del Chronic Care Model en una zona determinada.

Ollero-Baturone M (coordinador), Álvarez-Tello M, Barón-Franco B, Bernabeu-Wittel M, Codina-Lanaspa A, Fernández-Moyano A, et al. Atención al paciente pluripatológico: Proceso Asistencial Integrado. 2.ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2007. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/jspui/bitstream/10668/576/5/PAI_AtencionPac-Pluripatologico_2ed_2007.pdf.

Documento realizado desde la Junta de Andalucía que de forma muy pragmática describe cómo organizar la atención a pacientes pluripatológicos. Tiene en cuenta los diferentes profesionales implicados y los distintos niveles de atención pero desde un punto de vista centrado en el paciente.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Angulo-Pueyo E, Martínez-Lizaga N, Ridao-López M, García-Arnes-to S, Bernal-Delgado E. Evolución de las hospitalizaciones potencialmente evitables por condiciones crónicas en España. *Gac Sanit* 2016;30:52-4.

Baena Díez JM, Martínez Adell MA, Peregrina T. Selección de medicamentos en el anciano (I). Características diferenciales y criterios genéricos de selección. *FMC* 2003;10:501-7.

Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess* 2011;199:1-941.

Blay C, Limon E, Benet C. El impacto en la práctica de las rutas asistenciales. *FMC* 2016;23:257-9.

Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. *Clin Geriatr Med* 1992;8:1-17.

Cabrera-León A, Jadad AR, Nuño-Solinís R, Bernabeu-Wittel M, Morales-Asencio J, Valdivieso-Martínez B, et al. Improving care for people living with chronic diseases: Innovative examples from Spain. *International Journal of Healthcare Management* 2012;5(4):208-15. 10.

Casado I, de la Flor J, de Frutos E, Jiménez R, Masdeu M, Pujals MA, et al. Guia d'atenció a l'adolescent sà. Barcelona: Institut Català de la Salut; 1999.

Cleave Jvan, Gortmaker SL, Perrin JM. Dynamics of Obesity and Chronic Health Conditions Among Children and Youth. *JAMA* 2010;303:623-30.

Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new milenium. *Health Affairs* 2009;28:75-85.

Colombo PB, Nieto Martín MD, Pascual de IP, José García Lozano M, Ángele OC, Wittel MB. Validación de un modelo pronóstico para pacientes pluripatológicos en atención primaria: Estudio PROFUND en atención primaria. *Atencion Primaria* 2014;46:41-8.

Contel JC, Martínez J. La atención a personas con enfermedades crónicas complejas frágiles. In: Martín Zurro A, Jodar G, editors. Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Barcelona: Elsevier; 2011.

Contel Segura JC, Sarquella E, Solans O, Solanes P, Gallego C, Ledesma Castellort A, et al. Constructing an Integrate2015d Health and Social Care Electronic Record in Catalonia. *International Journal of Integrated Care* 2015;15:1.

Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, et al. Artículo Especial: Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia* 2015;50(2):89-96.

Departament de Salut. Secretaria d'Estratègia i Coordinació. Direcció Estratègica d'Infermeria. La gestió de casos en la pràctica infermera. Barcelona: 2010. Generalitat de Catalunya. Disponible en: <http://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/2016/12/2010-La-gestió-de-casos-en-la-pràctica-infermera.pdf>.

Devaux M, Sassi F. «The Labour Market Impacts of Obesity, Smoking and Alcohol Use and related Chronic Diseases». OECD Health-Working Papers No. 86. Paris: OECD Publishing; 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/5jrqcn5fvpv0v-en>.

European Commission. «Which Priorities for a European Policy on Multimorbidity?». December, 2015. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ageing/docs/ev_20151007_frep_en.pdf.

Falcón Romero M, Luna Ruiz-Cabello A. Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista Comunicación y Salud* 2012;2(2):1-2.

Fericgla JM. El concepto de vejez. In: Fericgla JM, editor. Envejecer. Una antropología de la ancianidad. Barcelona: Anthropos; 1992. p. 71-5.

García-Goni M, Hernández-Quevedo C, Nuno-Solinís R, Paolucci F. Pathways towards chronic care-focused healthcare systems: Evidence from Spain. *Health Policy* 2012;108(2-3):236-45.

Gómez Pavón J. El anciano frágil. Madrid: Instituto de Salud Pública; 2003.

Gonzalez A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enferm Clin* 2014;24(1):67-73.

Ham C. The ten characteristics of high-performing chronic care systems. *Health Econ Policy Law* 2010;5:71-90.

Hemingway S. Medicines adherence - involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence: NICE clinical guideline 76. *Ment Health Nurs* 2009;29(2):10-1.

Instituto Nacional de Estadística. INE. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2014. Madrid. 2016; Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np963.pdf>.

International Council of Nurses. The Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nurse. ICN Regulatory Series. Geneva: ICN; 2008.

Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge. Granada: Andalusian School of Public Health; 2010. Disponible en: https://www.opimec.org/media/files/BOOK_OPI-MEC_100818.pdf.



FORMACIÓN Y DOCENCIA EN ATENCIÓN FAMILIAR Y SALUD COMUNITARIA

Gloria Jodar Solà • Marcos Lucía Blanco • Amando Martín Zurro

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

INTRODUCCIÓN

ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y SU INFLUENCIA EN LA ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

Orientación de los estudios
Situación actual. Datos en España
Contenidos y métodos

TITULACIÓN DE GRADO Y FORMACIÓN DE MÁSTER Y DOCTORADO EN EL ÁMBITO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

Primer ciclo universitario:
la formación de grado
Segundo ciclo universitario:
la formación de máster universitario
Tercer ciclo: la formación de doctorado

CICLOS DE TITULACIÓN EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

Formación de grado
Formación de posgrado: diplomas de posgrado y máster como título propio
Especialización enfermera dentro del Espacio Europeo de Educación Superior

FORMACIÓN ESPECIALIZADA

Programas docentes

ACREDITACIÓN DOCENTE DE CENTROS Y TUTORES

EVALUACIÓN DOCENTE: CONCEPTOS Y MÉTODOS

DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO Y FORMACIÓN CONTINUADA

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- El Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) pretende adoptar un nuevo paradigma docente en función de la comparabilidad y compatibilidad, situando al estudiante como principal protagonista.
- Se ha establecido un sistema común de créditos para todas las titulaciones universitarias valorados entre 25 y 30 horas.
- La formación académica se establece en función de las competencias transversales o genéricas y en competencias específicas propias de cada titulación.
- Los profesionales del ámbito de la atención primaria y salud comunitaria se verán beneficiados de este nuevo enfoque docente, ya que se aproxima a la filosofía establecida por las unidades docentes de medicina y enfermería familiar y comunitaria.
- A nivel académico se distinguen dos tipos de másteres: el profesionalizador y el investigador.
- Los futuros especialistas en medicina y enfermería familiar y comunitaria se forman a partir del año 2011 en las mismas unidades docentes (unidades multiprofesionales de atención familiar y comunitaria), lo que constituye una oportunidad excelente para establecer ámbitos interprofesionales de aprendizaje y de competencias compartidas.
- Los procesos de acreditación son instrumentos necesarios para garantizar una calidad óptima de los programas de formación.
- Tanto los centros docentes como los tutores han de reacreditarse periódicamente siguiendo fórmulas muy semejantes a las de la acreditación inicial. En el caso de los de medicina familiar y comunitaria cada 4 años.
- La evaluación tiene como objetivo esencial la identificación de aquellos elementos de mejora docente que se deben introducir en el currículo de aprendizaje de uno o más discentes, así como en la organización o en los recursos de las instituciones docentes y sus programas.
- El desarrollo profesional continuo y, por tanto, la formación continuada forman parte del conjunto de derechos y deberes de todos los profesionales de las ciencias de la salud, que tienen la obligación ética de mantenerse actualizados competencialmente a lo largo de toda su trayectoria.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales retos del sistema sanitario español y del resto de países europeos es afrontar los problemas de salud relacionados con las patologías crónicas, lesiones e incapacidades derivadas de los estilos de vida, y todas las necesidades relacionadas con el envejecimiento, el medio ambiente, el entorno social y las nuevas estructuras familiares y sociales.

Ante esta nueva situación, los aspectos relativos al cuidado de las personas tienen cada vez más importancia y, por tanto, previsiblemente el sector relacionado con la atención familiar y comunitaria debería tener una mayor presencia en todos los niveles, tanto de formación y docencia como de decisión y actuación. Las universidades deberán formar profesionales con una visión transformadora mediante la definición de planes de estudio con enfoque preventivo y de promoción de la salud, en un contexto de salud pública y comunitaria.

ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y SU INFLUENCIA EN LA ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

Las especificidades que nos singularizan respecto a otras muchas profesiones nos acercan hacia la convergencia al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) a nivel nacional. El proceso de formación se ha ido transformando en estos últimos años y, por tanto, puede acabar representando un impacto sobre el perfil de los profesionales de atención primaria. Al modificarse las competencias, sin duda se producirán cambios a nivel laboral y en el conjunto del sistema de salud para dar respuesta a las demandas que se generen a partir de los cambios sociales, profesionales y legislativos.

La creación del EEES es un proyecto ambicioso que se ha llevado a cabo en 46 países europeos. Se trata de construir una verdadera Europa del conocimiento reforzando la enseñanza universitaria. Lo que se pretende es fortalecer las dimensiones intelectuales, culturales, sociales, científicas y tecnológicas. De una forma u otra se quiere reconocer el papel primordial que tienen las universidades en la formación cualificada de la población y, como consecuencia, en el desarrollo de los países. Su desarrollo representa un gran avance para la atención familiar y comunitaria, ya que muchos de sus contenidos se han apoyado en programas docentes del ámbito comunitario y de la salud pública. Se trata de un proceso de carácter intergubernamental con participación de universidades, estudiantes, la Comisión Europea y otras organizaciones.

El EEES no tiene como objetivo homogeneizar los sistemas de educación superior sino incrementar su compatibilidad y comparabilidad, respetando su diversidad. La construcción del EEES se basa en acuerdos y compromisos sobre los objetivos a alcanzar y se contempla como la oportunidad de adoptar un nuevo paradigma docente; como un espacio abierto en el que no existen obstáculos a la movilidad de estudiantes, titulados, profesores y personal de administración, y que se articula en torno al reconocimiento de titulaciones y otras cualificaciones de educación

superior, a la transparencia (un sistema de titulaciones comprensibles y comparables organizado en tres ciclos) y a la cooperación europea en la garantía de la calidad. Para llevar a término este proceso, los países que conforman este EEES, también conocido como Proceso de Bolonia (entre los cuales se encuentra España), han acordado toda una serie de principios que están introduciendo cambios importantes que afectan a todas las titulaciones universitarias. El paso de un modelo clásico al EEES, basado en un nuevo modelo multidimensional e integrador, se encuentra profundamente vinculado con un conjunto de factores relacionados con el modelo propuesto por los docentes del ámbito de la atención familiar y comunitaria, y que muchas diplomaturas y licenciaturas habían ido adoptando, especialmente Enfermería y trabajo social.

La magnitud de los cambios de este nuevo modelo se verá reflejada en el impacto que dichos cambios puedan tener en las organizaciones profesionales, científicas y, por supuesto, en los lugares de trabajo, centros de salud y hospitales.

Orientación de los estudios

Los principios que promueve el EEES son los siguientes:

1. Las universidades han de adoptar un sistema de titulaciones comprensible y comparable (se establece un suplemento al título), para cada uno de los países europeos, con el objetivo, entre otros, de que los estudiantes de los países firmantes reciban una formación similar y se promuevan oportunidades de trabajo.
2. Se establece un sistema de titulaciones basado en tres ciclos. La titulación del primer ciclo o grado debe proporcionar un nivel de cualificación apropiado para el mercado laboral europeo. El acceso al segundo ciclo, que requiere haber superado el primero, es decir la titulación de grado, conduce a una titulación de posgrado denominada máster universitario y hacia el doctorado.
3. Se establece para todas las titulaciones universitarias un sistema común de créditos, llamados créditos europeos o ECTS (del inglés *European Credit Transfer System*), que tienen un valor de entre 25 y 30 horas. Estos créditos, a diferencia de los actuales, se basan en el aprendizaje del estudiante. Se prevé que en un curso académico un estudiante pueda cursar un máximo de 60 créditos europeos. El objetivo de que los créditos tengan un valor similar en todos los países es que las titulaciones sean comparables y se pueda facilitar la movilidad de los estudiantes (Ministerio de Educación y Ciencia, 2006).
4. Supone también la introducción de metodologías docentes más activas que fomentan el autoaprendizaje del estudiante y la necesidad de que este adquiera una formación basada en el logro de unas competencias específicas (relacionadas con las características propias de la profesión) y unas genéricas o transversales, comunes a cualquier estudiante universitario, como son por ejemplo la capacidad de trabajar en equipo, el manejo de las tecnologías de la información y la comunicación, el aprendizaje de un segundo idioma, etc.

5. Adquiere importancia el aprendizaje a lo largo de la vida como elemento esencial para lograr un nivel más alto de competitividad.
6. Se establecen sistemas de garantía de calidad y de acreditación de las enseñanzas universitarias.

El mantenimiento de la competencia se basa en un proceso de aprendizaje mantenido a lo largo de toda la vida.

Estos principios van a suponer una reflexión profunda sobre los contenidos y la metodología docente de los actuales currículos de las titulaciones universitarias (fig. 18.1).

Situación actual. Datos en España

El cambio del paradigma docente tiene a su vez repercusiones sobre todos los actores del proceso, esencialmente sobre los profesores y estudiantes.

El estudiante pasa a ser el protagonista del proceso de enseñanza y aprendizaje, y el profesor ha de actuar como facilitador de dicho aprendizaje.

Se pasa de una formación basada en conocimientos a otra basada en la adquisición de unas determinadas competencias. Estas competencias son, tal como hemos mencionado antes, las transversales o genéricas, propias de la formación de un estudiante universitario, y las específicas, propias de la titulación que se estudia.

Las expectativas que crea el EEES en los agentes protagonistas así como el nuevo enfoque curricular son muy importantes:

- El estudiante espera obtener unos estudios reconocidos no solo a nivel estatal sino también a nivel internacional y adaptados al mundo laboral que le aguarda.
- Los empleadores esperan poder contratar titulados con los conocimientos y el nivel de competencias necesarios para contribuir al desarrollo de sus instituciones y, en nuestro caso, a la mejora de la salud de los ciudadanos.

Nuestro país fue uno de los primeros en adherirse a la Declaración de Bolonia y, hasta el momento, se han aprobado una serie de disposiciones legales en las que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios oficiales de grado y posgrado. También se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones de carácter oficial, así como el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al Título (Ministerio de Educación y Ciencia, 2006).

De la complejidad del proceso puede dar una idea el dato de que, solo en España, el catálogo vigente de titulaciones universitarias es de 140, pero el número de carreras que se ofertan es de 2.259 según datos del Consejo de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE) y el número de universidades existentes en nuestro país es de 72 (50 públicas y 22 privadas). Pero en el conjunto de Europa, el número de centros de educación superior supera los 4.000.

Por tanto, el proceso para llegar a acuerdos puede ser complicado, pero se ha de conseguir la armonización exigida por el compromiso de los 46 países participantes en el Proceso de Bolonia.

A través del Grupo de Seguimiento (BFUG, del inglés *Bologna Follow Up Group*), que es el órgano establecido por acuerdo de la Conferencia de Ministros y que está constituido por representantes de los Estados miembros, se asegura la revisión del proceso.

El Grupo se reúne de forma regular al menos dos veces al año y prepara en todos los aspectos la Conferencia de Ministros que tiene lugar cada dos años. Asimismo, el Grupo aprueba programas de trabajo que incluyen seminarios y reuniones sobre cuestiones específicas relacionadas con el proceso de convergencia europea.

Contenidos y métodos

Proyecto Tuning (Tuning Educational Structures in Europe)

El Proyecto Tuning es la respuesta de las universidades europeas a la Declaración de Bolonia y su objetivo es contribuir de forma significativa al desarrollo del EEES.

El proyecto se orienta hacia competencias genéricas y específicas de cada área temática de los graduados de primero y segundo ciclo. Más aún, el proyecto tiene un impacto directo en el reconocimiento académico, la garantía y el control de calidad, la compatibilidad de los programas de estudio a nivel europeo y para el aprendizaje a distancia y permanente.

El Proyecto Tuning no se centra en los sistemas educativos sino en *las estructuras y el contenido de los estudios* con atención especial a los distintos perfiles académicos y profesionales que demanda la sociedad y al nivel de formación obtenido expresado en competencias y, por tanto, en resultados del aprendizaje realizado.

Estos principios se han traducido en cuatro líneas de enfoque: *a)* competencias genéricas, *b)* competencias específicas de las áreas temáticas (habilidades, conocimientos y contenido), *c)* el papel del ECTS como sistema de transferencia y acumulación de créditos y *d)* enfoques de aprendizaje, enseñanza y evaluación en relación con la garantía y el control de calidad.

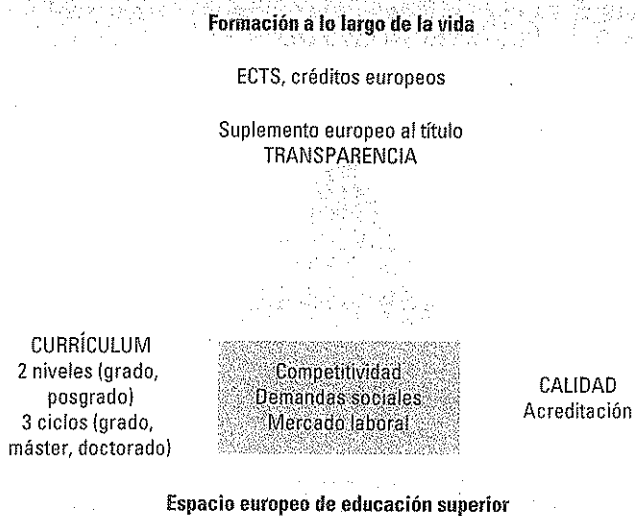


FIGURA 18.1 ■ Cuadro resumen del Espacio Europeo de Educación Superior.

El Proyecto Tuning fue financiado por la Comisión Europea en el marco del Programa Sócrates y lo han coordinado las universidades de Deusto y Groningen.

Libros Blancos de las titulaciones

Para facilitar la adaptación de las titulaciones universitarias al EEES, la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) convocó unas ayudas para que las diferentes áreas universitarias pudieran plantear su proyecto curricular a través de los llamados Libros Blancos de las titulaciones.

Los Libros Blancos, de acuerdo con la ANECA, muestran el resultado del trabajo llevado a cabo por una red de universidades españolas con el objetivo explícito de realizar estudios y supuestos prácticos, útiles en el diseño de un título de grado adaptado al EEES. Se trata de una propuesta no vinculante, con valor como instrumento para la reflexión, que se presentó ante el Consejo de Coordinación Universitaria y el Ministerio de Educación y Ciencia para su información y consideración.

Los proyectos recogían numerosos aspectos fundamentales en el diseño de un modelo de título de grado: análisis de los estudios correspondientes o afines en Europa, características de la titulación europea seleccionada, estudios de inserción laboral de los titulados durante el último quinquenio y perfiles y competencias profesionales, entre otros aspectos. En palabras de la ANECA, las universidades participantes llevaron a cabo un trabajo exhaustivo, debatiendo y valorando distintas opciones, con el objetivo de alcanzar un modelo final consensuado que recogiese todos los aspectos relevantes del título objeto de estudio.

En los Libros Blancos de las titulaciones se desarrollan tanto las competencias transversales como las específicas de cada una de ellas.

Formación interprofesional

Los Libros Blancos distinguen entre las competencias específicas en relación con el perfil profesional y las genéricas o transversales; si bien se podrían agrupar en categorías instrumentales, personales y sistémicas, todas ellas hacen referencia a la formación de cualquier universitario en sen-

tido genérico. Por tanto, en su conjunto, los universitarios deben adquirirlas con independencia de los estudios que estén cursando. Los futuros profesionales del ámbito de la atención familiar y comunitaria se verán beneficiados ampliamente por este nuevo enfoque transversal, que facilitará la adquisición de capacidades para el liderazgo, la calidad de los cuidados y el enfoque hacia las necesidades de salud de las personas, familias y grupos, optimizando la utilización de los recursos.

TITULACIÓN DE GRADO Y FORMACIÓN DE MÁSTER Y DOCTORADO EN EL ÁMBITO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

Primer ciclo universitario: la formación de grado

La enseñanza de grado tiene como objetivo que el estudiante adquiera una formación general orientada al ejercicio de actividades de carácter profesional. La superación de esta enseñanza confiere el título de graduado/a por una universidad determinada.

El plan de estudios de la titulación de grado consta de 240 créditos europeos (4 años de duración) y contiene la formación teórica y práctica que el estudiante debe adquirir. Entre estos contenidos están los pertenecientes a la rama de conocimiento a la que pertenece la titulación, materias básicas troncales, obligatorias de universidad y optativas. La formación concluirá con la elaboración y defensa del trabajo de fin de grado.

La universidad ha de proponer la adscripción del título de grado a una de las siguientes ramas de conocimiento (tabla 18.1):

- Arte y humanidades.
- Ciencias.
- Ciencias de la salud.
- Ciencias sociales y jurídicas.
- Ingeniería y arquitectura.

El plan de estudios ha de contener como mínimo 60 créditos de formación básica y al menos 36 deben estar vinculados a la rama de conocimientos a la que se adscribe el título. Estas materias han de organizarse en asignaturas de un mínimo de 6 créditos y han de ofrecerse entre el primero y segundo año académico. Los créditos restantes hasta 60 estarán configurados por materias básicas de

TABLA 18.1 Materias básicas por ramas de conocimiento

Arte y Humanidades	Ciencias	Ciencias de la Salud	Ciencias Sociales y Jurídicas	Ingeniería y Arquitectura
Antropología	Biología	Anatomía animal	Antropología	Empresa
Arte	Física	Anatomía humana	Ciencia política Comunicación	Expresión gráfica
Ética	Geología	Biología	Derecho	Física
Expresión artística	Matemáticas	Bioquímica	Economía	Informática
Filosofía	Química	Estadística	Educación	Matemáticas
Geografía		Física	Empresa Estadística	Química
Historia		Fisiología	Geografía	
Idioma moderno		Psicología	Historia	
Lengua			Psicología	
Lengua clásica			Sociología	
Lingüística				
Literatura				
Sociología				

la misma u otras ramas que aparecen en el Anexo II del Real Decreto 13937 de 2007 (Ministerio de Educación y Ciencia, 2007), o bien por otras materias, siempre que se justifiquen por su carácter básico o transversal, para la formación del estudiante.

Segundo ciclo universitario: la formación de máster universitario

Tiene como objetivo la adquisición de una formación avanzada, multidisciplinaria orientada a la especialización académica o profesional o a promover actividades investigadoras. La superación de esta formación dará lugar a la obtención de la titulación de máster universitario por una universidad determinada.

El plan de estudios de la formación de máster tendrá una duración entre 60 y 120 créditos europeos e incluirá materias obligatorias y optativas, contenidos teóricos y prácticos. Al finalizar será necesario realizar y defender públicamente un trabajo de fin de máster que tendrá una duración entre 6 y 30 créditos europeos.

Para acceder a esta formación se requiere la titulación de grado y, en la actualidad, también pueden acceder los diplomados y los licenciados.

Los estudiantes podrán ser admitidos a un máster conforme a los requisitos específicos y criterios de valoración de méritos que sean propios del máster o establezca la propia universidad.

Esta titulación da acceso al doctorado.

Tercer ciclo: la formación de doctorado

Tiene como finalidad esencial la formación avanzada en técnicas de investigación. Puede incorporar cursos, seminarios u otras actividades relacionadas con la actividad investigadora e incluirá la elaboración y presentación de la tesis doctoral, consistente en un trabajo original de investigación.

La obtención del título de doctor/a implica la superación de un período reglado de formación e investigación.

El conjunto organizado de todas las actividades formativas y de investigación conducentes a la obtención del título se denomina programa de doctorado. La superación de la enseñanza comportará la obtención del título de doctor/a por una universidad determinada.

Para acceder al programa de doctorado en su contenido de investigación será necesario estar en posesión de un título oficial de máster universitario, u otro del mismo nivel, expedido por una institución de educación superior del EEES. Se podrá acceder después de haber cumplido alguna de las siguientes condiciones:

- Haber superado 60 créditos incluidos en uno o varios másteres universitarios, de acuerdo con la oferta de la universidad. De manera excepcional, podrán acceder al período de investigación los estudiantes que acrediten 60 créditos de nivel de posgrado que hayan sido configurados, de acuerdo con la normativa que establezca la universidad, por actividades

formativas no incluidas en másteres universitarios. Este supuesto podrá aceptarse en casos de interés estratégico para la universidad o por motivos científicos que aconsejen la formación para la aprobación de este tipo de período de formación, para lo que será necesario contar con un informe favorable de la agencia evaluadora.

- Estar en posesión de un título de graduado o graduada cuya duración, conforme a las normas de derecho comunitario, sea de, al menos, 300 créditos.

Respecto a la admisión a las enseñanzas de doctorado, son las universidades las que establecen los procedimientos y criterios de la misma.

CICLOS DE TITULACIÓN EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

La profesión enfermera ha hecho grandes avances en los últimos años al amparo de una formación cada vez más centrada en enfoques científicos y humanistas y cada vez más acorde con las necesidades de la población y la evolución de la propia práctica enfermera. La creación del EEES ha permitido situarla, en cuanto a formación, al mismo nivel de las demás titulaciones universitarias, pudiéndose acceder al segundo y tercer ciclo universitario en la propia disciplina enfermera.

Formación de grado

En la actualidad, la titulación de grado en enfermería tiene una duración de 4 años que corresponde a 240 créditos europeos. Las características de esta formación de grado son las siguientes:

- El objetivo es la formación de un/a enfermero/a generalista.
- Incluye los contenidos de la Directiva Europea.
- Incluye las directrices específicas mínimas que establece el Ministerio de Ciencia e Innovación en España.
- La formación pivota en torno al logro de unas competencias genéricas o transversales que debe adquirir cualquier estudiante universitario y unas competencias específicas que responden a las propias de la profesión.

La estructura de la formación propuesta por el Ministerio de Ciencia e Innovación es de 210 créditos europeos. Por tanto, quedan 30 créditos que se adjudican autónomamente por cada universidad (tabla 18.2) en las materias que considere más idóneas.

TABLA 18.2 Planificación educativa

Módulo	Número de créditos europeos
Bloque de formación básica común	60
Ciencias de la enfermería	60
Bloque clínico, <i>practicum</i> y trabajo fin de grado	90
Total	210
Autonomía universitaria	30

El grado en enfermería se rige por el Real Decreto de 2007 de octubre sobre Ordenación de Enseñanzas Oficiales, pero también por legislaciones específicas. Esta legislación establece, entre otros aspectos, la denominación del título, el ciclo y la duración, los requisitos de la formación y otras normas reguladoras. También se definen las competencias y los módulos mínimos que debe incluir el plan de estudios.

Además de verse afectada por dicha legislación, la profesión de enfermería en España está regida por las normativas europeas vigentes. La Directiva Europea, recogida en el Real Decreto de noviembre de 2008 sobre Incorporación de Directivas Europeas relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, indica entre otros aspectos los siguientes:

- Comprenderá, por lo menos, 3 años de estudios o 4.600 horas de formación teórica y clínica; la duración de la formación teórica representará como mínimo un tercio y la formación clínica al menos la mitad de la duración mínima de la formación.
- Deberá haber sido impartida por personal docente de enfermería, así como por otras personas competentes, y la formación clínica se impartirá en hospitales y otros centros sanitarios.

Actualmente se están revisando y adaptando los planes de estudio de las enfermeras futuras. Dicha revisión supone tener presente las características de las personas, de las familias y de las comunidades como destinatarios de las intervenciones enfermeras para desarrollar estrategias educativas adaptadas a la realidad actual y futuras.

Formación de posgrado: diplomas de posgrado y máster como título propio

En el marco universitario existe una formación de posgrado que no confiere nivel académico, se trata de los diplomas de posgrado (duración de un curso académico) y los másteres de título propio (duración de dos cursos académicos).

Tradicionalmente, en el ámbito enfermero esta formación se inició hace algunos años y en muchos casos se desarrolló ante la ausencia de especialidades de enfermería. En la actualidad es una formación consolidada, con una alta demanda y un cierto nivel de reconocimiento de las instituciones sanitarias.

Los *másteres universitarios* conocidos como oficiales confieren nivel académico y conducen al doctorado. Están regidos por el Real Decreto de 2007 de octubre sobre la Ordenación de Enseñanzas Oficiales, y, por tanto, sometidos a procesos de verificación por la ANECA. Su duración es de 60 a 120 créditos europeos.

A nivel académico existen dos tipos de másteres: profesionalizados y de investigación. Tal como indican los términos, este último tiene un mayor contenido en temas relacionados con la investigación y la evidencia científica. El máster profesionalizado aumentará las capacidades relacionadas con la práctica y la toma de decisiones en el ámbito laboral.

Los miembros de la profesión enfermera que quieran ser profesores/as universitarios/as deben obtener obligatoriamente el doctorado.

En la actualidad, las universidades ofrecen diferentes programas de máster universitario a los que tienen acceso los diplomados en enfermería.

Los programas de doctorado en enfermería se iniciaron después que se pusieran en marcha los másteres oficiales, dando la posibilidad de profundizar en la disciplina enfermera. La mayoría de programas de doctorado que se ofrecen en las actuales facultades/escuelas de enfermería son en ciencias enfermeras. En estos momentos está pendiente la publicación del decreto de doctorado, que entre otras cosas plantea que para acceder al doctorado se deben haber cursado previamente 300 créditos europeos.

Actualmente, la profesión enfermera tiene acceso a un segundo y tercer ciclo universitario. La única diferencia radica en que si no se está en posesión del título de grado, es decir, si no se tiene una diplomatura, deberá cursarse un programa de posgrado de 120 créditos europeos si se quiere acceder al doctorado.

Obtener el doctorado es obligado para aquellos profesionales enfermeros que quieran dedicarse a la docencia universitaria, ya que en la actualidad es una exigencia para poder acceder a las plazas de profesorado titular de universidad.

El reto de los próximos años para la profesión enfermera será demostrar su capacidad para desarrollar proyectos de investigación, incrementando su producción científica y potenciando los avances de la ciencia y práctica enfermera.

Pero además deberán dar respuesta a las necesidades de las personas reorientando sus prestaciones, estableciendo vínculos continuados y firmes con la comunidad. Esta perspectiva reorienta el enfoque de los cuidados, incorporando la participación de los recursos y activos de salud de las personas y de la comunidad.

Especialización enfermera dentro del Espacio Europeo de Educación Superior

Establece un sistema de especialización dentro del modelo del EEES surgido de la Declaración de Bolonia, con un catálogo de especialidades que pretende responder al objetivo de proporcionar una mejor atención sanitaria a la ciudadanía, considerando las aspiraciones de desarrollo profesional y de libre movilidad en el Sistema Nacional de Salud. Las que se ofrecen actualmente son:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- Enfermería de Salud Mental.
- Enfermería Geriátrica.
- Enfermería del Trabajo.
- Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.
- Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Enfermería Pediátrica.

Se establece un sistema de residencia para los nuevos titulados, en unidades docentes acreditadas para la formación especializada y bajo la supervisión y coordinación de una Comisión de Docencia. Para acceder a la especialidad habrá que superar una prueba estatal anual, única y simultánea.

La Comisión Delegada de Enfermería del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS) es el órgano responsable de emitir informes o propuestas sobre los requisitos de acreditación de las unidades docentes, programas de formación de los especialistas y promoción y difusión de las innovaciones y del fomento de la investigación.

FORMACIÓN ESPECIALIZADA

En el ámbito de la atención primaria de salud (APS), el desarrollo de la atención familiar y comunitaria, aunque esté centrado en las profesiones médica y de enfermería, necesita del concurso de aquellas otras que actúan de forma habitual en dicho contexto y que proporcionan asistencia con una doble orientación, personal y poblacional o colectiva. Profesiones del ámbito sanitario como matronas, logopedia, psicología clínica, fisioterapia, odontología y técnicos dentales, podología, farmacia, dietética, óptica o veterinaria están llamadas a desempeñar un papel protagonista creciente en el marco de los centros y equipos de salud y en los distintos tipos de servicios comunitarios que les prestan apoyo especializado. Esta afirmación implica la necesidad de que sus componentes incorporen las competencias específicas que les permitan trabajar en APS e, idealmente, que adquieran experiencia de colaboración interprofesional en la actividad cotidiana a lo largo de las distintas fases del proceso formativo. Dentro de las profesiones no estrictamente sanitarias hay que destacar la de trabajo social, pieza esencial para la conexión intersectorial social y sanitaria y eje de la atención a la dependencia.

En los límites marcados para este capítulo no es posible abordar con un cierto grado de profundidad las características concretas de los programas de formación especializada de todas las profesiones implicadas en la APS y en la atención familiar y comunitaria, y por ello vamos a centrar el análisis en las interrelaciones formativas que las conectan y en aquellos aspectos de cada una de ellas que inciden de forma más directa en este campo.

Programas docentes

La necesidad de que los profesionales del ámbito de la APS, y más concretamente de la atención familiar y comunitaria, pasen por un período de formación especializada antes de ejercer de forma autónoma hace ya bastantes años que ha sido asumida en un gran número de países. En 1978 se reconoció en España la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC) y en 2005 la de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC). La primera promoción de médicos especialistas en MFyC finalizó su formación en 1982 y en 2011 iniciaron el programa de EFyC, de 2 años de duración, las primeras enfermeras, después de aprobarse en junio de 2010 el programa oficial.

Los programas de formación de medicina y enfermería familiar y comunitaria tienen una duración en España de 4 y 2 años, respectivamente.

Hasta el año 2010 se han formado por el sistema MIR más de 25.000 especialistas en MFyC, existen más de 750 centros de salud y de 3.000 tutores acreditados para la docencia de posgrado y cada año se convocan más de 1.800 nuevas plazas de formación, cifra que supone alrededor del 30% del total del sistema MIR. El programa de residencia, inicialmente de 3 años de duración, ha pasado a ser de 4 años desde 2005.

Los datos anteriores nos indican el importante crecimiento cuantitativo experimentado por la medicina de familia y su programa de formación a lo largo de todos estos años. La calidad de la docencia impartida en las unidades docentes de MFyC oscila bastante en distintas partes del estado, pero se puede afirmar que su nivel medio ha subido de forma significativa en los últimos años. Por otro lado, la Comisión Nacional de MFyC es una de las más activas del CNECS y sus contribuciones siempre han sido esenciales para impulsar los cambios introducidos en el sistema de formación especializada español. A pesar de ello, no se ha incrementado lo suficiente el poder de atracción de la especialidad entre los estudiantes de medicina y los recién licenciados, y las plazas de formación de MFyC son escogidas en los últimos lugares por los médicos que entran cada año en el sistema MIR, hecho que hay que poner en relación sobre todo con las dificultades que siguen existiendo en el ámbito laboral en la APS española (v. cap. 1).

En lo referente a la especialidad de EFyC, desde que se aprobó su puesta en marcha se ha producido un incremento del número de plazas ofertadas de carácter anual muy superior al resto de especialidades. Esta situación denota el cambio perceptivo que se ha ido estableciendo en lo referente a la promoción de salud y a la intervención comunitaria, defendiendo un cambio en el sistema actual.

Los futuros especialistas en MFyC y EFyC se forman a partir del año 2011 en las mismas unidades docentes (unidades multiprofesionales de atención familiar y comunitaria), lo que constituye una oportunidad excelente para establecer ámbitos interprofesionales de aprendizaje y de competencias compartidas que faciliten el posterior trabajo en equipo en los centros de salud de los médicos y las enfermeras.

El nuevo programa de EFyC pretende afianzar la participación de las enfermeras familiares y comunitarias en el cuidado de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el *continuum* de su ciclo vital y en los aspectos relacionados con la promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto sociocultural.

Los programas de residencia en atención familiar y comunitaria de médicos y enfermeras, lógicamente, tienen muchos puntos de coincidencia no solo en la orientación del aprendizaje sino también en los contenidos competenciales, dirigidos a la prestación de cuidados bajo criterios de longitudinalidad de la relación con los usuarios y pacientes y de continuidad en la atención de los diferentes problemas y necesidades de salud.

La APS y el centro de salud son los elementos de referencia fundamentales de estos programas de especialización y los discentes están en este marco asistencial durante más del 60% del tiempo total de formación. En la cuadro 18.1 se reseñan los puntos clave de la orientación del aprendizaje de ambos programas.

La salud pública guarda estrechos vínculos con la APS y la formación en este ámbito en España se realiza en el marco del programa de la especialidad de *Medicina Preventiva y Salud Pública*, incluido también en el sistema MIR y con una duración de 4 años. El programa contempla una rotación de 6 meses en atención primaria y comparte con los de MFyC y EFyC ámbitos tan relevantes como la promoción de la salud y la prevención o el

CUADRO 18.1

Programas de residencia de medicina y enfermería en atención familiar y comunitaria. Principales orientaciones compartidas

Compromiso social y ético
Atención de salud personal, de las familias y de la comunidad
Primer nivel de contacto con el sistema sanitario
Longitudinalidad y continuidad de la atención
Trabajo en equipos multidisciplinares
Abordaje integral e integrado de los problemas con desarrollo de atención clínica, de promoción de la salud y preventiva
Competencias en gestión, docencia e investigación en este ámbito

abordaje epidemiológico y comunitario de los problemas y necesidades de salud. Las interrelaciones entre ambos programas de formación podrían ser más intensas y con ello es posible que se consiguiera avanzar en el desarrollo de una nueva atención comunitaria en la que los componentes asistenciales y de salud pública actúen de forma más integrada.

La atención a la infancia y adolescencia es parte esencial de la APS, tanto desde la perspectiva individual como familiar y de la comunidad. El programa médico de formación en *Pediatría y sus Áreas Específicas* forma parte también del sistema MIR español, tiene una duración de 4 años e incluye una rotación de 3 meses en un centro de salud acreditado para la docencia de MFyC. Parece evidente la insuficiencia de este período formativo para conseguir que el futuro pediatra adquiera un nivel de competencia adecuado para poder trabajar después en APS. La atención pediátrica ha de desempeñar un papel relevante en el seno de los centros de salud, pero deberían ser los médicos y enfermeras de familia los que actúen como profesionales de referencia para todos los grupos de edad y los pediatras como consultores, prestándoles un apoyo especializado próximo y frecuente. Actualmente esta propuesta conceptual y organizativa es objeto de controversia en España, donde la figura del «pediatra de cabecera» cuenta con un arraigo importante y los propios médicos y enfermeras de familia no terminan de asumir este ámbito, lo que no contribuye precisamente a conseguir una atención familiar y comunitaria más longitudinal e integradora.

Los profesionales de pediatría deben formar parte de los centros de salud actuando como consultores de los de atención familiar y comunitaria.

La especialidad de *Enfermería Pediátrica* tiene un programa de formación por el sistema de residencia de 2 años y en 2011 comienza a desarrollarlo la primera promoción. Incluye 7 meses en atención primaria, esencialmente en centros de salud e instituciones comunitarias educativas. Generalmente, el destino final de estas especialistas acaba siendo hospitales, con carácter curativo individual más que comunitario.

La especialidad de *Enfermería de Salud Mental* cuenta con un programa de formación por el sistema de residencia de 2 años, tiene una fuerte carga teórica y contempla aspectos relativos a la atención a la salud mental desde una perspectiva comunitaria, con períodos formativos en centros de salud mental. Desde atención primaria existe una relación intersectorial con estos centros que actúan como facilitadores recíprocos en una gran variedad de situaciones.

La *Psicología Clínica* está reconocida como profesión sanitaria y especialidad en España y cuenta con un programa de formación por el sistema de residencia (PIR) de 4 años de duración, necesario para trabajar en el sistema público, cuyas plazas están incluidas dentro de la convocatoria anual del sistema de formación estatal. El nuevo programa aprobado recientemente (2009) contempla un amplio período de formación de 15 meses en centros de salud mental comunitaria y centros de atención primaria, hecho que sin duda va a significar una buena oportunidad para generar sinergias con los restantes profesionales y especialistas de la APS.

La Atención a la Salud Sexual y Reproductiva es compartida por médicos y enfermeras, estas últimas con la especialidad de *Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas)* con un programa de formación de 2 años por el sistema de residencia, de los cuales hasta el 40% puede ser desarrollado en centros de salud y otros servicios comunitarios.

La *Odontología*, especialmente en sus vertientes de promoción de la salud comunitaria y preventiva, es también un ámbito relevante para la APS y de hecho sus profesionales forman parte de los equipos de salud en alguna comunidad autónoma, como Cataluña. En España no están reconocidas las especialidades odontológicas y, por tanto, no existe una formación posgraduada en el marco del sistema MIR.

El resto de las profesiones del ámbito sanitario relacionadas con la APS y los trabajadores sociales no tienen en España programas regulados de formación especializada y la mejora competencial en este campo deben adquirirla a través de otras actividades docentes de tercer ciclo.

ACREDITACIÓN DOCENTE DE CENTROS Y TUTORES

Los procesos de acreditación son instrumentos necesarios para garantizar una calidad óptima de los programas de formación. La acreditación docente de los centros de salud se inició en nuestro país a mediados de los años ochenta y desde entonces se han modificado en varias ocasiones los criterios exigidos por la Comisión Nacional de MFyC.

Los *centros de salud* que aspiren a ser acreditados para la docencia han de reunir un conjunto de requisitos referidos a su estructura física y equipamientos de material, a las características de su plantilla profesional y a la dinámica y carga asistencial, así como a sus sistemas de registro clínico y actividades docentes y de investigación. Las solicitudes de acreditación son remitidas para valoración desde los servicios de salud de las comunidades autónomas a la Comisión Nacional de MFyC, organismo que emite un informe aprobando o no la petición del centro y con las propuestas de mejora que considere adecuadas. Los centros de salud acreditados para la especialidad de MFyC son

los que acogen también la formación de los residentes de EFyC y de Salud Pública, de los médicos y enfermeras de los programas de pediatría, y de las otras especialidades con itinerarios formativos que incluyen rotaciones en el ámbito de la APS.

Actualmente, la acreditación es un proceso que requiere un gran trabajo previo para cumplir con los requerimientos tanto de elección de itinerario formativo como de colaboración asistenciales. Sin embargo, desde la EFyC existe un incremento anual del número de solicitudes y progresivamente se van concediendo las nuevas acreditaciones debido al incremento de asignaciones para la especialidad.

Para las unidades docentes que ya han conseguido la acreditación se creará el plan nacional de auditorías docentes, cuya función será la supervisión de las unidades acreditadas con el fin de proponer mejoras y detectar posibles deficiencias, alcanzando así una mejora en la calidad de la formación especializada.

Estas auditorías se efectuarán según el tiempo de acreditación docente o por demanda de instituciones públicas, las propias unidades docentes o los residentes, y según el resultado de estas valoraciones se podrán proponer cambios a 1, 2 o 3 años vista e incluso la suspensión cautelar o la des acreditación de la unidad docente.

Los médicos y enfermeras de los centros de salud que quieran participar como *tutores* en los programas de formación especializada deben reunir una serie de requisitos para poder ser acreditados. Estos criterios se refieren a los perfiles clínico, docente e investigador de su *curriculum vitae* e implican la superación de unos niveles mínimos de méritos en cada uno de ellos, con énfasis especial en la experiencia docente de los candidatos a tutores. Las solicitudes son valoradas a nivel local o autonómico por comisiones de evaluación o acreditación.

Tanto los centros docentes como los tutores han de reacreditarse periódicamente siguiendo fórmulas muy semejantes a las de la acreditación inicial. En el caso de los de MFyC cada 4 años y en el caso de los de EFyC cada 2 años.

EVALUACIÓN DOCENTE: CONCEPTOS Y MÉTODOS

Los distintos elementos que intervienen en los procesos de enseñanza-aprendizaje han de ser objeto de evaluaciones que permitan analizar objetivamente tanto el grado de aprovechamiento alcanzado por los discentes como los

problemas y deficiencias estructurales y organizativas de los programas y los docentes. La evaluación es el condicionante más importante del desarrollo y de los resultados intermedios y finales obtenidos, y por ello debe ser objeto de atención prioritaria por parte de los responsables de la formación.

La puesta en marcha de un sistema de evaluación de la docencia requiere la definición previa de los objetivos y perfiles competenciales finales que se pretenden alcanzar y medir, así como de la progresión esperada de los mismos a lo largo del programa de formación (fig. 18.2).

En las distintas fases del proceso formativo, pero sobre todo en la del grado, aún sigue primando una concepción tradicional de la evaluación, dirigida esencialmente a los conocimientos almacenados, y son excepción los grupos e instituciones que han puesto en marcha sistemas de evaluación más complejos y que abarcan diversos ámbitos competenciales.

Los procesos de evaluación han de ser bidireccionales entre la institución y los discentes. Es necesario que los programas formativos y los responsables de la docencia sean evaluados por los alumnos desde una perspectiva crítica que haga aflorar los problemas y dificultades que deben corregirse para mejorar la calidad de la enseñanza.

La *evaluación sumativa*, dirigida a juzgar sobre la suficiencia de lo aprendido en relación con unos criterios mínimos definidos previamente, nos permite clasificar con cifras y/o adjetivos, en una escala de insuficiencia a excelencia, a los discentes y es la que más se utiliza en todos los ámbitos y fases de los procesos formativos, habitualmente con el objetivo de superar una materia u obtener un certificado o titulación.

La *evaluación formativa* tiene como objetivo esencial la identificación de los elementos de mejora docente que deben introducirse en el currículum de aprendizaje de uno o más discentes, así como en la organización o en los recursos de las instituciones docentes y sus programas. Esta variante de la evaluación está adquiriendo un protagonismo relevante en los últimos años en la formación especializada de ciencias de la salud.

La evaluación formativa permite realizar *feedback* e identificar problemas en los programas docentes.

Los *métodos* pueden ser comunes a ambos tipos de evaluación y, en todos los casos, deben partir de la interacción

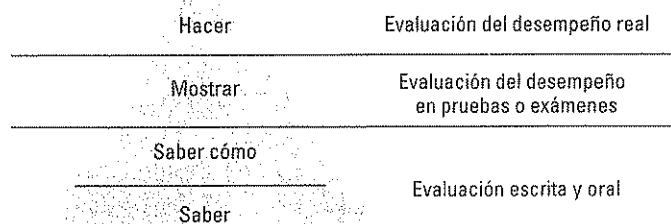


FIGURA 18.2 ■ Evaluación docente y pirámide de Miller.

frecuente entre tutores y discentes a través de entrevistas periódicas de *feedback* formativo. Estas entrevistas, con un inevitable componente subjetivo, deben ser complementadas con diversos tipos de evaluaciones objetivas que nos permitan comprobar el progreso del discente en la adquisición de los conocimientos, habilidades, actitudes y valores a medida que avanza en el programa formativo (fig. 18.3). Estas evaluaciones objetivas pueden ser de diversos tipos según el ámbito competencial que queramos explorar; entre otros podemos mencionar los siguientes:

- *Pacientes simulados*: para evaluar anamnesis, exploración física, habilidades de comunicación o capacidad de orientación diagnóstica o terapéutica, entre otros aspectos.
- *Análisis de casos clínicos y casos por ordenador*: para evaluar la toma de decisiones clínicas.
- *Aprendizaje basado en problemas (ABP)*: para resolución de diversos escenarios mediante el liderazgo y la cooperación del equipo.
- *Uso de maniqués*: para la exploración de habilidades técnicas y psicomotrices.
- *Videograbaciones*: para evaluar habilidades de comunicación y decisiones clínicas y como instrumento para proporcionar *feedback* al discente.
- *Evaluaciones clínicas objetivas estructuradas (ECOEs)*: pruebas que reúnen diversos métodos de evaluación, como algunos de los anteriores, y permiten valorar múltiples vertientes de la competencia profesional a través del paso del alumno o residente por distintas estaciones o pruebas.
- *Portafolio del discente*: que recoge documentalmente y de forma sistematizada la experiencia formativa adquirida junto con elementos de autorreflexión y análisis sobre la propia práctica profesional. Este instrumento es uno de los que más protagonismo ha adquirido en el posgrado en los últimos años, y puede acabar siendo un elemento central del futuro libro del residente en España.
- Los *exámenes escritos y orales* pueden tener formatos muy variados y entre los primeros se han popularizado los de tipo test de preguntas con múltiples posibilidades de respuesta o los casos clínicos. En general, este tipo de métodos de evaluación explora principalmente conocimientos y, en menor grado, capacidad de razonamiento y decisión.

La utilización de estos y otros métodos de evaluación docente está cada vez más extendida en nuestro medio,

aunque es preciso señalar que son los países de cultura anglosajona los que antes iniciaron su aplicación en los programas formativos y los que, por tanto, han acumulado más experiencia en su manejo práctico.

DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO Y FORMACIÓN CONTINUADA

El *desarrollo profesional continuo* (DPC) es el proceso mediante el cual una persona que aprende o ejerce una profesión va manteniendo y mejorando su grado de competencia. Implica una dinámica activa de progresión, mantenida a lo largo de toda la vida profesional (grado, especialización y ejercicio posterior), en busca de la excelencia de la práctica e integra los ámbitos de los conocimientos, las habilidades, actitudes y valores. EL DPC está más vinculado a la propia sociedad y a las instituciones y organizaciones profesionales que al ámbito laboral y su reconocimiento puede ser en gran medida independiente de los diferentes puestos de trabajo de un profesional concreto. Pueden seguir, lógicamente, líneas paralelas pero no necesariamente han de ser coincidentes ni progresar al mismo ritmo (Martín Zurro, 2014).

Esta mejora y progresión continua exige también, por parte de cada individuo, una permanente actitud reflexiva sobre la propia práctica que le permita identificar los aspectos que necesita perfeccionar para seguir prestando una atención segura y de calidad a sus pacientes.

La *formación continuada* (FC) es el conjunto de actividades de aprendizaje que el profesional realiza a lo largo de su vida, una vez obtenida la titulación básica y la de la especialidad correspondiente. Es uno de los componentes del DPC junto con las actividades asistenciales, las de docencia e investigación y otras de perfeccionamiento de la competencia.

El DPC y, por tanto, la FC forman parte del conjunto de derechos y deberes de todos los profesionales de las ciencias de la salud, que tienen la obligación ética de mantenerse actualizados competencialmente a lo largo de toda su trayectoria, adaptándose a los rápidos y continuos cambios de orientación, organizativos y científico-técnicos a los que están sometidos los sistemas sanitarios.

En definitiva, el DPC es el marco que debe visualizar y posibilitar la capacidad de adaptación continua al cambio de cada profesional. Las características concretas del DPC varían en función de las del campo de que se trate,

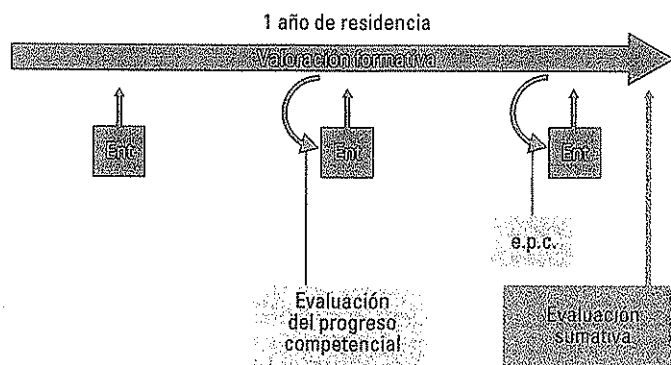


FIGURA 18.3 ■ Proceso de valoración formativa. Ent, entrevista tutor-residente; e.p.c., evaluación del progreso competencial.

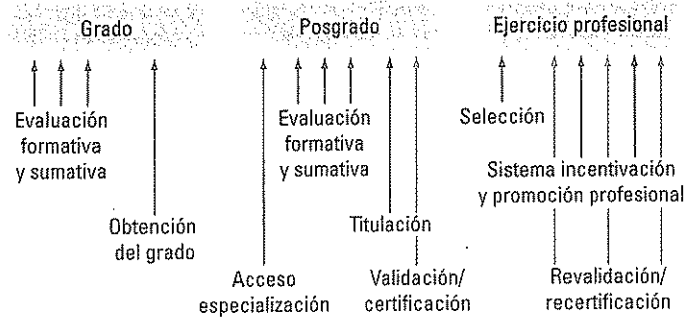


FIGURA 18.4 ■ Fases del proceso formativo y desarrollo profesional continuo (niveles de evaluación).

pero las actividades que lo integran han de responder a criterios comunes de calidad, pertinencia y trascendencia y ser accesibles.

El DPC y la FC forman parte de los derechos y deberes de todos los profesionales de ciencias de la salud.

A medida que cada individuo va progresando en el marco del DPC, lógicamente debe ir asumiendo nuevas y más complejas responsabilidades y tareas tanto el terreno asistencial como en los de docencia, investigación o gestión. Los profesionales de APS, y específicamente los de atención familiar y comunitaria, han de participar incluso con mayor intensidad que los de otros ámbitos en procesos de DPC y FC para poder cubrir los diversos e importantes retos competenciales inherentes a este campo de actividad y adaptarse a los frecuentes cambios a los que se ve sometida esta parte del sistema sanitario.

El contenido del DPC debe tener como objetivo la mejora tanto de las habilidades clínicas como de los conocimientos teóricos, la capacidad para organizar el trabajo (creación de equipos y liderazgo), la comunicación, la ética, la enseñanza, la investigación y la gestión.

En la figura 18.4 están reflejadas las diferentes fases del proceso formativo de un profesional de ciencias de la salud y los distintos mecanismos de evaluación del DPC que se utilizan en cada una de ellas, desde la titulación de grado hasta la revalidación y recertificación periódica de la competencia.

En relación con los contenidos y métodos de la FC, es preciso seguir insistiendo en la necesidad de priorizar al máximo los de índole práctica y que impliquen una participación activa de los discentes como sucede con los reciclajes y la formación en servicio. La utilización de las tecnologías de la información y de la comunicación en las redes virtuales está permitiendo desarrollar programas de formación a distancia con altos grados de interactividad entre docentes y alumnos. La priorización de métodos activos y globales de formación continuada en APS y atención familiar y comunitaria no debe hacernos olvidar la importancia del aprendizaje teórico a través de hábitos de estudio bien dirigidos y del fácil acceso a internet, así como de la incorporación de los elementos prácticos adquiridos a partir de la participación del discente en los procesos

asistenciales, docentes y de investigación desarrollados en los centros acreditados en que trabaja.

La participación de los profesionales de APS es esencial, y los responsables de los centros deben priorizar su acceso a los programas y actividades de FC bien de forma individual o bien en grupo.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Baños JE, Pérez J. Cómo fomentar las competencias transversales en ciencias de la salud: una propuesta de actividades. *Educ Med* 2005;4:40-9.

El proceso de convergencia europea en la educación superior incide en la necesidad de contemplar las competencias genéricas o transversales en la formación pregraduada. Dichas competencias son especialmente adecuadas para los futuros profesionales en ciencias de la salud. El presente artículo pretende aportar algunos elementos sobre la bondad de su implementación, así como sugerir diversas actividades para fomentarlas en el marco de los procesos docentes de las titulaciones.

Delgado AM, Cuello R. La evaluación continua en un nuevo escenario docente. *RUSC Revista de la universidad y sociedad del conocimiento [Internet]*. 2006;1(3). Disponible en: <http://rusc.uoc.edu/rusc/ca/index.php/rusc/article/download/v3n1-delgado-oliver/266-1183-2-PB.pdf>. *El nuevo marco docente dibujado por la convergencia hacia el Espacio Europeo de Educación Superior supone una reformulación de las metodologías docentes, que deben basarse en el aprendizaje y no solo en la enseñanza. En este modelo la evaluación adquiere una nueva dimensión al situarse el estudiante en el centro del proceso de aprendizaje y al aplicarse un enfoque docente basado en competencias, que conlleva un replanteamiento de su naturaleza y del diseño de todos los elementos estructurales que la conforman.*

Goñi Zabala JM. El Espacio Europeo de Educación Superior, un reto para la universidad: competencias, tareas y evaluación, los ejes del currículum universitario. Barcelona: Ed. Octaedro S.L.; 2005. *Aunque se está inmerso en una crisis económica, la Universidad está en un momento de efervescencia debido a la confluencia simultánea de dos cambios sociales de gran calado. Por una parte está el proceso de construcción del Espacio Europeo de Educación Superior; debido a la Declaración de Bolonia, y por otra la creciente presión de la sociedad, y en especial sus instituciones sociales y políticas, que quieren que la universidad se convierta en una institución impulsora de cambios de todo tipo. Este libro expone de manera divulgativa por una parte las consecuencias que tiene el proceso de confluencia para la organización de los estudios universitarios y por otra la influencia que todo esto ejerce sobre los modelos instructivos que son más habituales en la universidad actual.*

Gutiérrez Martí R, Ferrús Estopà L, Subirana Casacuberta M, Pellejà Adalid L. Impacto económico y organizativo de nuevas especialidades de enfermería. Madrid: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2007. *Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. AATRM núm. 2006/13. El sector de las profesiones sanitarias, y en especial de los profesionales de enfermería, tiene unas especificidades que lo singularizan respecto a otras muchas profesiones en la convergencia hacia el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Por otra parte, el desarrollo de las especialidades de enfermería tiene una gran importancia, ya que, de alguna forma, deben confluir con el EEES. Este estudio se llevó a cabo para dar respuesta a la necesidad de valorar el impacto que supone para los profesionales enfermeros el EEES y*



INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FAMILIAR Y SALUD COMUNITARIA

Bonaventura Bolívar Ribas • Joan Llobera Cànaves

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

INTRODUCCIÓN

ÁREAS DE INVESTIGACIÓN DE LA ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

Investigación en atención familiar
Investigación en atención comunitaria

DIFICULTADES Y OPORTUNIDADES PARA INVESTIGAR EN ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

METODOLOGÍAS DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

Diseños epidemiológicos
Diseños de investigación cualitativa

Otros diseños de investigación complementarios

ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Organización del grupo de investigación
Actividades de un grupo de investigación

PREPARACIÓN DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Fases de un protocolo de investigación
Guías de ayuda al diseño de un protocolo de investigación

ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

PERSPECTIVAS DE FUTURO

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- La misión de la investigación es aportar nuevos conocimientos y pruebas útiles que puedan mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de las intervenciones de promoción de la salud, de la prevención y el tratamiento de los problemas de salud y de la organización de los servicios de salud y, en definitiva, la mejora de la salud de la comunidad.
- La atención familiar y comunitaria (AFyC) es un área intersectorial y multiprofesional en la que abunda la fragmentación de las actuaciones y de la investigación entre las distintas administraciones y organizaciones implicadas (ayuntamientos, escuelas, centros de salud, agencias de salud pública, asociaciones de ciudadanos, organizaciones no gubernamentales [ONG], etc.). A pesar de las numerosas dificultades, la AFyC es crucial para la mejora de la salud de la comunidad, aunque su priorización en las políticas de salud actuales no sea muy evidente.
- Los temas susceptibles de investigar en AFyC son muy amplios y variados; entre ellos destaca el diagnóstico de salud de la comunidad y los estudios de evaluación de la efectividad de programas y acciones de salud comunitarias o de las intervenciones preventivas y de promoción de la salud.
- Los grupos de investigación constituyen las unidades básicas de generación del conocimiento y son esenciales para la estabilización y la profundización de una línea de investigación. Los grupos de investigación en AFyC se caracterizan por su multiprofesionalidad, intersectorialidad y por su cercanía a los miembros activos de la comunidad.
- La metodología de la investigación en AFyC incluye aproximaciones tanto cuantitativas como cualitativas, y en ellas es fundamental la actuación y la participación de los pacientes y la comunidad.
- La preparación de un proyecto de investigación exige un gran rigor en la redacción de sus distintas fases. Todas las etapas de un proyecto de investigación tienen aspectos éticos que deben considerarse. La ética en la investigación es indisoluble de su excelencia metodológica.
- Los derechos de los seres humanos implicados en la investigación prevalecen sobre cualquier otro interés. El investigador debe conocer y aplicar los estándares y las normas éticas de buena práctica en la investigación.
- El conocimiento y la utilización de guías y listas de comprobación por parte de los investigadores es una excelente herramienta para el diseño y la evaluación de publicaciones y proyectos en función de su diseño metodológico.

INTRODUCCIÓN

La investigación es un pilar esencial en cualquier área de conocimiento. Su misión es aportar nuevos conocimientos y pruebas útiles para mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de las intervenciones de promoción de la salud, de la prevención y el tratamiento de los problemas de salud y de la organización de los servicios sanitarios y, de esta forma, contribuir a la mejora y el mantenimiento de la salud de la comunidad. En la práctica diaria, los profesionales y gestores de la atención familiar y comunitaria (AFyC) deben tomar múltiples decisiones para las que necesitan una información útil y veraz que la investigación debe aportar: las posibles causas de un determinado problema de salud y los factores de riesgo relacionados, las estrategias diagnósticas más adecuadas, las posibles actividades de promoción de la salud y prevención que se deben realizar, las posibles intervenciones y recomendaciones más efectivas, etc.

La base de la investigación, por tanto, es el talento científico de los investigadores y grupos para hacerse preguntas relevantes y obtener respuestas válidas. Y para ello es imprescindible conseguir recursos y tener el apoyo de una buena organización.

El conocimiento generado debe poder aplicarse, y la innovación (o transferencia de conocimiento) trata de convertir este conocimiento en mejoras en la organización de los servicios, en la salud de la comunidad (impacto social) y en la creación de nuevos productos y riqueza (impacto económico). La base de la innovación es, por tanto, el talento organizativo que permite transformar este nuevo conocimiento producido por los investigadores en mejoras reales en los servicios existentes (mejora de la efectividad y eficiencia de los programas y servicios de salud, creación de nuevas actividades, circuitos o guías) o en nuevos productos en el mercado que generan riqueza, además de beneficios para la salud (nuevas tecnologías, nuevos fármacos, etc.) (fig. 19.1).

En este capítulo nos centraremos en la investigación en AFyC, repasando brevemente sus áreas principales, sus características y bases metodológicas y otros aspectos fundamentales de su organización y desarrollo.

La misión de la investigación es aportar nuevos conocimientos y pruebas útiles que puedan mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de las intervenciones de promoción de la salud, de la prevención y el tratamiento de los problemas de salud y de la organización de los servicios de salud y, en definitiva, la mejora de la salud de la comunidad.

ÁREAS DE INVESTIGACIÓN DE LA ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

El abanico o espectro de posibles temas de estudio en el ámbito de la AFyC es muy amplio y, por tanto, difícil de resumir y delimitar. De todas formas, las áreas genéricas o grandes líneas temáticas en las que se centra la investigación en AFyC son, fundamentalmente, las siguientes:

- El diagnóstico de salud de la familia (sus necesidades, expectativas, influencia del entorno familiar, laboral y social).
- El diagnóstico de salud de la comunidad (problemas de salud y necesidades de la población). La estrategia APOC (atención primaria orientada a la comunidad; v. cap. 8) es una de las metodologías más recomendadas para llevarlo a cabo.
- Los determinantes de la salud en la comunidad, los hábitos y estilos de vida relacionados con la salud (epidemiología, promoción de la salud) y las intervenciones y programas para modificarlos o potenciarlos.
- La organización, efectividad o eficiencia en la atención prestada por los profesionales en estas dos parcelas (modelos de abordaje familiar, intervenciones comunitarias, programas de salud).

Por tratarse la atención familiar y la atención comunitaria de dos campos de actuación con contenidos, actuaciones y competencias diferenciadas, vamos a considerarlos de manera separada. Se exponen a continuación algunos temas que pueden abordarse y que pueden ser o han sido ya objeto de preguntas de investigación.

Investigación en atención familiar

- Efectos de los acontecimientos vitales estresantes (muerte de algún familiar, divorcio, separación, conflictos de pareja o con los hijos, disfunciones familiares, violencia de género, etc.) en la salud. Instrumentos de diagnóstico precoz de sus consecuencias.
- Relación entre el escaso apoyo sociofamiliar y la morbimortalidad.
- Eficacia de determinadas intervenciones como la terapia familiar para la resolución de problemas de salud. Utilidad del abordaje sistémico.
- Estilos de vida de la familia y presencia de enfermedades agudas o crónicas.
- Impacto de la enfermedad (pacientes crónicos, con enfermedades incapacitantes, terminales, etc.) en la

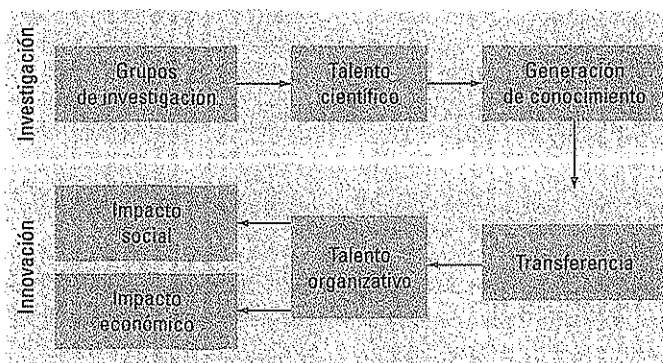


FIGURA 19.1 ■ Objetivos de la investigación y la innovación.

familia y en los cuidadores. Evaluación de programas de atención al cuidador.

- Prevención de accidentes infantiles, en adolescentes o en ancianos.
- Violencia en el seno de la familia (violencia doméstica, de género, al niño o al anciano).
- Evaluación de los programas de atención domiciliaria. Impacto de las nuevas tecnologías.
- Relación o comunicación del profesional de atención primaria con la familia (tipo de información que esta requiere, relación con el cuidador o encargado de la atención al enfermo, o estudio del proceso de participación de los familiares en la toma de decisiones ante determinadas situaciones como en el paciente crónico avanzado, situación terminal, demencias, etc.).

Investigación en atención comunitaria

El elemento más paradigmático de la investigación en atención comunitaria es el denominado diagnóstico de salud de la comunidad, que se interesa por la información obtenida o generada en la comunidad, la analiza y la aplica de forma directa; suelen ser estudios locales, específicos y pragmáticos (De la Revilla et al., 2003). El diagnóstico de la comunidad se considera parte del modelo APOC en cuanto constituye la base de la acción para llevar a cabo el continuo *feedback* del ciclo. Remitimos al lector al capítulo 8 en el cual se trata más específicamente este método, y también a la ejemplar iniciativa del diagnóstico de salud realizado en el Centro de Salud El Progreso, de Badajoz (Centro de Salud El Progreso, 2006).

Ya sea dentro de este círculo metodológico de la APOC, o bien concibiéndolo como un estudio en el que se aborda un aspecto concreto, los temas que pueden ser objeto de interés para investigar en esta área serían los siguientes (Soler y March, 2007):

- Identificar y priorizar las necesidades y los problemas de salud de la comunidad con la participación de esta. Suelen ser estudios descriptivos, donde se conjugan métodos cuantitativos (usando como fuentes de información los sistemas de registro existentes) y cualitativos (informadores clave, grupos nominales, etc.).
- Evaluar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los programas e intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad existentes: vacunaciones sistemáticas, detección precoz de enfermedades, educación para la salud (dieta saludable y ejercicio físico), programas de promoción y fomento de hábitos de salud en las escuelas, prevención de accidentes (de tráfico, domésticos, etc.), métodos de planificación familiar y educación sexual, promoción de la lactancia materna, o la efectividad de las estrategias de utilización por parte de la población diana de los distintos servicios de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.
- Evaluación e innovación de los programas de actividades preventivas en grupos de riesgo o de especial vulnerabilidad (caídas en las personas mayores, cribados a la población inmigrante, en mujeres embarazadas, toxicómanos, etc.).

- Estudiar estrategias y abordajes que permitan incrementar la capacitación y autoeficacia de la comunidad (*empowerment*) para que opte por comportamientos y estilos de vida saludables (De la Revilla et al., 2003).
- Analizar las causas de las desigualdades en salud existentes entre determinados grupos poblacionales, ámbitos geográficos o estratos sociales de la población, su impacto en la salud en términos de morbimortalidad, en el acceso o en la utilización de los servicios sociosanitarios.
- Valor del uso de las nuevas tecnologías (internet, entornos virtuales, etc.) para comunicarse, transmitir mensajes en temas de promoción de la salud a la comunidad, o como cauce de participación de los ciudadanos (telemedicina, escuelas de pacientes, foros de autoayuda, etc.).
- Evaluación de las políticas comunitarias o poblacionales: impacto de la ley del tabaco, políticas de ayuda a las personas con dependencia, etc.

Los temas susceptibles de investigar en AFyC son muy amplios y variados, destacando entre ellos el diagnóstico de salud de la comunidad y los estudios de evaluación de la eficacia de programas de salud comunitarios o de las intervenciones preventivas y de promoción de la salud.

DIFICULTADES Y OPORTUNIDADES PARA INVESTIGAR EN ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Los profesionales de atención primaria comprueban a través de su experiencia clínica cómo influyen la familia y la comunidad en la salud de sus miembros. No obstante, estas apreciaciones deben verse corroboradas por la investigación empírica. Como potencial a valorar, la atención primaria tiene una serie de particularidades que propician el estudio de múltiples aspectos relacionados con la AFyC:

- La atención familiar y la comunitaria constituyen dos áreas competenciales esenciales presentes en los programas oficiales de formación de los especialistas en medicina familiar y comunitaria, matronas, enfermería familiar y comunitaria o pediatría.
- Se trabaja con poblaciones accesibles y bien definidas. La atención primaria supone el primer punto de contacto de la población con los servicios sanitarios, servicios que se proporcionan de forma continuada, integrada e integral, en coordinación con otros servicios, y orientada a los pacientes, a sus familias y a la comunidad.
- Se tiene acceso a registros y bases de datos poblacionales. Dada la práctica universalidad de la atención sanitaria pública en nuestro país, la historia clínica electrónica de atención primaria está posibilitando la creación de bases de datos poblacionales de amplia cobertura y con una gran cantidad de información. Esto ofrece un enorme potencial para la investigación (Bellón, 2010; Bolívar et al., 2012).

- Enfatiza la complejidad de investigar en entornos reales.
- Se centra en la diseminación de resultados prácticos.
- Enfatiza la promoción de la salud y la atención preventiva, focalizándose en el abordaje de las conductas y estilos de vida (factores de riesgo y factores protectores de la salud).

Sin embargo, la investigación en AFyC aún está escasamente desarrollada. Es evidente que existen dificultades importantes para la realización de investigación en el ámbito de la AFyC (Pita y Pérttega, 2005; Soler, 2003), tanto a nivel de las políticas como de la organización o capacitación. Estas dificultades no solo se presentan en nuestro país sino que también son importantes en otros países, como el Reino Unido (Jowett et al., 2000).

De todas formas, en la actualidad existen o se están entendiendo interesantes iniciativas que representan buenas oportunidades para el desarrollo de la AFyC:

- El actual programa oficial de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y el de Enfermería Familiar y Comunitaria, implementados a través de las unidades docentes, desempeñan un papel importante en la promoción y puesta en marcha de investigaciones en este campo.
- El impulso a las estrategias de atención a la cronicidad, con la creación de la figura de la enfermera comunitaria de enlace o gestora de casos, la presencia de otras disciplinas como el trabajo social en el nivel de atención primaria o el apoyo de los técnicos de salud existentes en gerencias o distritos de atención primaria y servicios municipales también constituyen recursos que propician la realización de más actividades de investigación en AFyC.
- Los acuerdos o contratos-programa establecidos entre los gestores y los responsables de los centros de atención primaria incluyen, cada vez más, objetivos específicos dirigidos al desarrollo de actividades comunitarias y acciones intersectoriales, y a la participación de los ciudadanos en el proceso de toma de decisiones y en las intervenciones de carácter comunitario. De hecho, en España, los planes de salud de los gobiernos tanto central como autonómicos priorizan la necesidad de trabajar de una manera coordinada, interdisciplinaria e intersectorial para la reducción de las desigualdades en salud, promoviendo y apoyando iniciativas integradoras. En un futuro, los gestores deberían introducir en los contratos-programa una serie de objetivos a lograr, pasando de una situación en que las actividades de AFyC son, en la mayoría de las ocasiones, de carácter voluntarista por parte del profesional, a otra en que estas materias tengan el mismo rango que los objetivos asistenciales (Segura, 2008).
- El papel cada vez más asumido por los educadores introduciendo en el diseño curricular contenidos y actividades de educación para la salud en los centros escolares (con el apoyo de los sanitarios de atención primaria) constituye también un factor a tener muy en cuenta.
- Algunas sociedades científicas, sobre todo de atención primaria, como la Sociedad Española de Medicina de

Familia y Comunitaria (semFYC), llevan a cabo iniciativas de apoyo a la investigación a grupos que realizan proyectos en el campo de la AFyC, como el PACAP (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria: <http://www.pacap.net/>) o el PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la semFYC: <http://www.papps.es>).

- Finalmente, hay determinadas unidades y organizaciones de atención primaria en nuestro país que impulsan líneas de investigación en AFyC. A nivel estatal, tenemos la Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud, o redIAPP (<http://www.rediapp.org>; Bolívar et al., 2007); en el ámbito autonómico está el IDIAP Jordi Gol en Cataluña, el programa de atención primaria del IACS (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud) en Aragón, las unidades de investigación de atención primaria de larga tradición como las de Mallorca, Vizcaya, Málaga, Salamanca o la recién creada Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica de Atención Primaria (FIIBAP) de Madrid. En un futuro será necesario ampliarlos, consolidarlos y potenciar su papel en el seno de los Institutos de Investigación Sanitaria acreditados por el Instituto de Salud Carlos III.

La AFyC es un área intersectorial y multiprofesional en la que abunda la fragmentación de las actuaciones y de la investigación entre las distintas administraciones y organizaciones implicadas (ayuntamientos, escuelas, centros de salud, agencias de salud pública, asociaciones de ciudadanos, ONG, etc.). A pesar de las numerosas dificultades, la AFyC es crucial para la mejora de la salud de la comunidad, aunque su priorización en las políticas de salud actuales no sea muy evidente.

METODOLOGÍAS DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

La elección del diseño del estudio a realizar dependerá, fundamentalmente, del tipo de hipótesis y objetivos que se plantee el investigador, pero también de las posibilidades que tenga el equipo para su desarrollo (recursos, tiempo, fuentes de información, consideraciones éticas, etc.), ya que no siempre es posible utilizar el diseño ideal sino el más factible. La elección del diseño comporta, por otro lado, la definición de las estrategias metodológicas que permitan responder a la pregunta de estudio de forma rigurosa.

Los tipos de diseño pueden clasificarse de muy diversas maneras: en función de su enfoque (cuantitativos frente a cualitativos, o mixtos), de su carácter (descriptivo o analítico), de su planteamiento (observacional o experimental), de su direccionalidad (prospectivo o retrospectivo) o de su unidad de análisis (individuales o ecológicos). En general, los estudios cuantitativos se basan en los diseños epidemiológicos. Por ello, a continuación se comentan los diseños epidemiológicos, los diseños cualitativos y otros enfoques y métodos de investigación que complementan los anteriores.

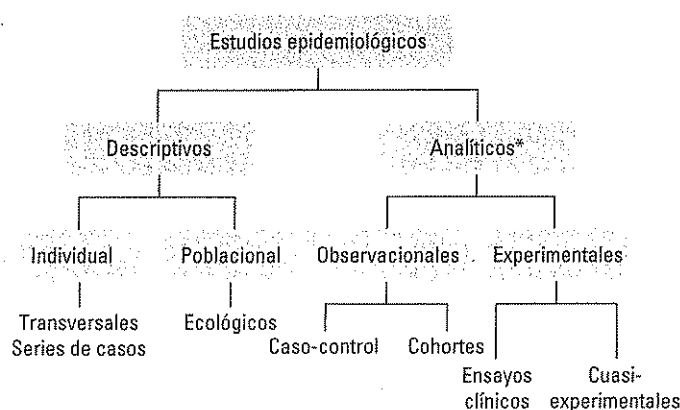


FIGURA 19.2 ■ Tipos de diseños epidemiológicos más importantes. *Los estudios analíticos también se podrían realizar con un planteamiento ecológico.

La metodología de la investigación en AFyC incluye aproximaciones tanto cuantitativas como cualitativas, y en ellas es fundamental la actuación y la participación de los distintos actores involucrados, destacando de forma especial los pacientes y la comunidad.

Diseños epidemiológicos

La variedad de estudios epidemiológicos es enorme. Se propone una forma sencilla de clasificarlos (Argimón y Jiménez, 2004; Irala-Estévez et al., 2004; Royo y Damián, 2009), que se representa en la figura 19.2, y se describen a continuación.

Estudios descriptivos

El objetivo es reflejar la situación de salud de una determinada población o grupo de población, de un determinado problema de salud o de un proceso de salud, sin una hipótesis preestablecida. Este tipo de investigación puede tener una finalidad más descriptiva (medir la prevalencia de una enfermedad o describir una serie de variables y sus patrones de distribución), o bien puede tener una orientación más exploradora, buscando asociaciones entre variables o entre fenómenos. Los tipos de diseños descriptivos son los siguientes:

- *Estudios transversales* (se mide una única vez el fenómeno en cada sujeto de estudio): estudios de prevalencia, estudios de mortalidad, encuestas de salud, series de casos transversales, estudios de utilización de recursos o servicios, encuestas de satisfacción.
- *Estudios longitudinales* (mediciones del fenómeno a lo largo del tiempo): registros de casos y series de casos, seguimiento de una cohorte, estudios de incidencia.
- *Estudios de concordancia*, evaluación de pruebas diagnósticas.

Son estudios muy utilizados para conocer y describir un determinado problema, su distribución en la población y los factores que están relacionados. También son de gran utilidad en investigación para generar ideas o hipótesis para posteriores estudios analíticos. Pueden ser relativamente simples de realizar, rápidos y hasta cierto punto baratos. No permiten hacer inferencias de causalidad, ya que la información sobre la exposición y el resultado se obtienen simultáneamente.

Estudios analíticos

Tienen como objetivo contrastar una hipótesis, ya sea evaluando el efecto de una determinada intervención (para promover, prevenir o tratar una enfermedad o para mejorar el funcionamiento de un servicio) o analizando si una determinada exposición está asociada a un resultado en particular. Este tipo de investigación puede tener una orientación más explicativa, de búsqueda del porqué de los fenómenos, o más predictiva, para analizar las posibilidades de control de determinados problemas. En el cuadro 19.1 se describen los tipos de estudios analíticos más importantes: experimentales y observacionales.

Estudios ecológicos

Son aquellos que relacionan la frecuencia de enfermedad de una población entera con su exposición global a un factor de riesgo. Las unidades de observación son poblaciones (regiones, municipios, barrios, Zonas Básicas de Salud) y se basan en medidas agregadas de los individuos que las forman (consumo medio de cigarrillos, tasa de mortalidad), en características del grupo (centro docente o no, rural/urbano), en medidas ambientales de las zonas (niveles de contaminación) o en medidas globales (producto interior bruto, densidad de población). Tipos de diseño:

- *De grupos múltiples*: por ejemplo, comparan tasas de una enfermedad o condicionante entre diferentes grupos en un mismo período de tiempo.
- *De tendencias temporales*: por ejemplo, comparan tasas de una enfermedad en el tiempo en una población definida.

Son estudios que pueden ser tanto descriptivos como analíticos. Es importante evitar la *falacia ecológica* (o sesgo de agregación), que consiste en hacer inferencias a nivel individual a partir de observaciones procedentes del nivel ecológico, ya que puede existir una gran heterogeneidad entre los individuos que forman el grupo tanto en la exposición como en los efectos.

Diseños de investigación cualitativa

La investigación cualitativa es un paradigma científico, una perspectiva y una actitud diferentes de investigación. Se ha desarrollado a partir de numerosos enfoques teórico-

CUADRO 19.1 Tipos de estudios analíticos

EXPERIMENTAL

El investigador asigna la exposición (tratamiento farmacológico o cualquier otro tipo de intervención) entre los participantes. Los más frecuentes son:

- *Ensayos clínicos aleatorizados*: la asignación del factor de estudio a los individuos se realiza aleatoriamente. Son estudios que estudian la eficacia bajo condiciones controladas. Se considera que son los estudios que mejor pueden sustentar una relación causa-efecto
- *Ensayos pragmáticos*: son ensayos aleatorios que se centran en valorar la efectividad de una intervención en condiciones de práctica habitual, sin un control tan exhaustivo. Las unidades estudiadas pueden ser conglomerados (equipos de atención primaria, escuelas, áreas de salud u otros grupos), pacientes individuales o miembros de la comunidad. Son ensayos muy interesantes para la toma de decisiones sanitarias.
- *Cuasiexperimental*: se evalúa el impacto o efecto de una determinada intervención pero en el que no hay aleatorización. Aunque sus resultados no son tan firmes como en el experimental, se emplea frecuentemente cuando no es posible utilizar otro diseño mejor. Dependiendo del tipo de control que se realice, los diseños más comúnmente utilizados son:
 - *Diseño pretest-postest (o antes-después) de un solo grupo*: la evaluación de la intervención se realiza midiendo su situación anterior y comparándola con la posterior
 - *Diseño de muestras cronológicas*: es parecido al pretest-postest pero con la realización de observaciones repetidas cronológicamente antes y después de la intervención para observar posibles modificaciones de tendencias. Permite controlar mejor el efecto del tiempo
 - *Diseño pretest-postest con grupo control*: existe uno o más grupos control, sin asignación aleatoria, que permite valorar mejor el impacto de la intervención

OBSERVACIONAL

Estudio en el que el factor de estudio no puede ser controlado por los investigadores, por motivos éticos o prácticos, y estos se limitan a observar su efecto en diferentes grupos. Destacan dos tipos:

- *Estudios de cohortes*: se selecciona una población («cohorte») inicialmente exenta de la enfermedad o problema de estudio y se clasifican los individuos según su estado de exposición a un factor de riesgo. La cohorte, formada por sujetos en riesgo de padecer la enfermedad, se sigue en el tiempo y se mide y compara la aparición de la enfermedad en los diferentes grupos de exposición. Son adecuados para el estudio de enfermedades prevalentes, exposiciones raras, estudio de varios efectos simultáneamente relacionados con un mismo factor de riesgo o el estudio de la evolución natural de un problema de salud. No son eficientes para enfermedades poco frecuentes y con largos períodos de latencia
- *Estudios de casos y controles*: se selecciona un grupo de pacientes con una enfermedad («casos») y un grupo adecuado de sujetos sin esta enfermedad («controles») y se determina y compara la exposición en el pasado de los factores de riesgo de interés. Los casos y controles se comparan para evaluar si existen diferencias en su exposición previa a los factores de riesgo. Los estudios de casos y controles son especialmente adecuados para investigar enfermedades poco frecuentes y/o con períodos de latencia muy largos. También permiten investigar varios factores de riesgo que producen un mismo efecto. El número de sujetos necesario es mucho menor que el requerido para los estudios de cohortes.

En los estudios observacionales es fundamental que los grupos observados sean lo más semejantes posible, excepto en el factor de estudio (exposición o enfermedad), y que no haya pérdidas en el seguimiento de los sujetos o en la obtención de la información de los distintos grupos (sesgos de selección y de información)

metodológicos y disciplinas (antropología, sociología, psicología, filosofía o ecología, entre otras). Incluye distintos métodos de acercamiento al sujeto de estudio y técnicas que utilizan entrevistas, observación y análisis de documentos para generar la información. Se caracteriza también por utilizar diversos procedimientos analíticos que no descansan en la estadística y la cuantificación para llegar a las conclusiones. Su base es el paradigma comprensivo-naturalista-interpretativo, según el cual la realidad es contextual y está conformada por valores sociales, políticos y culturales. La investigación cualitativa es «inductiva», comienza con las observaciones de la realidad, formula sus modos de comprensión y construye las teorías.

La investigación cualitativa enfatiza la importancia del «contexto» en todos los aspectos de la investigación (desde la concepción a la disseminación de los resultados). El investigador y los métodos están implicados en los hallazgos y la objetividad se reemplaza por la reflexión subjetiva. La idea es compartir-interpretar los significados de los actores implicados y, por tanto, dejar que las personas se expresen lo más libremente posible.

Hay diversas razones que justifican que la atención primaria de salud incorpore la metodología cualitativa de

manera más preponderante: la necesidad de escuchar a las personas e involucrarse en su mundo; de interpretar sus creencias, valores, motivaciones, expectativas y percepciones que explican las actitudes, conductas e interacciones de las personas en su vida cotidiana; de conocer mejor el impacto del sufrimiento y la enfermedad y los elementos subjetivos, sociales, culturales, económicos y políticos que influyen en ella. Es extraordinariamente útil para plantear marcos explicativos, generar hipótesis, investigar fenómenos novedosos, explorar situaciones y problemas que solo ocurren en el contexto de la atención primaria, profundizar en los condicionantes asociados a la actividad humana, dar sentido a cuestiones emergentes, responder a preguntas evaluativas y comprender la complejidad, el dinamismo y la pluridimensionalidad de la realidad.

A continuación se describen algunos de los elementos más importantes a tener en cuenta en el desarrollo de una investigación cualitativa (Calderón, 2009; Berenguer et al., 2014).

- *Diseño de las muestras*: el muestreo no se realiza de forma probabilística, ni con criterios de representatividad estadística, sino que se busca la representatividad del discurso; se buscan aquellas unidades de muestreo (contextos, personas, eventos, etc.) que mejor

CUADRO 19.2

Técnicas de recogida de información en la investigación cualitativa

TÉCNICAS CONVERSACIONALES

Consisten en el encuentro cara a cara entre el entrevistador y cada uno de los informantes para obtener una información profunda y contextualizada a través de la interacción entre ambos. Su objetivo es que el entrevistado traslade al entrevistador «dentro» de su mundo y le permita comprender sus propias perspectivas y significados

- *Entrevistas individuales:*
 - Conversacional: las preguntas surgen espontáneamente en el contexto de la entrevista sin estar pre-determinadas
 - Semiestructurada: los temas y preguntas están decididas antes del inicio de la entrevista, para lo cual se elabora una guía que asegure que los aspectos más relevantes serán abordados
 - Estructurada: a todos los entrevistados se les formulan las mismas preguntas y en el mismo orden, si bien las respuestas serán abiertas
- *Entrevistas en grupo:* se realiza una entrevista a un grupo de personas con el objetivo de captar los significados y las representaciones de un grupo social sobre el tema a investigar. Se necesitan dos entrevistadores entrenados (el que modera la sesión y el que observa y recoge notas)
 - Grupos de discusión: son entrevistas en grupos de 7-10 personas. La interacción es clave ya que enriquece las aportaciones individuales y ayuda a los participantes a descubrir, clarificar y analizar sus experiencias e ideas. La discusión comporta la construcción conjunta del sentido

puedan responder a las preguntas de investigación y que posibiliten conocer e interpretar el fenómeno en profundidad y en sus diferentes visiones. El tamaño muestral es acumulativo y secuencial, hasta llegar a tener la información suficiente (alcanzar la saturación o redundancia de la información) para responder a los objetivos planteados. Y es flexible y reflexivo, es decir, las decisiones muestrales iniciales pueden llevar a descubrir nuevos aspectos o comprobar que otros informantes son más adecuados, que pueden producir una readaptación de la muestra.

- *Técnicas de recogida de datos:* en el cuadro 19.2 se expone una relación de las principales técnicas a utilizar en investigación cualitativa, entre las que destacan, por su enorme utilidad en el campo de la AFyC, las entrevistas semiestructuradas, los grupos focales y la observación participante. Para profundizar en el fenómeno de estudio, a menudo, en una misma investigación, se combinan diferentes técnicas de recogida de información.
- *Técnicas de análisis:* los datos en un estudio cualitativo no son números sino discursos y observaciones que se presentan generalmente como textos narrativos. El proceso de análisis consiste en ordenar, estructurar y dar significado a la información obtenida, es decir, transformar los «datos brutos» (información recogida) en «datos útiles», de manera que aquellos conformen una información sistemática y manejable que permita la comprensión de lo estudiado.

- Grupos focales: son entrevistas en grupos de 7-10 personas. La interacción es un instrumento para estimular el discurso individual («se escucha en grupo pero se habla como entrevistado individual»)
- Grupos triangulares: son grupos pequeños de 2-4 informantes y pretenden un mayor acercamiento del investigador, creando una dinámica más interactiva y crítico-productiva
- *Técnicas biográficas:* historias de vida o narración autobiográfica. Son técnicas en las que el informante narra experiencias biográficas de su vida a un investigador que estudia un determinado fenómeno

TÉCNICAS OBSERVACIONALES

Recogen la información mediante la observación del contexto estudiado. Los datos se obtienen desde dentro del lugar en que ocurren los hechos mediante la observación directa. Existen distintas modalidades según el grado de participación del observador en el contexto observado, la transparencia del proceso para los observados, así como la amplitud y duración de la observación

TÉCNICAS DOCUMENTALES

Los datos se obtienen a partir de documentos escritos (reclamaciones, historias clínicas, diarios, programas docentes, memorias, informes, etc.) o gráficos (fotografías, películas, etc.). Su utilización parte de considerar que las producciones documentales reflejan los significados sociales de lo que acontece en un determinado ámbito

- Análisis descriptivos: buscan hacer una foto fiel de lo que las personas hacen y dicen, dejando que sean los lectores los que hagan sus propias interpretaciones.
- Análisis interpretativos: asumen explícitamente su intención interpretativa, pretendiendo elaborar marcos explicativos del fenómeno y desarrollar conceptos y teorías sobre el objeto de estudio a partir de los datos. Existen distintas modalidades según su orientación metodológica y su concepción y tratamiento del lenguaje (análisis de contenido temático, análisis estructural, análisis de discurso).

Otros diseños de investigación complementarios

Métodos mixtos

Los métodos de investigación mixta son la combinación de los métodos cuantitativo y cualitativo en un mismo estudio con el fin de obtener un conocimiento más completo del fenómeno que se quiere estudiar superando las limitaciones de cada una de ellos y sumando fortalezas. Existen diferentes tipos de diseños en los métodos mixtos, de acuerdo con el objetivo, el resultado final principal (cuantitativo o cualitativo) y el momento y la forma en que se produce la integración de ambos tipos de datos: convergente paralelo, secuencial, insertado anidado, multifase (Fernández de Sanmamed y Pujol, 2016; Creswell y Plano, 2011).

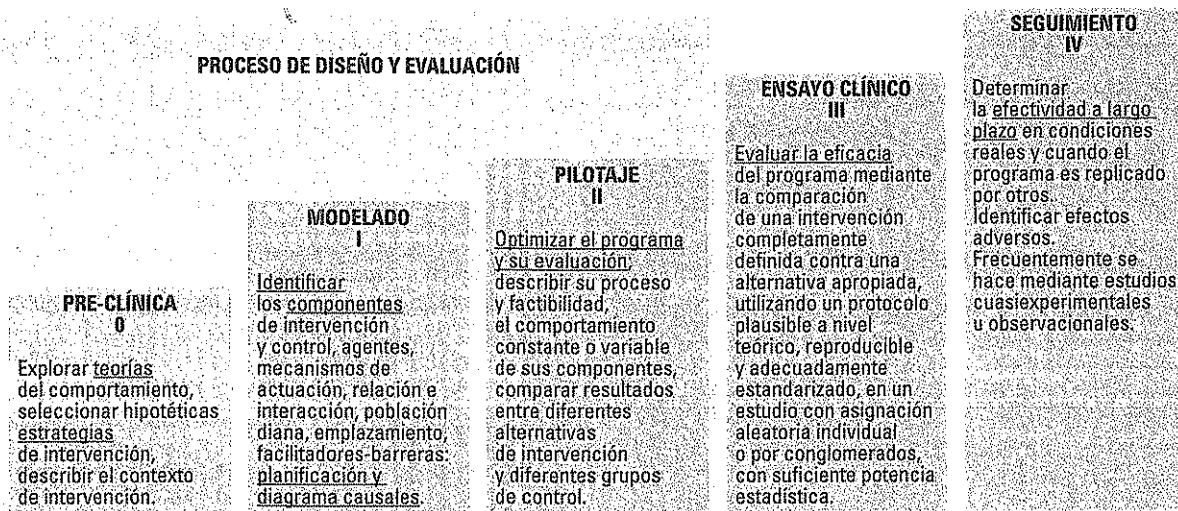


FIGURA 19.3 ■ Fases de desarrollo del Medical Research Council para tener en cuenta los distintos factores que permiten que una intervención compleja sea efectiva y sostenible. De Campbell et al., 2000.

A pesar de que sus aproximaciones al problema pertenezcan a paradigmas diferentes dichos estudios cada vez son más frecuentes en investigación en salud. Esta situación puede ser particularmente importante en la AFyC, donde los problemas de la comunidad están vinculados no solo a aspectos biomédicos, sino además a factores sociales, políticos y contextos económicos.

Investigación con intervenciones complejas e investigación en implementación

Las intervenciones de promoción de la salud son complejas y requieren comprender en profundidad el contexto, ya que este también forma parte de su efecto (Craig et al., 2008). A este respecto, la metodología propuesta por el Medical Research Council ofrece una oportunidad única (Campbell et al., 2000). Este propone un desarrollo en cinco fases secuenciales en las que se utilizan tanto métodos cuantitativos como cualitativos que abarcan (fig. 19.3): a) definición del fundamento teórico (fase 0), b) modelización (fase 1), c) realización de un ensayo exploratorio (fase 2), d) realización del ensayo definitivo (fase 3) y e) implementación a largo plazo (fase 4). Esta metodología promueve la participación de los ciudadanos y los profesionales en la investigación, por lo que aumenta su aceptabilidad y su factibilidad además de asegurar su relevancia cultural y social. También representa una herramienta idónea para conseguir la sostenibilidad de las intervenciones y la transferencia de la investigación a la práctica.

Asimismo, la investigación en intervenciones complejas marca un punto de inflexión en la manera convencional de llevar a cabo los estudios experimentales, ya que lo importante es valorar y comprender el contexto de la práctica en lugar de intentar controlar su influencia.

Por otra parte, surge la necesidad de valorar cómo estas intervenciones complejas se implementan y adaptan a la realidad. De ahí la importancia de la investigación en implementación como un área emergente en la que el interés está en conocer cómo se realiza la implementación de una intervención y cuáles son las estrategias y

factores que mejor permiten su correcta implementación; es decir, conocer «qué», «por qué» y «cómo» funcionan las intervenciones en condiciones reales y las barreras y elementos facilitadores a tener en cuenta para su mejora (Peters et al., 2013). La existencia de una falta de efectividad de una intervención, ¿se debe a una falta de eficacia de la intervención o a una mala implementación? Por tanto, además de medir los resultados clásicos de efectividad (resultados de salud, satisfacción, etc.) es muy importante conocer los resultados de implementación con una serie de nuevas variables que permiten medirla: aceptabilidad, adopción, adecuación, coste, factibilidad, fidelidad, penetración, sostenibilidad (fig. 19.4) (Proctor et al., 2011).

Investigación-acción participativa: un proceso-método para investigar en atención comunitaria

El objetivo de los profesionales sanitarios de atención primaria es plantear el quehacer diario como un trabajo de investigación en salud que verifique la experiencia para redefinir objetivos y adquirir conocimientos. El profesional de atención primaria adopta una perspectiva de observador-participante sobre la comunidad, una metodología que ha sido denominada de investigación-acción (Turabián y Pérez, 2001). Este enfoque, por tanto, puede resultar una herramienta de gran utilidad para investigar en

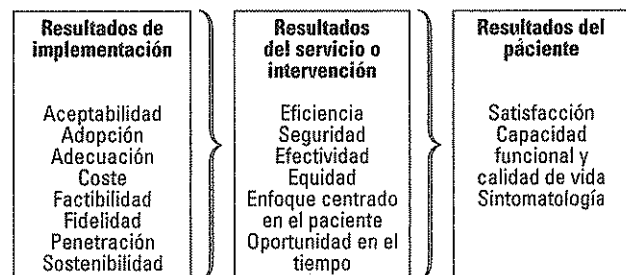


FIGURA 19.4 ■ Tipos de resultados en la investigación en implementación. Adaptada de Proctor et al., 2011.

el campo de la atención comunitaria, como, por ejemplo, para realizar el diagnóstico de salud de la comunidad, y en él se pueden conjugar tanto métodos cualitativos como cuantitativos. La investigación-acción permite desarrollar a los investigadores un análisis participativo, donde los actores implicados se convierten en los protagonistas del proceso de construcción del conocimiento de la realidad sobre el objeto de estudio, en la detección de problemas y necesidades y en la elaboración de propuestas y soluciones.

La meta última de la investigación-acción participativa es conocer para transformar; siempre se actúa en dirección a un fin o un «para qué», pero esta acción no se hace «desde arriba» sino desde y con la base social. Dentro de este proceso «conocer-actuar-transformar», la investigación es tan solo una parte de la «acción transformadora global», pero hay que tener en cuenta que se trata ya de una forma de intervención, al sensibilizar a la población sobre sus propios problemas, profundizar en el análisis de su propia situación u organizar y movilizar a los participantes (Bru y Basagoiti, 2004).

Revisiones sistemáticas y metaanálisis

La información científica disponible sobre el efecto de una intervención a menudo es muy amplia y debe sintetizarse mediante la revisión sistemática, y cuando sea posible con el metaanálisis. Son imprescindibles para la práctica de la medicina basada en pruebas y en la toma de decisiones clínicas o de AFyC.

Cuando hay publicados numerosos artículos originales con resultados primarios se pueden resumir y opinar sobre ellos (revisión narrativa). Pero si lo que se pretende es contestar de forma explícita y sistemática una pregunta bien delimitada, hay que hacerlo con método. Por ello las revisiones sistemáticas se consideran en sí mismas investigaciones científicas. En ellas la unidad de análisis son los estudios originales primarios. Las revisiones sistemáticas más habituales son de ensayos clínicos, pero las hay de estudios casos-control, cohortes, pruebas diagnósticas, etc. Antes de la revisión es importante delimitar bien la pregunta de investigación específica. Una forma de hacerlo es descomponerla con el sistema PICO (acrónimo de *pacientes, intervención, comparación y resultados [outcome]*; <http://guides.mcilibrary.duke.edu/ebm/pico>). Su definición da paso a la búsqueda exhaustiva, con una estrategia preestablecida, de los artículos que podrían ser relevantes; posteriormente, entre los identificados se procede a la selección de artículos con criterios explícitos y reproducibles. La revisión incluye la descripción de los diseños, la síntesis de datos obtenidos y la interpretación de los resultados.

Cuando los datos a sintetizar permiten un análisis estadístico combinando los resultados de dos o más estudios, hablamos de *metaanálisis* (Moher et al., 2015). El patrón de oro es cuando el metaanálisis se puede llevar a cabo con los datos individuales de pacientes incluidos en los estudios primarios, pero lo más común es llevarlo a cabo con los datos agregados de los trabajos publicados. Si hay heterogeneidad entre los resultados de los estudios incluidos, no deberían combinarse estadísticamente, y no se debe ofrecer una estimación global del efecto; es mejor presentarlos de forma gráfica, sin combinarlos, con las características de los estudios individuales en tablas.

En conclusión, puede afirmarse que las revisiones y los metaanálisis son una herramienta fundamental para sintetizar la información científica, aportan más validez que los estudios individuales y permiten identificar aspectos en los que se necesita continuar investigando. Su realización debe abordarse como una investigación en sí misma y no es una tarea sencilla.

Existe una gran variedad de diseños y metodologías de estudio y análisis de resultados. Cada estudio debe escoger el diseño y la metodología que mejor permitan responder a los objetivos planteados teniendo en cuenta la realidad existente y los recursos disponibles.

ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es cada vez más una tarea cooperativa y organizada debido a su creciente complejidad y competitividad.

La unidad básica de la organización de la investigación son los grupos de investigadores que desarrollan líneas de investigación estables a partir de la realización de proyectos y otras actividades. En este apartado nos extenderemos en las características de su organización y funcionamiento, ya que son fundamentales.

Un grupo de investigación necesita tener una organización o instituto que le proporcione una serie de servicios sin los cuales el grupo difícilmente podrá sobrevivir: unidades de soporte especializadas (soporte metodológico y estadístico, lectura semiautomatizada de cuestionarios, procesamiento de datos, informática, transcripción de entrevistas o de grupos focales, etc.), acceso a un Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC), información de las distintas convocatorias de ayuda, gestión de los recursos económicos y humanos del proyecto y del grupo, búsqueda de financiación y sostenibilidad, etc. Y para ello es imprescindible la existencia de instituciones sólidas y altamente profesionalizadas que sean capaces de responder a los retos cada vez más complejos y competitivos de la investigación y que tengan en cuenta las políticas de la comunidad autónoma, estatales e internacionales.

Por otra parte, estos grupos y organizaciones deben intentar participar en estructuras más amplias de investigación en las que poder encontrar colaboración y complementariedad al desarrollo de sus líneas de trabajo, como pueden ser las redes temáticas de investigación cooperativa, los consorcios u otras plataformas suprainstitucionales tanto nacionales como internacionales.

La investigación es, cada vez más, una tarea cooperativa y muy competitiva. Es imprescindible la existencia de instituciones altamente profesionalizadas que puedan proporcionar los servicios de soporte necesarios y que sean capaces de responder a los retos cada vez más complejos y competitivos de la investigación.

Organización del grupo de investigación

Un grupo de investigación es un conjunto de investigadores que cooperan en el desarrollo de líneas de inves-

tigación objeto de su interés. Para ello deberá definir unos objetivos, proyectos y actividades que permitan impulsar la línea escogida y consolidar el grupo.

Es imprescindible que los investigadores del grupo se centren en una o algunas pocas líneas de investigación para poder profundizar en sus contenidos y necesidades de conocimiento y obtener una sólida experiencia.

Para la organización de un grupo de investigación es fundamental tener en cuenta los siguientes elementos:

1. *Definir un plan estratégico*: con unos objetivos, líneas de investigación y actividades programadas para los próximos años que sirva de marco de referencia a todos los investigadores del grupo.
2. *La composición del grupo*: dependerá de las características de la línea establecida. Debe incluir todos los perfiles profesionales y disciplinas necesarias para el desarrollo de la línea de investigación. No hay un número ideal de investigadores, ya que este depende de la complejidad y el tema de los proyectos que desarrolle. Lo más importante es conseguir una buena combinación de capacidades y mostrar una sólida experiencia en el tema, que dé garantías para desarrollar y conseguir los objetivos propuestos. El coordinador del grupo debe tener una gran experiencia en la línea de investigación establecida. El resto del grupo también, pero debe haber un equilibrio entre investigadores con más o menos experiencia. En algunos casos, sobre todo en grupos emergentes, será necesario buscar la colaboración con otras instituciones o grupos consolidados.
3. *Dinámica del grupo*: es fundamental que haya una gran motivación de los investigadores y un clima de colaboración. Para ello debe haber unas reglas de juego claras y razonables (Marrugat, 2002): unos objetivos y estrategias claras, unas tareas y responsabilidades bien definidas, las promociones a conseguir por los miembros claras y consensuadas (tesis doctorales, publicaciones, congresos, estancias en el extranjero, formación, etc.), escrupuloso respeto a los códigos de buenas prácticas científicas, análisis de los errores para que no los repita nadie, etc.

Los grupos de investigación constituyen las unidades básicas de generación del conocimiento y son esenciales para la estabilización y profundización de una línea de investigación. Los grupos de investigación en AFyC se caracterizan por su multiprofesionalidad, intersectorialidad y por su cercanía a los miembros activos de la comunidad.

Actividades de un grupo de investigación

Los grupos de investigación son evaluados periódicamente y deberán rendir cuentas de los resultados obtenidos. Además, si pretende conseguir su acreditación como grupo consolidado por parte de una agencia o institución autonómica o estatal hay que conocer los criterios de valoración. Dada la dispersión de trabajo en atención primaria es preciso establecer una estrategia para poder alcanzarlos. A modo de ejemplo, en el cuadro 19.3 figuran los indicadores principales de evaluación de los grupos de investigación competitivos financiados por el Instituto de Salud Carlos III. En el desarrollo y consolidación de un grupo será fun-

CUADRO 19.3

Indicadores de evaluación de los grupos de investigación

CREACIÓN DE CONOCIMIENTO

Proyectos del grupo, vinculados a las líneas de investigación, cuyo investigador principal pertenezca al grupo:

- Proyectos competitivos: nacionales, internacionales
- Proyectos no competitivos: nacionales, internacionales

DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO

Publicaciones científicas: todas las producidas y las cinco mejores publicaciones del grupo relacionadas con sus líneas de investigación. Aspectos a valorar:

- Pertenencia a una revista del primer decil, primer cuartil o segundo cuartil
- Factor de impacto según el *Journal Citation Reports*
- «Propiedad intelectual» (primer o último autor o autor de correspondencia)
- Número de veces que ha sido citado el artículo

CAPACITACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

- *Tesis doctorales*: realizadas o dirigidas por los miembros del grupo
- *Movilidad de los investigadores*: estancias de más de un mes en centros de investigación de excelencia extranjeros o nacionales relacionados con la investigación del grupo

TRANSFERENCIA E INNOVACIÓN

Actividades de traslación y transferencia:

- Participación en guías de práctica clínica o citación de los resultados en una guía
- Informes a petición de la autoridad sanitaria o de interés estratégico para el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Política Social, Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas), Libros Blancos
- Contratos o convenios con la administración u organismos públicos con el fin de desarrollar estudios de investigación y evaluación empleados en el diseño de políticas o planes de salud, estrategias sanitarias o en otras actividades propias de la autoridad sanitaria
- Productos con registro de la propiedad intelectual e industrial, cuestionarios validados, aplicaciones, etc.
- Patentes (en primera solicitud o prioridad, en solicitud definitiva o con concesión), patentes en explotación mediante concesión de licencia
- Creación de empresas de I + D o patentes en explotación directa (empresas generadas)

SOSTENIBILIDAD DEL GRUPO

- Financiación de proyectos y personal del grupo
- Acreditación y financiación por organismos externos
- Participación en plataformas, redes, CIBER u otras infraestructuras con financiación
- Conectividad del grupo: *networking*; proyectos, publicaciones, actividades de traslación y transferencia compartidos con otros grupos

damental, por tanto, la realización de las actividades que se exponen a continuación.

Proyectos de investigación

El grupo debe intentar tener siempre un proyecto activo o tener varios simultáneamente, según sus capacidades. Para

ello es esencial tener acceso a las distintas convocatorias que van surgiendo y conocer sus requisitos y criterios de evaluación. Las unidades de gestión de proyectos que hay en las instituciones de investigación son fundamentales para informar, asesorar y dar soporte en estos procesos cada vez más complejos.

Para cada proyecto se establecerá un *equipo de investigación* que será liderado por un miembro del grupo. A este equipo se pueden añadir otros miembros según las necesidades del proyecto. El equipo estará formado por el *investigador principal*, como responsable final del proyecto, y los *investigadores colaboradores*. También podrá haber *investigadores asociados* (a veces denominados investigadores de campo), profesionales que colaboran en determinadas tareas clave del proyecto y a los que no es posible o necesario incluir en el equipo investigador. Por ejemplo, en estudios con muchos investigadores reclutando sujetos, solo se pondrá el coordinador de cada centro o área en el equipo investigador. Y en el caso de la investigación comunitaria también se tendrá en cuenta la colaboración o participación directa de líderes y miembros de la comunidad implicados. Deberá cuidarse de forma especial la participación y motivación de estos investigadores asociados, ya que su papel, aunque parcial, puede ser imprescindible para el éxito del proyecto. Aspectos como la formación, el pago de viajes y dietas, el pago de sustitutos, la participación en las publicaciones y comunicaciones a congresos o la incentivación económica, cuando sea posible, son fundamentales. Es recomendable la firma del «compromiso del investigador» del estudio, donde se establecen las tareas que este debe realizar. En algunas comunidades autónomas esta participación cuenta en la carrera profesional, y por tanto debe haber una adecuada certificación.

En los proyectos más complejos en los que participan grupos de distintas instituciones (proyectos de redes nacionales, consorcios europeos, etc.) deberán quedar muy claros el papel y la responsabilidad que tienen cada uno de ellos y las reglas de juego que se establecen (organización y dirección, difusión de resultados, autoría, propiedad intelectual, etc.). Para ello es necesario firmar un acuerdo o contrato entre las distintas partes involucradas.

Difusión de los resultados de los proyectos

Se consigue a través de distintos medios de comunicación (revistas científicas, congresos, noticias generadas en medios de comunicación sociales, etc.). El proceso investigador quedaría incompleto sin la difusión de sus resultados. El equipo investigador tiene el deber de hacerlos públicos y compartirlos con el resto de la comunidad científica, así como hacerlos llegar adecuadamente a la comunidad general.

Actualmente es fundamental la publicación de los resultados en revistas científicas de calidad. Hay mucho debate sobre cómo medir el impacto de las publicaciones. A pesar de las críticas, en la mayoría de las convocatorias los indicadores se basan en el número de artículos producidos y en el factor de impacto de las revistas publicadas, los deciles o cuartiles a los que pertenecen dichas revistas según el factor de impacto que tienen entre las revistas de su área temática, así como el número de veces que han sido citados los artículos producidos.

La AFyC es un área de conocimiento relativamente joven con escasas revistas propias, por lo que deberá apoyarse en las revistas existentes de áreas relacionadas: atención primaria, salud pública, epidemiología, investigación en servicios o ciencias sociales.

Desarrollo de productos de transferencia

Los productos de transferencia son aquellos que, partiendo del conocimiento científico existente, están directamente orientados a incorporar dicho conocimiento a procesos de práctica clínica, salud pública, protección social o empresariales, con la finalidad principal de mejorar y mantener la salud de la población. En el cuadro 19.3 se citan la mayoría de estos productos, que van desde los que evidencian la incorporación de los resultados en la práctica habitual (guías de práctica clínica, informes o dictámenes oficiales) hasta la explotación de una patente o la creación de empresas que comercializan un determinado producto. Cada vez se da más importancia a estos aspectos de transferencia para potenciar que el conocimiento científico obtenido llegue realmente a traducirse en posibles mejoras. Las Oficinas de Transferencia de Resultados de Investigación (OTRI) que tienen las universidades y los institutos de investigación o las redes como ITEMAS tienen esta misión, valorando, protegiendo y transfiriendo los resultados de investigación al sector productivo y a la sociedad en su conjunto (Pareras, 2008).

Formación de sus miembros

Formación continuada de los investigadores, obtención del doctorado y promoción de su movilidad en centros de excelencia para formarse y establecer nuevas colaboraciones.

Participación en redes u otras infraestructuras de investigación

Participar en infraestructuras o plataformas más amplias, con otros grupos afines, como son las redes o CIBER promovidos por el Instituto de Salud Carlos III o los consorcios o redes europeas.

Sostenibilidad del grupo

Se consigue mediante convocatorias de proyectos, convocatorias de recursos humanos (becas predoctorales, contratos posdoctorales o de investigador sénior), convocatorias para grupos acreditados, ayudas a la movilidad, participación en redes o infraestructuras financiadas, etc.

Los grupos de investigación deberán rendir cuentas de su actividad y resultados obtenidos valorándose especialmente la calidad de los proyectos desarrollados, de las publicaciones científicas realizadas, la capacitación de sus investigadores y estancias en centros de excelencia, la traslación y transferencia de los resultados alcanzados y los recursos que consigue para mantener su actividad.

CUADRO 19.4

Fases de un proyecto de investigación

- Elaboración del proyecto de investigación:
- Conceptualización del proyecto de investigación
 - Definición de la estrategia de investigación
- Búsqueda de financiación y aprobación:
- Búsqueda de posibles fuentes de financiación y presentación del proyecto
 - Evaluación y resolución por parte de la agencia financiadora correspondiente
- Ejecución del proyecto:
- Constitución del equipo investigador final y su organización
 - Información a las instituciones involucradas o relacionadas con el proyecto
 - Adquisición e instalación del equipamiento necesario
 - Elaboración del manual de procedimientos
 - Elaboración del cuaderno de recogida de datos y su sistema de gestión
 - Formación del personal
 - Prueba piloto
 - Trabajo de campo, seguimiento y control de calidad de los datos
 - Análisis de datos y obtención de los resultados del estudio
- Difusión de sus resultados
Transferencia del conocimiento

PREPARACIÓN DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es un proceso sistemático, organizado y objetivo dirigido a obtener una respuesta válida y fiable a una pregunta. Se basa en hipótesis y objetivos concretos, emplea instrumentos de medida que deben ser precisos y reproducibles, y una metodología que debe permitir contrastar empíricamente dichas hipótesis y rechazar o aumentar el grado de corroboración de las teorías aceptadas hasta el momento.

Este proceso sigue una serie de etapas bien definidas (cuadro 19.4). Cada una de estas fases debe prepararse y planificarse cuidadosamente (Bolíbar et al., 2006). Dentro de estas fases, la elaboración del protocolo de investigación es decisiva para la participación en distintas convocatorias de financiación, por lo que profundizaremos más en las etapas que contiene. Hay abundante bibliografía al respecto (Gómez de la Cámara, 2009; Argimón et al., 2009), pero escogeremos un esquema que se adapta a las convocatorias más importantes de España (cuadro 19.5).

Fases de un protocolo de investigación

En el cuadro 19.5 se enumeran, en forma de esquema, los apartados que deben figurar en el protocolo de un proyecto de investigación. Estos deben adaptarse a los requisitos de cada convocatoria.

- **Título:** debe ser corto, preciso, conciso y atractivo. Es conveniente que indique la acción que se va a realizar, el tipo de pacientes y ámbito y el tipo de diseño. Se recomienda no exceder 25 palabras y no utilizar acrónimos ni siglas.

CUADRO 19.5

Partes de un proyecto de investigación

- Título
Resumen: objetivo, diseño, ámbito de estudio, sujetos de estudio, instrumentación, determinaciones, análisis estadístico, resultados esperados, aplicabilidad, relevancia y limitaciones
Palabras clave
Antecedentes y justificación del estudio
Bibliografía
Hipótesis
Objetivos:
 - Objetivos generales/primarios
 - Objetivos específicos/secundarios
 Metodología:
 - Diseño del estudio
 - Población de referencia y de estudio
 - Criterios de inclusión y exclusión
 - Tamaño muestral y procedimiento de muestreo
 - Intervención (si el diseño es experimental)
 - Variables (dependientes, independientes)
 - Recogida de datos y fuentes de información
 - Análisis de datos
 - Consideraciones éticas
 - Dificultades y limitaciones del estudio
 Plan de trabajo
 Experiencia del equipo investigador sobre el tema
 Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados (plan de difusión y transferencia de resultados)
 Presupuesto solicitado:
 - Conceptos solicitados
 - Medios disponibles para la realización del proyecto
 - Justificación de la ayuda solicitada
 Anexos

- **Resumen:** síntesis estructurada de todo el proyecto. Generalmente en 250 palabras se debe describir de forma clara y concisa el objetivo, diseño, ámbito de estudio, sujetos, instrumentos que se utilizarán, variables más importantes y el plan de análisis. En muchos casos también se incluyen los resultados esperados, la aplicabilidad y la relevancia del estudio.
- **Palabras clave:** se trata de términos que representan lo que se quiere investigar. Deberían ser expresados en español e inglés y, preferentemente, utilizar los términos MeSH (acrónimo en inglés de *Medical Subject Heading*) o encabezados de términos médicos, usados en las principales bases de datos bibliográficas como Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>).
- **Antecedentes y justificación del estudio:** al iniciar el proceso de investigación se realizará una revisión exhaustiva del conocimiento científico a través de la identificación, localización y revisión de la bibliografía sobre el tema, tanto internacional como nacional. Se debe mostrar la familiaridad de los investigadores con el tema, qué estudios se han realizado (o se están realizando) y qué preguntas quedan por responder. De esta manera se obtiene una visión general del estado actual del tema y se deriva la necesidad de realizar el estudio, su relevancia, qué información o matices aporta de nuevo el proyecto y la adecuación del mismo a las prioridades de la convocatoria. De

su lectura deben deducirse las preguntas de investigación, las hipótesis y los objetivos.

- *Bibliografía*: las citas deben estar referenciadas en el texto en el apartado de antecedentes y justificación. Es preciso enumerarlas en el mismo orden en que se han citado en el apartado de antecedentes. Preferiblemente se deben incluir las citas más relevantes y actuales (5 o 10 años). Generalmente deben seguir las normas de Vancouver (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
- *Hipótesis*: la investigación tiene su fundamento en la necesidad de responder una buena pregunta de investigación. Una vez planteada la pregunta, esta se debe someter a verificación mediante la formulación de una o varias hipótesis. Las hipótesis permiten valorar la originalidad, factibilidad y relevancia del proyecto. Deben definirse de antemano de forma clara, precisa, factible, simple y específica. Los estudios descriptivos, sin embargo, no suelen requerir la formulación de hipótesis, puesto que no se trata de testar o comprobar algo, sino de describirlo.
- *Objetivos*: las hipótesis para su verificación requieren la formulación de unos objetivos. Estos objetivos serán concretos, claros, congruentes, relevantes, evaluables y alcanzables. Deben permitir validar o refutar parcial o totalmente la o las hipótesis. Su número tiene que ser limitado y se ordenarán según el grado de importancia. De esta manera se describen objetivos primarios (que responden a la pregunta principal de la investigación) y secundarios (se refieren a los aspectos parciales de la investigación).
- *Metodología*: consiste en la explicación de los procedimientos que se aplicarán para alcanzar los objetivos. La descripción de la metodología ha de ser sintética, clara y precisa. Deben detallarse los siguientes aspectos:
 - *Diseño*: es preciso indicar el tipo de estudio que se va a realizar. Para ello se escogerá el tipo de abordaje (experimental, observacional, cualitativo, etc.) que se adecue mejor al objetivo del proyecto y se describirá de forma clara y concisa.
 - *Población de estudio*: es la población a la que se espera generalizar los resultados y queda definida por los criterios de selección establecidos por los investigadores, de la cual finalmente se obtendrá la muestra de participantes. Para ello deberán definirse los *criterios de inclusión y exclusión* que especifican las características que deben cumplir los pacientes (sociodemográficas, del problema de salud, aspectos tanto geográficos como temporales, u otras características que puedan ser de interés).
 - *Tamaño y procedimiento de muestreo*: uno de los primeros requerimientos es calcular el tamaño necesario de la muestra. Consiste en calcular el número de personas u objetos de estudio que se requiere para alcanzar los objetivos propuestos. Se recomienda describir detalladamente el procedimiento utilizado, incluyendo valores de prevalencia, incidencia o medias, desviaciones estándar, tipos de errores y pérdidas y/o abandonos para poder evaluar si se ha realizado correctamente y especificar el programa utilizado para su cálculo (p. ej., el programa GRANMO: <https://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/granmo/>). Se debe calcular el tamaño muestral para cada objetivo y escoger el mayor. Además de garantizar una adecuada potencia estadística, también debe asegurarse que el proceso de selección de los sujetos esté exento de sesgos y que se minimicen las amenazas a la validez interna. En el procedimiento de muestreo es preciso describir detalladamente el método que se sigue para seleccionar los participantes y el tipo de selección: aleatoria (muestreo aleatorio simple, aleatorio sistemático, aleatorio estratificado, aleatorio por conglomerados) o no aleatoria (selección por cuotas, de conveniencia, bola de nieve).
 - *Intervención*: en el caso de que el diseño sea experimental, con una intervención sobre la que se quiera demostrar el efecto, esta deberá describirse con detalle. Igualmente deberá explicarse cómo se actuará en el grupo de control, incluso si se trata de seguir los cuidados habituales hay que explicar las condiciones. En el momento de diseñar la intervención puede ser de utilidad la propuesta TIDieR (<http://www.equator-network.org/library/spanish-resources-recursos-en-espanol/>), que propone un *checklist* de 12 ítems como ayuda para mejorar su estructuración y reproducción (Hoffmann et al., 2014).
 - *Variables*: hay que identificar y definir las variables más relevantes y las propias de cada tipo de diseño, especificando los instrumentos y escalas de medida utilizados. También se diferenciarán las variables independientes (factores de exposición o intervenciones, factores de confusión, etc.) y las variables dependientes o de resultado o respuesta. Estas últimas son las que se utilizarán para cuantificar el resultado, por lo que es muy importante definir las con mucha precisión. Es preferible describir los criterios por los que las variables son importantes y utilizar aquellas que ya hayan sido usadas y validadas por otros autores para poder facilitar la comparación de los resultados.
 - *Recogida de datos*: se describirán los instrumentos de medida que se utilizarán, cómo se realizarán las mediciones sobre los participantes, quién las va a realizar, dónde y cuándo. Asimismo, hay que describirlas con suficiente detalle para que el evaluador pueda juzgar su calidad. Si se utilizan instrumentos validados se aportarán datos que acrediten su validez y fiabilidad. Para ello puede ser de gran ayuda la Biblioteca Virtual de referencia científica internacional de los cuestionarios en español de Resultados Percibidos por los Pacientes (Biblio-Pro, <http://www.bibliopro.org/index.html>). Si se utilizan instrumentos no validados se describirán sus principales características, las condiciones en las que se realizarán las mediciones y el modo en que se controlará su calidad. Es importante indicar la experiencia de los investigadores con los instrumentos de medida. En caso de utilizar bases de datos de las historias clínicas electrónicas

u otras fuentes deberán describirse sus características y la calidad de los datos que ofrecen. También se pueden incluir, en los anexos del protocolo, los cuestionarios o el cuaderno de recogida de datos a utilizar.

- *Descripción de estudios piloto, si procede:* también es pertinente confirmar la realización de la prueba piloto correspondiente. Los resultados del estudio piloto refuerzan una propuesta de investigación, permiten evaluar la factibilidad del estudio, la disponibilidad de los pacientes y la fiabilidad de los instrumentos de medida.
- *Plan de análisis de datos:* es necesario especificar y describir claramente el plan de análisis que se piensa aplicar y que responda a los objetivos formulados. Conviene también indicar cómo se gestionarán los datos y cómo se van a utilizar. En caso de no dominar suficientemente la técnica necesaria se utilizará el apoyo externo preciso. En las pruebas estadísticas se aconseja incluir una parte descriptiva y otros análisis más complejos. Si se trata de análisis más sofisticados se puede acompañar de una referencia bibliográfica. También se aconseja explicar cómo se tratarán las pérdidas y las no respuestas y las técnicas que se utilizarán para minimizar los sesgos que no se hayan podido minimizar en la fase de diseño del estudio.
- *Limitaciones del estudio:* es preciso explicar los sesgos potenciales (de selección, de información o de confusión) y otros problemas que pueden aparecer en el estudio, así como lo que se va a hacer para evitarlos o minimizarlos. Es importante justificar que estos no tienen por qué modificar los resultados o que es inevitable que ocurran.
- *Consideraciones éticas:* se debe incluir explícitamente el cumplimiento de las normas éticas y legales vigentes; el protocolo se someterá a la valoración del CEIC. Se describirá cómo se realizará el reclutamiento de los sujetos (información al participante, participación voluntaria) y el procedimiento para asegurar la confidencialidad y el anonimato de los datos.
- *Plan de trabajo:* se especificarán las tareas que se realizarán a lo largo del estudio y quién las realizará. El plan debe incluir un cronograma realista y contemplará las posibles demoras. En proyectos de varios años de evolución se indicará cuándo se prevé alcanzar los objetivos parciales. Se debe adaptar a la duración prevista de la convocatoria a la que se presente el estudio.
- *Experiencia del equipo investigador:* se solicita información sobre la experiencia del equipo investigador en los últimos cinco años y la relevancia de sus contribuciones científicas previas en general y en relación con el tema de la propuesta: proyectos (estatales o internacionales), publicaciones, participación en redes/plataformas acreditadas, etc. El perfil de los componentes del equipo debe ser lo más adecuado a la naturaleza y temática del proyecto, por lo que conviene integrar en el equipo a las personas que aseguren las capacidades para poder desarrollar los diferentes aspectos del proyecto. El investigador principal debe demostrar una gran experiencia investigadora previa. Actualmente, en algunas convocatorias existe la posibilidad de proponer un segundo investigador principal o coinvestigador. Esto es una buena oportunidad para iniciar como investigador principal a investigadores que aún tienen poca experiencia.
- *Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados:* explicación del impacto clínico o utilidad práctica de los resultados en relación con la salud (destinatarios concretos o potenciales que se pueden beneficiar de los resultados de la realización del proyecto). También se debe especificar la relevancia científica de la investigación (originalidad, capacidad de mejorar problemas específicos o de producir avances significativos) y la magnitud de su aplicabilidad sanitaria. Deberá incluirse el plan de difusión y de publicación de resultados (posibles publicaciones e impacto bibliométrico, posibles participaciones en congresos internacionales), así como los productos de innovación y transferencia que pudieran producirse (v. cuadro 19.4). Ciertas convocatorias refieren un apartado donde destacar la capacidad del proyecto para abordar los objetivos y prioridades de estrategias o de planes de investigación en las que se enmarcan las ayudas. Además hay que destacar la capacidad de fomentar sinergias e impulsar el talento en el Sistema Nacional de Salud.
- *Presupuesto solicitado:* deberá determinarse con la mayor exactitud posible e incluirá los recursos adicionales necesarios para la correcta ejecución del proyecto. Es recomendable utilizar una hoja de cálculo para su distribución en años y evitar errores. El importe total deberá ajustarse a la cuantía establecida por la convocatoria. Los conceptos a incluir dependerán de cada convocatoria, pero generalmente se divide en los siguientes apartados:
 - *Personal:* el personal necesario para la realización del proyecto, según categorías y tiempo de contratación.
 - *Bienes y servicios:* equipamiento, material fungible, servicios científico-técnicos, pruebas de laboratorio, exploraciones, cuestionarios, subcontrataciones, coste del seguro en ensayos clínicos, gastos de farmacia, gastos de publicación, mensajería, etc.
 - *Viajes y dietas:* asistencia a congresos según el plan de difusión, reuniones de coordinación, viajes y dietas del personal contratado, etc.
- Además, junto al presupuesto deberán definirse los *medios disponibles para la realización del proyecto* (descripción detallada de los recursos humanos y materiales ya disponibles) y la *justificación de la ayuda solicitada* (explicación detallada, concepto por concepto, de los motivos por los cuales se solicitan los distintos ítems del presupuesto). No hay que dar nada por sobrentendido.
- *Anexos:* se suele incluir la hoja de información al paciente, el consentimiento informado, la hoja de recogida de datos y toda aquella información complementaria que deba ser valorada por el evaluador.

TABLA 19.1 Principales guías de evaluación

Nombre de la guía	Tipo de diseño	Localización
CONSORT	Ensayos clínicos aleatorizados	http://www.consort-statement.org/consort-2010
CONSORT CLUSTER TRIALS	Ensayos clínicos aleatorizados por conglomerados	http://www.consort-statement.org/extensions/designs/cluster-trials/
CONSORT PRAGMATIC TRIALS	Ensayos clínicos pragmáticos	http://www.consort-statement.org/extensions/designs/pragmatic-trials
SPIRIT	Artículos de protocolos de ensayos clínicos	http://www.spirit-statement.org/ http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/18567
TREND	Estudios de intervención no aleatorizados	http://www.cdc.gov/trendstatement/docs/AJPH_Mar2004_Trendstatement.pdf
PRISMA	Revisiones sistemáticas y metaanálisis	http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/Checklist.aspx
StaRI	Estudios de implementación	http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/stari-statement/
STROBE	Estudios observacionales	http://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists
STARD	Estudios de precisión diagnóstica	http://www.stard-statement.org/
SQUIRE	Estudios de mejora de calidad	http://www.squire-statement.org/
CHEERS	Estudios de evaluación económica	http://www.ispor.org/taskforces/EconomicPubGuidelines.asp https://www.ispor.org/TaskForces/documents/Cheers-paper_Spanish.pdf
CALDERÓN 2009	Investigación cualitativa	Calderón C. Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. Forum: Qualitative Social Research. 2009;10:Art. 17. Disponible en: http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1294/2766
COREQ	Investigación cualitativa	Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19:349-57. Disponible en: http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long
CASPe	Herramientas de lectura crítica para diferentes tipos de diseño en investigación	http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos

La preparación de un proyecto de investigación requiere conocer el problema a abordar y exige un gran rigor en la redacción de sus distintas fases. Todas las etapas de un proyecto de investigación tienen aspectos éticos que deben considerarse.

Guías de ayuda al diseño de un protocolo de investigación

Existen diversas guías específicas para cada tipo de diseño de investigación que representan una gran ayuda en su elaboración y facilitan posteriormente su evaluación, realización y publicación. En la tabla 19.1 se expone un listado de las principales guías según el tipo de estudio y dónde se pueden localizar, ya que se van actualizando frecuentemente. De forma genérica se recomiendan dos webs: CASPe (<http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>) y EQUATOR Network (<http://www.equator-network.org/library/>), que reúnen un conjunto de guías y listas de comprobación que se actualizan periódicamente y pueden ser de gran utilidad en la preparación de un proyecto.

Hay que atender al enunciado y los documentos de la convocatoria. El conocimiento y la utilización de guías y listas de comprobación por parte de los investigadores son excelentes herramientas para el diseño y la evaluación de publicaciones y proyectos en función de su diseño metodológico.

ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Cualquier investigación con seres humanos debe basarse en los cuatro principios éticos básicos: no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía (informe Belmont). El desarrollo de estos principios en la investigación se basa en una serie de referencias internacionales (cuadro 19.6) que constituyen la base para el desarrollo de las guías de buenas prácticas en investigación.

En estas guías se establecen los principios y criterios que deben tenerse en cuenta en cada una de las fases de un proyecto de investigación, ya que en cada una de ellas subyacen aspectos éticos que requieren atención. En la tabla 19.2 se sintetizan los aspectos éticos más importantes que hay que tener en cuenta en un proyecto de investigación.

Es obligación de todos los miembros del equipo investigador conocer estos principios y respetarlos en todas las fases del proyecto. Todo ello tiene como objetivo final garantizar la credibilidad de la actividad científica y responder así a la confianza de la sociedad, preservando los derechos de los sujetos participantes. Por tanto, no puede hablarse de excelencia científica si no existe un cumplimiento de los principios éticos.

Distintas instituciones de investigación han elaborado guías de buena práctica (Parc de Recerca Biomèdica de Barcelona PRBB, 2014) con el compromiso de difundirlas e impulsarlas entre su personal investigador. El conocimiento y la utilización de las guías de buena práctica y las listas de revisión por parte de los investigadores son una excelente herramienta para garantizar el cumplimiento de los principios éticos.

CUADRO 19.6

Principales referencias que constituyen los fundamentos de la ética en investigación

- Informe Belmont:* Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/>
- Declaración de Helsinki:* principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, 2008: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
- Guía de Buena Práctica: International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. European Agency. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), Ginebra, 2002: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2016/08/International_Ethical_Guidelines_for_Biomedical_Research_Involving_Human_Subjects.pdf
- Declaración de Oviedo:* convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina en la Unión Europea, Oviedo, 1997. España lo suscribió en el año 1999: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/10/20/pdfs/A36825-36830.pdf>

Por otra parte, todos los estudios y proyectos de investigación en los que intervengan seres humanos y se realicen intervenciones o se tomen muestras biológicas deberán tener un certificado de aprobación de un CEIC.

Un CEIC es un organismo independiente, multidisciplinario, constituido por profesionales sanitarios y no sanitarios, encargado de velar por la protección de los sujetos de investigación, por el rigor metodológico de los estudios y por el cumplimiento de los requerimientos éticos y legales. El CEIC debe supervisar los proyectos desde su evaluación y aprobación hasta su finalización (Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre). Los CEIC son acreditados por la autoridad sanitaria de cada comunidad autónoma y normalmente tienen un ámbito geográfico o institucional determinado.

La legislación española también contiene una serie de leyes que regulan las distintas actividades de investigación y preservan el cumplimiento de los principios éticos generales. Estas leyes deben ir adaptándose al conjunto de disposiciones que van surgiendo de la Unión Europea. En la tabla 19.3 figuran las más importantes y vigentes actualmente.

Los derechos de los seres humanos implicados en la investigación prevalecen sobre cualquier otro interés. El investigador debe conocer y aplicar los estándares y normas de buena práctica en investigación. La ética en la investigación es indisoluble de su excelencia metodológica.

TABLA 19.2 Aspectos éticos que hay que tener en cuenta en un proyecto de investigación

Fase de investigación	Aspectos éticos
Composición del equipo investigador	Calificación profesional e investigadora adecuada Conocimiento de la pertenencia al equipo y compromiso con el proyecto Respeto explícito a las normas éticas
Elaboración del protocolo	Establecimiento de objetivos e hipótesis: pertinencia (no redundancia, interés, factibilidad) Beneficios esperados mayores que riesgos potenciales Rigor metodológico. Un diseño inadecuado no cumple las normas éticas Participación voluntaria con información completa. Hoja de información al paciente y consentimiento informado Cobertura de los posibles riesgos que conlleve la investigación para los sujetos Garantía de confidencialidad de los datos. La Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (15/1999) regula su registro, tratamiento, difusión y cesión Aprobación por parte del Comité de Ética de Investigación Clínica en aquellos estudios donde es requerido (Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre)
Búsqueda de financiación	Garantizar la independencia respecto a la investigación No retribución a los sujetos participantes que pueda condicionar su libre participación Adecuación del gasto a las necesidades planteadas
Evaluación del proyecto o evaluación de publicaciones	Ausencia de conflicto de intereses
Ejecución del proyecto	Gestión eficiente y transparente de los gastos. Uso eficiente del presupuesto Colaboración con las posibles auditorías requeridas. Elaboración de los informes o memorias de progreso requeridas Mantener el material de investigación en las mejores condiciones posibles Establecimiento de los controles de calidad necesarios para garantizar unos datos y resultados correctos Protección de los derechos de propiedad intelectual Adecuada eliminación de residuos, en caso de producirse, siguiendo las normas existentes para la conservación del medio y protección de las personas
Comunicación de resultados	Imperiosidad de su comunicación Completa, explícita, abierta a la revisión externa, sin manipulación ni fraude Difusión de resultados tanto favorables como desfavorables Concepto de autoría Evitar publicaciones redundantes o excesivamente fragmentadas
Fase posterior	Custodia de la documentación por el equipo investigador durante el tiempo establecido Custodia de muestras biológicas y uso ético, autorizado, en investigación

TABLA 19.3 Legislación más importante

Aspecto tratado	Legislación
Ensayos clínicos con medicamentos y productos sanitarios	Real decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de Investigación Clínica con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos Reglamento (UE) n.º 536/2014 del Parlamento Europeo y del consejo de 16 de abril de 2014 sobre los ensayos clínicos de medicamentos de uso humano Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, que regula los productos sanitarios Real Decreto 1372/2004, de 7 de junio, por el que se modifica el Real Decreto 414/1996, de 1 de marzo, por el que se regulan los productos sanitarios y se introducen especificaciones detalladas para los productos sanitarios en cuya elaboración se utilizan tejidos de origen animal. BOE n.º 138, de 8 de junio de 2004
Estudios postautorización con medicamentos	Orden SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las directrices sobre estudios postautorización de tipo observacional para medicamentos de uso humano Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano
Ley de Investigación Biomédica	Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. BOE n.º 159, de 4 de julio de 2007, p. 28826-48
Protección de datos de carácter personal	Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE n.º 298, de 14 de diciembre) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE n.º 274, de 15 de noviembre) Actualmente se está desarrollando una normativa a nivel europeo

PERSPECTIVAS DE FUTURO

- Deben favorecerse todas las iniciativas posibles para la coordinación entre las organizaciones involucradas en AFyC (administración municipal, centros de salud, centros escolares, sociedades científicas, entidades de provisión de servicios, asociaciones de vecinos, grupos de autoayuda, etc.) y su implicación en la investigación.
- Es muy importante incrementar el contenido de actividades e investigación en AFyC en los contratos programa o acuerdos de gestión existentes con los centros de salud para que las intervenciones de AFyC, que en la mayoría de las ocasiones son de carácter voluntarista, pasen a tener unos objetivos claros y específicos del mismo rango que los objetivos asistenciales.
- Los profesionales que quieran investigar deben organizarse en grupos de investigación. Estos son los verdaderos motores de la investigación y necesitan instituciones especializadas y profesionalizadas en investigación que les den soporte y los incluyan en estrategias más globales de investigación.
- Actualmente no existen instituciones específicas de investigación en AFyC pero sí que pueden desarrollarse programas específicos dentro de las estructuras de investigación que ya existen en atención primaria o en salud pública. Estas deben incluir programas de investigación en AFyC que promuevan la existencia de grupos de investigación de excelencia.
- Es preciso aumentar la presencia de la investigación en AFyC en las políticas y criterios de priorización de los organismos financiadores y en las agencias evaluadoras de proyectos de investigación. En estos organismos debe haber una discriminación positiva hacia la AFyC para darle impulso y mejorar la precaria situación actual.

- Resulta imprescindible una mayor dedicación de los profesionales a la investigación. Debería existir la posibilidad de elaborar contratos mixtos de asistencia-investigación o de intensificación que permitan liberar tiempo de forma parcial o temporalmente para dedicarlo a la investigación.
- La formación es un elemento clave: los profesionales de la salud necesitan acceder a una formación básica en metodología y diseño de estudios que les permita elaborar preguntas de investigación derivadas de las necesidades y problemas de salud concretos de la población a la que atienden y plantear un diseño y una estrategia de recogida y análisis de datos adecuados.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

- Berenguer A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y aprender. Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol; 2014. Disponible en: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>.
- Libro elaborado con fines didácticos para enseñar a profesionales de la salud qué es la investigación cualitativa y cómo llevarla a la práctica.*
- International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Writing and editing for biomedical publication. Updated December 2016. Disponible en: http://www.icmje.org/urm_main.html.
- Normas internacionales sobre la redacción y publicación de originales en biomedicina. Incluye, además, reflexiones sobre los principios éticos que fundamentan estas recomendaciones.*
- Royo Bordonada MA, Damián Moreno J. Método epidemiológico. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; 2009. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/2009-0843_Manual_epidemiologico_ultimo_23-01-10.pdf.
- Manual elaborado por diferentes expertos en salud pública y profesores de la Escuela Nacional de Sanidad, en el que se describen los conceptos básicos de la epidemiología y sus métodos.*
- The Community Guide. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <http://www.thecommunityguide.org/uses/research.html>.

Es una web que proporciona información interesante basada en revisiones sistemáticas sobre recomendaciones e intervenciones de salud pública y atención comunitaria.

De forma genérica, se recomiendan dos webs que reúnen un conjunto de guías, listas de comprobación y herramientas para la evaluación de publicaciones y proyectos en función de su diseño metodológico, que se actualizan periódicamente y pueden ser de gran utilidad en la preparación de un proyecto:

- Web CASPe: <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>
- EQUATOR Network: <http://www.equator-network.org/library/spanish-resources-recursos-en-espanol/>

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Argimón JM, Balagué M, Barcelo ME, Bolívar B, Cerezo C, Diogène E, et al. Guía per desenvolupar i presentar un projecte de recerca. Barcelona: EdidE; 2009.
- Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Madrid: Elsevier España; 2004.
- Bellón Saameño JA. Grandes bases de datos poblacionales para la investigación en atención primaria: «jugamos con ventaja». Aten Primaria 2010;42:549-51.
- Bolíbar B, Cabezas C, Nin E, Violan C. Estudios multicéntricos en Atención Primaria. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina; 2006.
- Bolíbar B, Fina F, Morros R, García MD, Hermosilla E, Ramos R, et al. SIDIA database: electronic clinical records in Primary Care as a source of information for epidemiologic research. Med Clin (Barc) 2012;138:617-21.
- Bolíbar Ribas B, Grandes Odriozola G, Llobera Canaves J, Bellón Saameño JA. La red de investigación en actividades preventivas y promoción de la salud: un reto para la atención primaria. Aten Primaria 2007;39:633-5.
- Bru P, Basagoiti M. La Investigación-Acción Participativa como metodología de mediación e integración socio-comunitaria; 2004. Disponible en: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/6/documentos_investigacion.pdf.
- Calderón C. Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. Forum: Qualitative Social Research. 2009;10:Art. 17. Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1294/2766>.
- Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ 2000;321:694-6.
- Centro de Salud El Progreso. Análisis de la situación de Salud realizado en el Centro de Salud El Progreso. Badajoz; 2006. Disponible en: http://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/atencion_primaria/documentos/centros_salud/Analisis_de_Salud_EL_Progreso.pdf.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Mitchie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ 2008;337:a1655.
- Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. Thousand Oaks CA: Sage; 2011.
- Fernández de Sanmamed MJ, Pujol E. No todo es clínica. Las ciencias blandas en Atención Primaria. Hablamos de la investigación cualitativa. AMF 2016;12:388-97.
- Gayoso P. La ética en la investigación. In: Bolívar B, Cabezas C, Nin E, Violan C, editors. Estudios multicéntricos en Atención Primaria. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina; 2006.
- Gómez de la Cámara A. ¿Cómo presentar los proyectos de investigación? En: semFYC. Guía de actuación en Atención Primaria. 4.ª ed. Barcelona: semFYC Ediciones; 2009.
- Hoffmann TC, Glasziou P, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. BMJ 2014;348:g1687.
- Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Seguí-Gómez M. Epidemiología aplicada. Barcelona: Ariel; 2004.
- Jowett SM, Macleod J, Wilson S, Hobbs FD. Research in primary care: extent of involvement and perceived determinants among practitioners from one English region. Br J Gen Pract 2000;50:387-9.
- Marrugat J. Colaboren multidisciplinaria, transdisciplinaria o interdisciplinariamente, y avancen juntos, por favor. Rev Esp Cardiol 2002;55:895-6.
- Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. and PRISMA-P Group. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. Systematic Reviews 2015;4:1.
- Moher D, Tetzlaff J, Tricco AC, Sampson M, Altman DG. Epidemiology and reporting characteristics of systematic reviews. PLoS Med 2007;4:e78.
- Parc de Recerca Biomèdica de Barcelona PRBB. Code of Good Scientific Practice of the PRBB. Barcelona: PRBB; 2014. Disponible en: http://www.prbb.org/system/uploads/attachment_data/file/3/en/eng_a4.pdf.
- Pareras LG. Innovar y emprender en el sector sanitario. Barcelona: Ars Medica; 2008.
- Peters DH, Adam T, Alonge O, Akua Agyepong I, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it. BMJ 2013;347:f6753.
- Pita Fernández S, Pértega Díaz S. Dificultades de la investigación en Atención Primaria. Fistera [Internet]. 2005. Disponible en: <http://www.fistera.com/mbe/investiga/difInvestAP/difInvesAP.asp>.
- Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Adm Policy Ment Health 2011;38:65-76.
- Revilla L, de la, Siles MD, López LA. Participación e intervención comunitarias. In: Martín Zurro A, Cano JF, editors. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5.ª ed. Madrid: Elsevier; 2003. p. 352.
- Segura A. Investigación en Atención Primaria en Castilla-La Mancha. Rev Clin Med Fam 2008;2. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2008000100006.
- Soler M, March S, coordinadores. Situación de las actividades comunitarias en Atención Primaria. Informe final. Barcelona: PACAP-semFYC; 2007. Disponible en: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/12/informe-final-pacap.pdf>.
- Soler Torroja M. Atención comunitaria y promoción de salud: la atención primaria en una encrucijada. Revista electrónica en Atención Primaria 2003;. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/revcliatepri/revcliatepri_a2008m9n16/revcliatepri_a2008m9n16.html.
- Turabán JL, Pérez Franco B. Actividades comunitarias en Medicina de Familia y Atención Primaria. Madrid: Díaz de Santos; 2001. p. 545.

ÍNDICE ALFABÉTICO

- A**
- Abordaje familiar, 120
 - Adolescencia, 327
 - Alfabetización en salud, 316
 - Alma-Ata, 3
 - Análisis de la situación de salud, 175
 - listado de problemas y necesidades de salud, 179
 - metodología para identificar necesidades de salud, 177
 - encuestas de salud, 178
 - indicadores de salud y de servicios, 177
 - obtención de información a través de consenso, 178
 - Ansiedad/depresión, 319
 - Apgar familiar, 25
 - Área de Salud, 84
 - Asma bronquial, 318
 - Atención, 99
 - a la dependencia, 122
 - al niño y al adolescente
 - aspectos específicos de la, 326
 - aspectos clave, 100
 - clínica y comunitaria, 241
 - familiar, 112
 - modelo explicativo, 112
 - acontecimientos vitales estresantes, 113
 - clasificación, 124
 - etapas del modelo propuesto, 114
 - factores que intervienen, 113
 - familia, 113
 - la red y el apoyo social, 114
 - y comunitaria, 9, 223
 - basada en las pruebas científicas, 223
 - definición, 224
 - evaluación crítica de las pruebas, 230
 - aplicabilidad de los resultados, 233
 - de la validez interna, 230
 - importancia de los resultados, 232
 - implementación, 234
 - tipos de barreras, 234
 - naturaleza de las pruebas, 225
 - proceso, 227
 - búsqueda de las pruebas, 228
 - formulación correcta de la pregunta, 227
 - toma de decisiones, 233
 - longitudinalidad y continuidad, 9
 - perfiles profesionales y de actividad, 10
 - problemas atendidos, 10
 - y salud comunitaria, 333
 - acreditación docente de centros y tutores, 340
 - desarrollo profesional continuo, 342
 - Espacio Europeo de Educación Superior, 334
 - contenidos y métodos, 335
 - datos en España, 335
 - especialización enfermera, 338
 - orientación de los estudios, 334
 - formación
 - continuada, 342
 - especializada, 339
 - evaluación docente, 341
 - programas docentes, 339
 - y docencia, 333
 - investigación, 347
 - áreas, 348
 - aspectos éticos, 361
 - dificultades y oportunidades, 349
 - diseños
 - de investigación cualitativa, 351
 - epidemiológicos, 351
 - metodologías, 350
 - organización, 355
 - perspectivas de futuro, 363
 - preparación de un proyecto, 358
 - fases de un protocolo, 358
 - modalidades, 101
 - organización y tipos, 100
 - primaria
 - de salud, 3
 - antecedentes en España, 12
 - características del trabajo en atención primaria, 6
 - conceptos y organización, 4
 - efectividad y eficiencia, 7
 - en otros países, 15
 - enfoque personal y familiar, 17
 - personas, elementos centrales, 18
 - rol de los profesionales sanitarios en la atención familiar, 27
 - orientación comunitaria, 8
 - puerta de entrada del sistema, 8
 - Orientada a la Comunidad, 140
 - desarrollo, 141
 - caracterización de la comunidad, 142
 - registros e indicadores útiles, 143
 - evaluación de la intervención, 146
 - planificación e implementación de la intervención, 145
 - priorización: ¿qué abordamos?, 144
 - revaloración de las necesidades en salud de la comunidad, 147
 - supervisión de la intervención, 146
 - valoración detallada del problema de salud, 145
 - profesionales implicados, 147
 - y comunitaria, 9
 - programa de atención domiciliaria, 102
 - urgente, 103

C

 - Cambios frecuentes de domicilio en los ancianos, 283
 - Cardiopatía isquémica, 318
 - Causalidad, 157
 - criterios epidemiológicos, 157
 - Centro
 - de salud, 5, 84
 - tipos, 85
 - y equipo de salud, 83
 - actuaciones comunitarias, 88
 - ámbitos de actuación, 83
 - asistencia sanitaria, 90
 - atención familiar, 90
 - cartera de servicios, 98
 - conceptos, 83
 - coordinador o director, 97
 - dirección, 96
 - contratos programa y contratos de gestión, 98
 - gestión o dirección por objetivos, 99
 - docencia y formación continuada, 91
 - educación para la salud de la población, 89
 - elementos de apoyo, 86

Centro (*cont.*)

- enfermera de atención primaria, 104
 - competencias, 105
 - equipo
 - básico, 86
 - intrínseco, 107
 - estructuras de apoyo, 86
 - funciones y actividades, 87
 - de soporte, 92
 - gestión y autonomía, 96
 - investigación, 91
 - médico de familia, 106
 - competencias, 106
 - oferta asistencial, 98
 - organización general, 94
 - ámbitos urbano y rural, 95
 - tareas de administración y gestión, 95
 - papel de los distintos profesionales, 84
 - personal de administración y de apoyo, 103
 - funciones, 103
 - prevención de la enfermedad, 90
 - promoción de la salud, 89
 - rehabilitación y reinserción social, 90
 - tamaño, 87
 - trabajador social, 104
 - trabajo
 - en y con la comunidad, 84
 - social, 89
- Ciudadanos y pacientes, 31
- cambios sociales y sanitarios, 32
 - nuevo modelo de paciente, 33
 - paciente en la toma de decisiones individual, 34
 - relación entre el profesional sanitario y el paciente activo, 34
 - transición educativa de la población, 32
- Comunicación
- asistencial, 191
 - no verbal, 192
 - definición y componentes, 192
 - expresiones faciales, 193
- Comunidad
- concepto, 132
 - salud comunitaria, 133
 - de qué depende, 135
 - papel del sistema sanitario, 138
 - atención a la familia y a la comunidad, 139
 - incorporación de la salud pública, 140
 - interdisciplinariedad y organización, 139
 - programas e intervenciones, 136
- Crecimiento y desarrollo, 269
- Cuidado del paciente terminal y su familia, 283

D

- Desarrollo comunitario, 137
 - participación ciudadana, 137
- Desigualdades sociales de la salud, 47
 - causas, 49
 - ejes de desigualdad, 51
 - clase social y la posición socioeconómica, 51
 - género, 52
 - otros, 52
 - medición y vigilancia, 52
 - papel
 - de la atención primaria, 57
 - de los profesionales sanitarios, 57
 - políticas para reducirlas, 53, 55
 - criterios, 55
- Determinantes sociales de la salud, 47
- Diabetes mellitus (DM), 317
- Dolor crónico, 319

E

- Educación para la salud, 246
 - de la comunidad, 75
 - rasgos distintivos, 76
 - modelos, 247
 - de cambio de conducta, 248
 - procesos, 252
 - comunicación terapéutica, 252
- Emergencia, códigos de actuación, 298
- Enfermedad
 - medidas de frecuencia, 155
 - pulmonar obstructiva crónica, 318
- Enfoque familiar, 21
 - trabajo con las familias, 21
- Entrevista clínica, 191
 - aprendizaje, 209
 - buen entrevistador, 195
 - actitudes y características, 195
 - centrada en el paciente, 197
 - dando malas noticias, 206
 - desarrollo de la entrevista, 202
 - evaluación, 210
 - situaciones especiales, 202
 - con el paciente anciano, 203
 - con pacientes difíciles, 207
 - en pediatría, 204
 - familiar, 202
 - telefónica, 208
 - tareas y habilidades, 196
 - tipos de entrevistas, 198
 - de integración psicosocial, 199
 - motivacional, 200
 - escucha reflexiva, 201
 - operativa y de enfermería, 199
 - semiológica, 198
- Envejecimiento de la población, 311
- Equipo de salud, 5
- E-Salud, 213
 - digitalización de la información, 213
 - documentación clínica, 214

historia clínica electrónica, 214

- ventajas, 215

imagen médica, 215

tecnología digital, 213

Estrategias preventivas y de promoción de la salud, 161

Ética, 255

Evaluación, 255

F

Factor de riesgo, concepto, 155

Familia, 110

aspectos

biomédicos, 111

sociológicos, 111

bases terapéuticas, 125

asesoramiento familiar, 126

intervención familiar, 126

etapas, 127

circularidad y causalidad

circular, 113

clasificación de la tipología, 111

definición, 22

estudio demográfico, 110

evolución, 22

funciones, 22

papel de la cuidadora principal, 122

principios sistémicos, 112

problemas

crónicos de salud, 121

de salud y desarrollo familiar, 120

crisis de desarrollo, 121

dislocaciones del ciclo vital

familiar, 120

específicos de cada etapa del

ciclo, 120

psicosociales, 123

clínica, 125

relación entre familia y salud, 24

sistema

abierto, 113

en constante transformación, 112

interactivo, 112

Fragilidad en el anciano, 323

G

Genograma, 115

construcción, 116

en la práctica de la atención

familiar, 115

H

Hepatopatía crónica, 318

Hipertensión arterial (HTA), 317

Hipotiroidismo, 317

Hospitalización a domicilio, 101

I

Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, 319

- Insuficiencia**
 cardíaca crónica, 318
 renal crónica, 319
- Intersectorialidad**
 promoción y prevención, 162
 transversalidad, 61
 acciones intersectoriales, 74
 agentes de salud comunitarios, 72
 elaboración de proyectos, 72
 evaluación de la intersectorialidad, 78
 participación comunitaria, 70, 71
 sectores y ámbitos comunitarios prioritarios, 61
 cultura, 67
 educación, 63
 industria, 67
 justicia, 65
 medio ambiente, 65
 medios de comunicación, 66
 ocio y tiempo libre, 66
 salud, 67
 social, 65
 trabajo, 66
 transporte, 66
 vivienda, 66
 ventajas y problemas, 74
- I-Salud, 213, 218**
 atención personalizada, 218
 impacto, 219
 en los ciudadanos, 219
 en los gestores, 220
 en los profesionales sanitarios, 219
 innovación, 218
 integración, 218
- M**
Modelo de atención holístico, 19
- N**
Necesidades y expectativas personales en salud, 20
- O**
Obesidad, 318
- P**
Pacientes crónicos
 características comunes, 314
 comorbilidad, 314
 polimedicación, 315
- Participación del paciente, 35**
 activa, 35
 beneficios, 36
 gradientes, 36
 promoción de la participación, 37
 ejemplos de participación, 41
 iniciativas de participación, 42
 formas de participación, 39
 modelos y fases de la participación, 39
 participación a nivel individual o colectivo, 41
 instrumentos de participación, 37
 formación e investigación, 38
 información y desarrollo tecnológico, 38
 representación de los pacientes, 37
- Patología osteomuscular crónica, 318**
Plan de Salud, 182
 características, 183
 desarrollo, 183
 evaluación, 185
 de resultados, 188
 operativa, 187
 participación de los distintos agentes, 188
 planificación
 estratégica, 184
 operativa, 184
 táctica, 184
- Planificación en salud, 174**
 ciclo, 175
 concepto y contexto, 174
 priorización de problemas, 179, 180
 metodología, 180
- Prescripción electrónica, 217**
- Prevención, 151**
 accidentes infantiles, 266
 aspectos éticos, 167
 caídas, 285
 cribados, 159
 alteraciones visuales, 286
 ansiedad y depresión, 285
 de la dislipidemia, 282
 del cáncer, 278
 de colon y recto, 279
 de cuello uterino, 280
 de endometrio, 281
 de mama, 278
 de piel, 281
 de próstata, 281
 de pulmón, 281
 hipertensión arterial, 282
 hipoacusia, 286
 métodos, 278
 requisitos, 159
- de enfermedades infecciosas, 275
 vacunación
 antigripal, 276
 antihepatitis A, 277
 antihepatitis B, 277
 antineumocócica, 277
 antitetánica y antidiftérica, 276
 triple vírica, 276
- de los problemas de salud mental, 282
 demencia, 287
 dependencia en los mayores, 285
 dificultades, 164
 efectos adversos, 167
 embarazo no deseado, 270
- en el adulto y el anciano, 272
 estilos de vida no saludables, 272
 abuso de alcohol, 274
 obesidad, 273
 sedentarismo, 272
 tabaquismo, 273
- en el ámbito materno-infantil y juvenil, 260
 cribados y consejos, 260
 agudeza visual, 260
 consumo de alcohol y otras drogas, 268
 criptorquidia, 265
 de protección solar, 268
 desarrollo del lenguaje, 265
 displasia evolutiva de cadera, 262
 hipoacusia infantil, 261
 metabolopatías, 263
 retraso psicomotor, 264
- en el contexto de la práctica clínica, 154
- enfermedades bucodentales, 266
 errores, 168
 ética, 260
 evaluación
 de las intervenciones, 166
 de los estudios, 164
 funciones de los distintos profesionales, 288
 infecciones de transmisión sexual, 271
 maltrato en ancianos, 286
 modalidades, 157
 obesidad infantil-juvenil, 268
 organización de las actividades, 163
 principales problemas de salud, 259
 realización de las actividades, 163
 síndrome de muerte súbita del lactante, 266
 suicidio, 285
 tabaquismo activo y pasivo, 267
 uso inadecuado de medicamentos, 286
 violencia doméstica, 284
- Problemas de salud**
 agudos y urgentes, 291
 características de la atención, 296
 definiciones, 291
 epidemiología, 292
 datos en España, 294
 modelos de atención, 296
 papel de los distintos profesionales, 301
 puntos de atención de urgencias, 296
- crónicos, 309
 definiciones, 310
 impacto socioeconómico, 311
 organización de la asistencia, 319
 estrategias en España, 321
 modelos asistenciales, 319
 rutas asistenciales, 321
 papel de los distintos profesionales, 327

- Problemas de salud (*cont.*)
 prevalencia e impacto asistencial,
 312
 situaciones especiales, 322
 sarcopenia, 323
- Profesión de enfermería
 ciclos de titulación, 337
 formación
 de grado, 337
 de posgrado, 338
- Profesional como gestor de la salud de
 los pacientes/usuarios, 21
- Promoción, 151
 aspectos éticos, 167
 de la salud, 241
 a nivel
 comunitario, 245
 grupal, 250
 individual, 250
 poblacional, 243
 consumo
 de alcohol, 251
 de frutas, verduras y otros
 alimentos, 251
 estrategias y herramientas, 241, 243
 evaluación del impacto en salud, 244
 rol de los profesionales sanitarios,
 253
 sedentarismo y obesidad, 251
- técnicas educativas, 249
 métodos
 bidireccionales, 249
 unidireccionales, 249
 utilización de los servicios y
 recursos sanitarios, 253
 hiperconsumo sanitario, 253
- efectos adversos, 167
 errores, 168
 evaluación de las intervenciones, 166
 realización de las actividades, 163
- R**
 Redes asistenciales y comunitarias, 67
 sociales, 70
 tipos, 70
- Reforma de la atención primaria
 española, 13
 problemas y propuestas de acción, 14
- Relación
 asistencial, 191
 profesional de la salud-paciente,
 problemas de comunicación, 316
- S**
 Salud
 comunitaria, 9, 246
 basada en activos, 246
- familiar, 24
 impacto de la enfermedad,
 25
 cuidadora informal, 26
- Sistema(s)
 de red, 74
 de triaje, 297
 sanitario español, 11
 cronología evolutiva, 11
 datos esenciales, 11
- T**
 Trabajo
 en equipo, 92
 características y requisitos,
 93
 fortalezas y debilidades, 94
 en red, 94
- V**
 Vacunaciones, 269
 calendario, 269
 en el embarazo, 277
- Z**
 Zona de Salud, 84