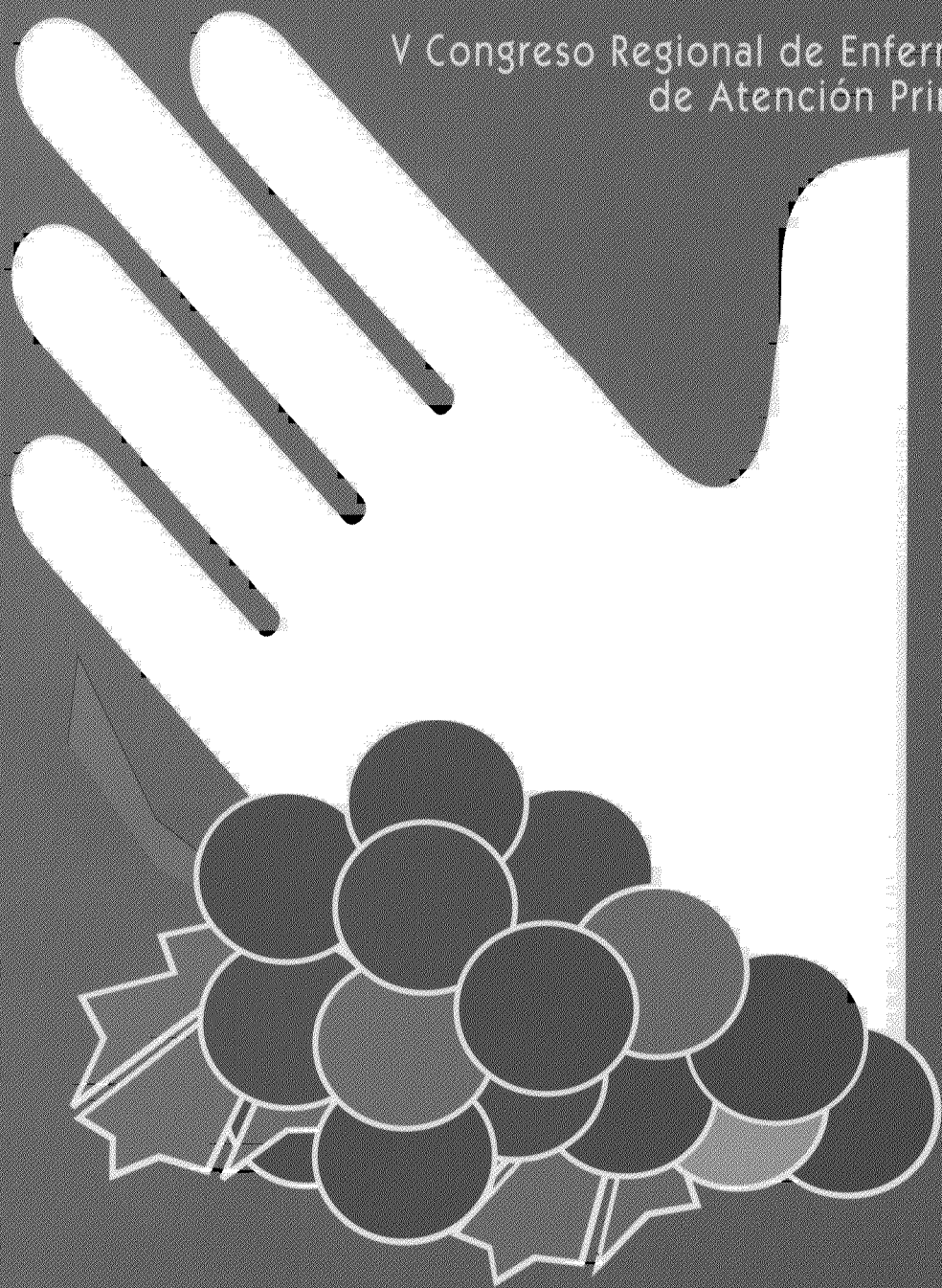


III Congreso de Atención Primaria de Salud

VIII Congreso Regional de Medicina
Familiar Comunitaria

V Congreso Regional de Enfermería
de Atención Primaria



Jumilla 3-4-5 marzo 94

DECLARADO DE INTERÉS SANITARIO

III Congreso de Atención Primaria de Salud

Jumilla 3-4-5 de marzo de 1994

VIII Congreso Regional de Medicina Familiar Comunitaria



V Congreso Regional de Enfermería de Atención Primaria

ORGANIZAN:

Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria.
Sociedad de Enfermería en Atención Primaria de la Región de Murcia.
Insalud (Murcia).
Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Región de Murcia.
Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Murcia.
Ilustre Colegio Oficial de A.T.S. / D.U.E. de Murcia.
Ilustre Colegio Oficial de Trabajadores Sociales Murcia.

SECRETARÍA TÉCNICA:

ALQUIBLA, S.L.
C/. González Adalid, 13 - Entresuelo - 30001 MURCIA - Telf.: 22 12 19

SEDES DEL CONGRESO:

Hotel Monreal, Jumilla. Aulas de cultura de la CAM, CajaMurcia y Ayuntamiento de Jumilla.

Edita:

Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.

I.S.B.N.: 84-606-1764-5

Depósito Legal: MU-227-1994

Edición de: COMPOBELL, S.L. - Murcia

ÍNDICE

Presentación	5
Comité de Honor	7
Comité Organizador	8
Comité Científico	9
Entidades Colaboradoras	9
Programa	11
Horario de Comunicaciones	17
Mesas Redondas.....	21
La participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad	23
Educación para la salud en Atención Primaria	45
El papel del médico de familia	69
Antibióticos en Atención Primaria	73
Aspectos sobre organización y funcionamiento de los equipos de Atención Primaria de la Región de Murcia	121
Comunicaciones	143
Comunicaciones a las Mesas Redondas	145
Comunicaciones libres	169
Comunicaciones en poster	183

PRESENTACIÓN

De la cantidad a la calidad del nuevo modelo de atención primaria

La atención primaria no funcionaba bien. La reforma de la atención primaria se constituyó en objetivo prioritario, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y con el sentido común. Hoy podemos decir que la puesta en funcionamiento de más de 900 Equipos de Atención Primaria, con más del 70 % de la población atendida por el nuevo modelo, ha situado la atención primaria española entre las mejores de Europa. La mejora de la formación de los profesionales, la idoneidad de los medios puestos a su disposición, la posibilidad de trabajar en equipo, la potenciación del papel de la enfermería, la incorporación de otros profesionales, el acento puesto en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud, sin perjuicio de una correcta asistencia, se ha traducido en la indudable mejora de la calidad del servicio, con un aprecio notable por parte de una población y una expresión que ejemplifica el nivel alcanzado: la historia clínica completa y los protocolos y programas desarrollados. Se ha pasado de una medicina de «receta y baja» a una atención primaria de excelente calidad.

Aunque el grado de satisfacción del usuario, según encuestas específicas, ronda el notable, queda mucho por hacer en la participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad.

Estamos convencidos que con el instrumento legal inminente de la Ley de Salud de la Región de Murcia y en concreto con la creación de la figura del Defensor de la Salud, vamos a dar un paso importante en lo que supondrá una participación efectiva de los usuarios.

La cartera de servicios de la Atención Primaria irremediablemente tendrá que incorporar estos objetivos, superando con ello simplistas y exclusivistas aspectos cuantitativos.

Lorenzo Guirao Sánchez
Consejero de Sanidad y
Asuntos Sociales

COMITÉ DE HONOR

Excma. Sra. Dña. María Antonia Martínez García
Presidenta de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Excma. Sra. Dña. Concepción Sáenz Laín
Delegada del Gobierno en la Región de Murcia

Excmo. Sr. D. Lorenzo Guirao Sánchez
Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales de la Comunidad Autónoma
de la Región de Murcia

Excmo. y Magfco. Sr. D. Juan Roca Guillamón
Rector de la Universidad de Murcia

Ilmo. Sr. D. José M^a. López López
Director Territorial del INSALUD

Ilmo. Sr. D. José Luis Cruz Gil
Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de Jumilla

Sr. D. Julio José López-Picazo Ferrer
Presidente de la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria

Sra. D^a. Rafaela Martínez Guillén
Presidenta de la Sociedad de Enfermería en Atención Primaria
de la Región de Murcia

Ilmo. Sr. D. José Antonio Jara Muñoz
Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Murcia

Ilmo. Sr. D. Diego Gutiérrez Gambín
Presidente del Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Murcia

Ilma. Sra. D^a. María Cervera Aznar
Presidenta del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y
Asistentes Sociales de la Región de Murcia

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente de Honor:

Excmo. Sr. D. Lorenzo Guirao Sánchez
Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales. C.A.R.M.

Presidente Ejecutivo:

Andrés Bleda Ortiz

Vicepresidentes:

José Saura Llamas (SMMFYC)
Juan Enrique Pereñiguez Barranco (SMMFYC)
Pedro Ureña Adrover (SEAPREMUR)

Secretario:

Manuel Ángel Blasco Ramón

Tesorero:

Maximiliano Olivares Morales

Vocales:

Consuelo Ariza Copado (Centro Salud de Jumilla)
Encarnación Rodríguez Fernández (Centro Salud de Jumilla)
Ángeles Velasco Soria (Centro Salud de Jumilla)
Huberto Guinea Serrano (Centro Salud de Jumilla)
Bartolomé Marín Pérez (Centro Salud de Jumilla)
Josefa Vela Ortiz (Centro Salud de Jumilla)
Amor Gea Serrano (Centro Salud de Jumilla)
M^e Jesús Nogueiras Pérez (Centro Salud de Jumilla)
Ana Campillo Guerrero (Centro Salud de Jumilla)
Antonia Sánchez Cruzado (Centro Salud de Jumilla)
María Paz Tevar (Concejala de Sanidad Ayuntamiento Jumilla)
Julián Alcáraz Martínez (Residente MF y C)

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente de Honor:

D. José María López López (Director territorial INSALUD)

Secretaria:

Ángeles Velasco Soria (Médico C.S. de Jumilla)

Vocales:

Pedro Abdon Martínez (D.U.E. Centro Salud Jumilla)

Pedro Alcántara Muñoz (Médico C.S. Molina de Segura)

Consuelo Ariza Copado (Médico C.S. de Jumilla)

Luis García-Giralda Ruiz (Director Gerente del Servicio de Salud Región de Murcia)

Catalina Iniesta Bernal (Médico C.S. de Jumilla)

Soledad Lario Simón (D.U.E. Centro Salud Goya)

Julio José López-Picazo Ferrer (Médico Gerencia CAP-1)

Rafaela Martínez Guillén (D.U.E. C.S. Sta. M^a de Gracia)

M^a Teresa Martínez Ros (Médico Técnico Salud U. Docente)

Juan Fco. Menárguez Puche (Médico C.S. Molina Segura)

Joaquín Palomar Rodríguez (Médico Consejería Sanidad)

Francisco Pérez Riquelme (Médico Consejería Sanidad)

Encarnación Rodríguez Fernández (Médico C.S. Jumilla)

Virtudes Sánchez Esteve (Pediatra C.S. La Ñora)

M^a Ángeles Sánchez Turpín (D.U.E. C.S. de Archena)

José Ángel Vargas Jiménez (D.U.E. C.S. San Antón-Cartagena)

ENTIDADES COLABORADORAS

Excmo. Ayuntamiento de Jumilla.

Caja Madrid.

Caja de Ahorros del Mediterráneo

Caja de Ahorros de Murcia.

Consejo Regulador de la Denominación de Origen de Jumilla.

Laboratorios:

—Almirall, S.A.

—Ciba Geigy, S.A.

—Glaxo, S.A.

—Indas, S.A.

—Lacer, S.A.

—Prodes, S.A.

—Robert, S.A.

—Smithkline Beecham, S.A.

—Squibb Industria Farmacéutica, S.A.

OTRAS COLABORACIONES

Banco Popular Español

Banco de Santander

Bodegas:

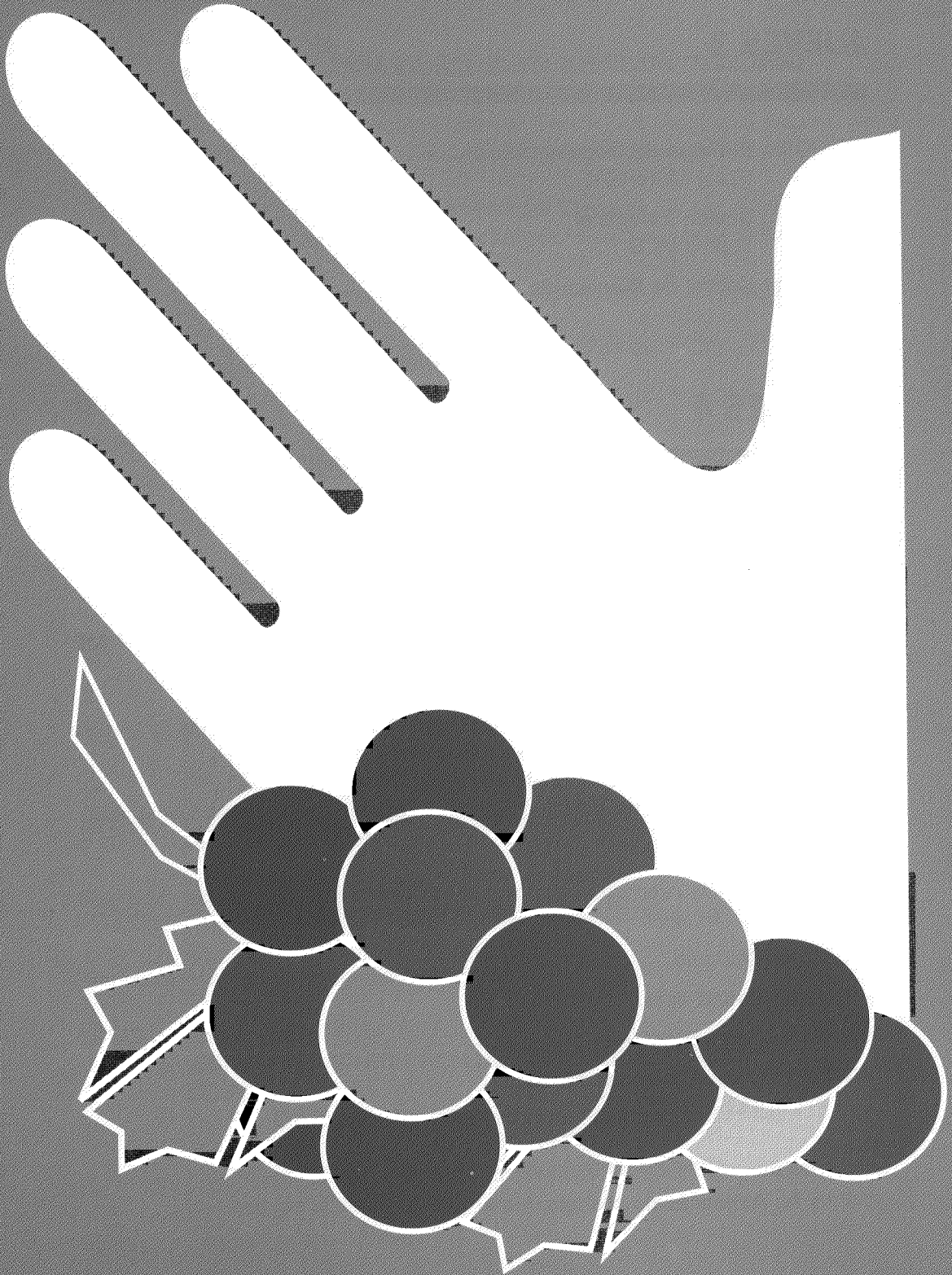
- Asencio Carcelén, N.C.R.
- Bodegas Bleda, S.L.
- Bodegas Fernández, S.A.
- Bodegas Julia Roch Melgares e Hijos, C.B.
- Bodegas Viña Umbría, S.A.
- Cooperativa Agrícola San Isidro
- Francisco García Guardiola
- García Carrión, S.A.
- Miguel Guardiola García
- Señorío de Condestable
- Viñedos Agapito Rico, S.L.
- Vitivino, S.A.

Laboratorios:

- Leti
- Novo Nordisk Pharma, S.A.
- Pensa
- Puleva
- Sandoz Nutrition
- Smith Kline & French, S.A.E.
- Vita, S.A.

Pastelería Abiarjo

PROGRAMA



19'00 h.: Coloquio.

19'30 h.: Comunicaciones libres.

MODERADORA:

Dña. Pilar Argente Checa (Responsable de Enfermería C. S. Molina).

SÁBADO 5

SALA A • Hotel MONREAL

9'30 h.: Mesa Redonda:

«ANTIBIÓTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA»

COORDINADORES:

Dr. D. José Antonio Andreo Martínez (Jefe Sección en Funciones de M. Interna. Hospital de Yecla).

Dra. Dña. M^a. Luisa López Yepes (Servicio Laboratorio-Microbiología. Hospital de Yecla).

PONENTES:

Dr. D. Alberto Parra Gasent (Servicio de Farmacia. Hospital de Yecla).

Prof. Dr. D. Francisco Martín Luengo (Catedrático de Microbiología. Hospital General. Facultad de Medicina. Murcia).

Dr. D. F. Javier Espinosa Parra (Jefe de Sección M. Interna-Infecciosas. Hospital V. Rosell. Cartagena).

Prof. Dr. D. Joaquín Gómez Gómez (Jefe de Sección M. Interna. U. Infecciosas. H. V. Anixaca. Cátedra Patología y Clínica M. Murcia).

Dra. Dña. M^e del Carmen Gómez Gotor (Coordinador Médico C. S. Beniaján. Murcia).

10'30 h.: Coloquio. Comunicaciones a la mesa.

11'00 h.: Pausa café.

12'30 h.: Presentación del programa RECEPTA.

Programa informático para tratamientos de larga duración. SEMFYC.

13'00 h.: Asamblea de Sociedades.

- SMMFYC - Sala B (CAM)
- SEAPREMUR - Sala C (CAJAMURCIA)

14'15 h.: Almuerzo de trabajo. Hotel MONREAL.

SALA B • CAJA DE AHORROS DEL MEDITERRÁNEO

16'30 h.: Mesa Redonda:

«ASPECTOS SOBRE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA REGIÓN DE MURCIA»

COORDINADOR:

Dr. D. Juan E. Pereñíguez Barranco (Especialista MF y C. Coord. de los EAP, área IV, V y VI de la Gerencia de AP de Murcia).

PONENTES:

Dña. Rosario Cobo González (Enfermera y Coordinadora EAP. Cartagena Oeste).

Dña. Amor Gea Serrano (Trabajadora Social C. S. Jumilla).

Dra. Dña. Fuensanta Sánchez Sánchez (Especialista MF y C y Técnico de Salud de la UD de MF y C de Murcia).

Dr. D. Ángel L. García González (Técnico en Gerencia de A.P. de Cartagena).

Dr. D. Enrique Ortín Ortín (Especialista en MF y C del C. S. Cieza).

17'30 h.: Coloquio.

Comunicaciones a la mesa.

19'00 h.: Comunicaciones en poster. Comentario de los autores en el lugar de la exposición.

19'30 h.: Informe del Comité Científico.

20'00 h.: Acto de clausura.

22'00 h.: Cena de clausura. Hotel MONREAL.

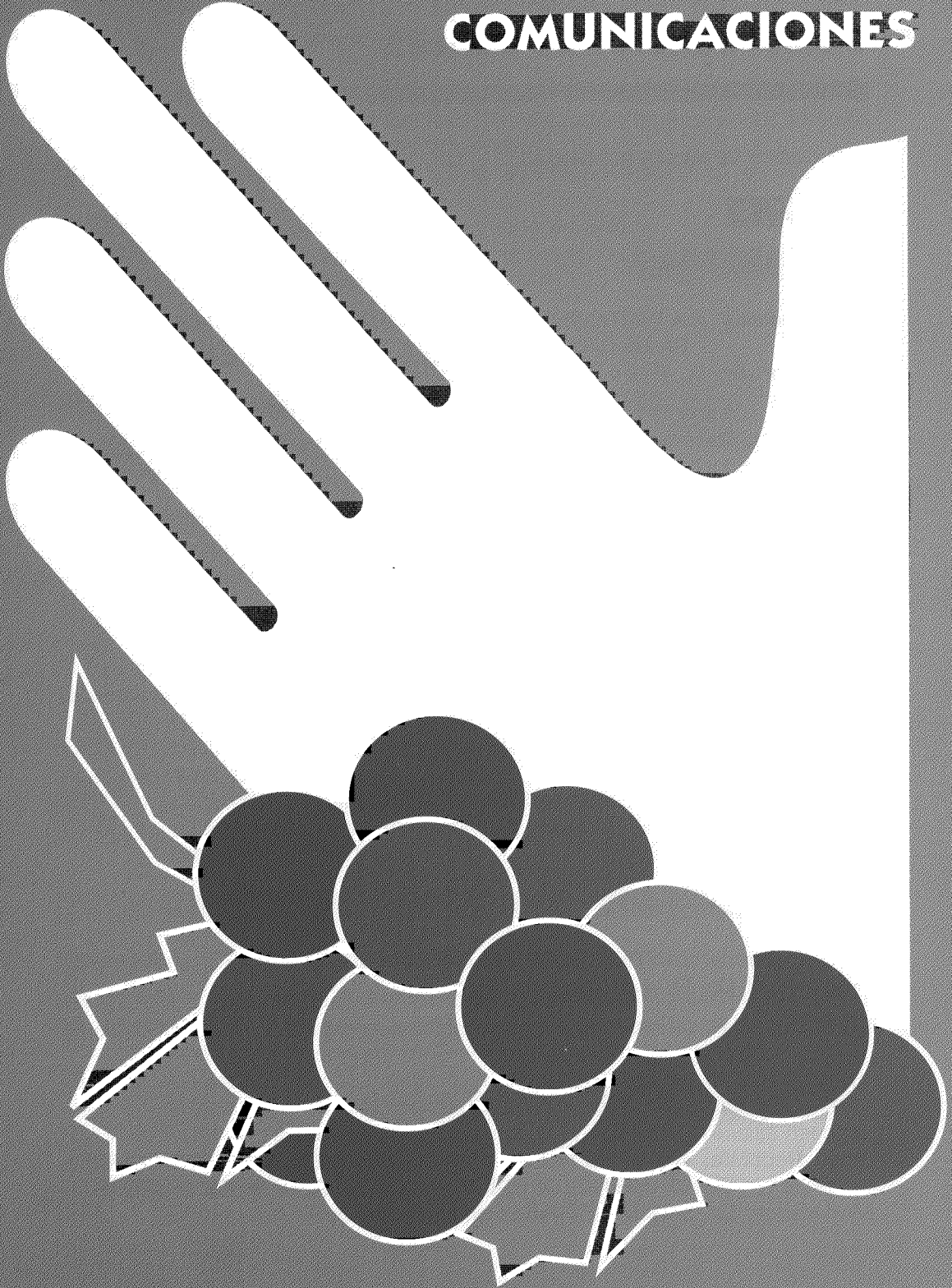
SALA C • CAJAMURCIA

11'30 h.: Conferencia:

«CONFERENCIA DE ENFERMERÍA»

D. Jesús del Río García (Adjunto Dpto. de Farmacología de la Facultad de Medicina. Universidad de Murcia).

HORARIO DE COMUNICACIONES



COMUNICACIONES ORALES

POR ORDEN DE MESAS REDONDAS

VIERNES, 4

SALA A - Hotel MONREAL

Mesa Redonda: «LA PARTICIPACIÓN DEL USUARIO EN LA EVALUACIÓN Y MEJORA DE CALIDAD»

Moderador: Dr. D. Pedro J. Saturno Hernández

- 11.30 h. «Control de calidad en el diagnóstico y tratamiento de las hiperlipemias».
- 11.40 h. «¿Comprenden nuestros pacientes lo que les explicamos sobre el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad?»
- 11.50 h. «Control de Calidad. Nuestra realidad».
- 12.00 h. «Garantía de Calidad en Planificación Familiar».
- 12.10 h. «Evaluación de la calidad de la atención prestada en un Centro de Salud a pacientes con patología crónica».

Mesa Redonda: «EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA»

Moderador: Dr. D. José Joaquín Gutiérrez García

- 17.50 h. «Educación sociosanitaria de un barrio marginal, hábitos bucodentales como experiencia piloto»
- 18.00 h. «Escuela y Salud: Una experiencia multidisciplinar».
- 18.10 h. «Uso correcto de los inhaladores en Atención Primaria. Evaluación de un protocolo de Educación Sanitaria. Papel de enfermería».

SÁBADO, 5

SALA A - Hotel MONREAL

Mesa Redonda: «ANTIBIÓTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA»

Moderador: Dr. D. J. A. Andreo Martínez

- 10.30 h. «Uso de los antibióticos en patología respiratoria de un Centro de Salud».

SALA B - CAJA DE AHORROS DEL MEDITERRÁNEO

Mesa Redonda: «ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA REGIÓN DE MURCIA»

Moderador: Dr. D. Juan E. Pereníguez Barranco

- 18.00 h «Propuesta de una clasificación de actividades en Atención Primaria de Salud».
- 18.10 h. «Participación de la colectividad en la identificación de los problemas de salud. Experiencia en la realización de la primera fase del diagnóstico de salud participativo».
- 18.20 h «La consulta telefónica: ¿Una alternativa asistencial en Atención Primaria?»
- 18.30 h «Trabajo social y Atención Primaria de Salud».
- 18.40 h. «Organización y puesta en funcionamiento de un Centro de Salud. Evaluación de 10 meses de trabajo».

COMUNICACIONES LIBRES

VIERNES, 4

SALA A - Hotel MONREAL

Moderador: Dr. D. Luis García-Giralda Ruiz

- 13.00 h. «Evaluación económica del programa de Atención continuada de un Centro de Salud rural»
- 13.10 h. «Hábito tabáquico y actitudes de los profesionales de un Centro de Salud».
- 13.20 h. «Vacunación antigripal personalizada».
- 13.30 h. «Absentismo laboral en relación con los factores de riesgo de una zona de salud».
- 13.40 h. «Abordaje integral de la ansiedad en Atención Primaria».
- 13.50 h. «Diagnóstico prenatal y consejo genético en la zona de Cieza. Evaluación de un año».

SALA B - CAJA DE AHORROS DEL MEDITERRÁNEO

Moderadora: D^a Pilar Argente Checa

- 19.30 h. «El paciente que multiconsulta en Atención Primaria de Salud».
- 19.40 h. «Estudio de la prescripción de fármacos a través de la cartilla de largo tratamiento en un Centro de Atención Primaria».
- 19.50 h. «Relación entre la calidad química del agua de bebida y la salud de la población de la Región de Murcia».
- 20.00 h. «Las remisiones de pacientes desde la Atención Primaria hasta la atención especializada en un área de salud».
- 20.10 h. «Análisis de la publicación científica en Atención Primaria en la Comunidad Murciana en el período 1988-1992».

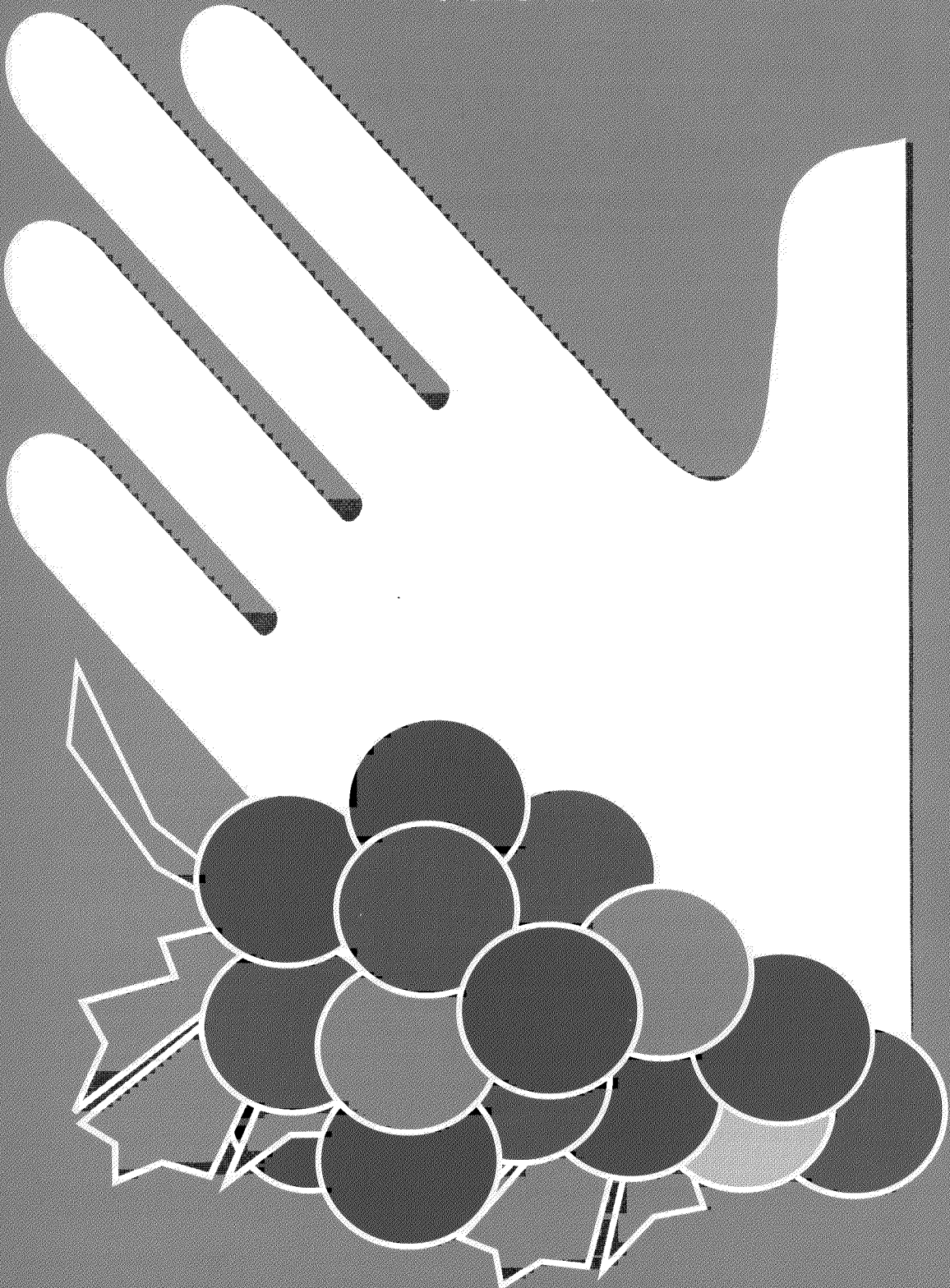
20.20 h. «Cobertura e inmunorrespuesta a la vacunación sistemática antihepatitis B en preadolescentes de la ciudad de Elche.

COMUNICACIONES EN POSTER

SALA B - CAJA DE AHORROS DEL MEDITERRANEO

- Nº 1. «Campaña de vacunación VHB. Impacto sobre el personal sanitario».
- Nº 2. «Evaluación de la asistencia prestada a los hipertensos en nuestro Centro de Salud. Una visión a largo plazo».
- Nº 3. «Experiencia con historias clínicas informatizadas en Atención Primaria».
- Nº 4. «Análisis de la calidad asistencial prestada a la población diabética de un Centro de Salud».
- Nº 5. «Urgencias en un Centro de Salud rural: Descripción y adecuación de la demanda».
- Nº 6. «La prescripción de analgésicos no narcóticos en Atención Primaria».
- Nº 7. «Evaluación por iguales de la competencia profesional».
- Nº 8. «Actividades de enfermería en el programa de salud escolar».
- Nº 9. «Análisis de las derivaciones atendidas en una consulta de zona de CORAZÓN Y PULMÓN».
- Nº 10. «La consulta telefónica espontánea en Atención Primaria».
- Nº 11. «Evaluación del grado de cumplimentación de historias clínicas en Atención Primaria de Salud».
- Nº 12. «Actitud de los profesionales sanitarios de APS ante la documentación médica».
- Nº 13. «2 años de control informatizado de bajas laborales».
- Nº 14. «Educación sanitaria en fisioterapia».
- Nº 15. «Control de calidad en el diagnóstico de dislipemias en un Centro de Salud».
- Nº 16. «Estudio sobre adecuación de tratamiento antihipertensivo en una consulta de Atención Primaria».
- Nº 17. «Continuidad de cuidados. Alta de enfermería».
- Nº 18. «Programa de atención al niño: Satisfacción de los usuarios y conocimientos pediátricos de los padres».
- Nº 19. «Enfermedades importadas y medicina de la inmigración».
- Nº 20. «Estudio prevalence de infección tuberculosa en población pediátrica».
- Nº 21. «Necesidades sentidas en formación continuada por el trabajador social: Encuestadores clave».
- Nº 22. «La información en vídeo como facilitadora de la integración en los E.A.P.: Una evaluación preliminar».
- Nº 23. «Calidad y coste de la prescripción farmacéutica de los especialistas en medicina familiar y comunitaria».

MESAS REDONDAS



Mesa Redonda:

LA PARTICIPACIÓN DEL USUARIO EN LA EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD*

Autores:

Pedro J. Saturno Hernández

Universidad de Murcia

Virtudes Sánchez Estévez

Pediatra, Representante EAP en el Consejo de Salud de La Ñora.

LA PARTICIPACIÓN DEL USUARIO EN LA EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD

Pedro J. Saturno Hernández

La calidad es cosa de todos. Esta sería muy probablemente la respuesta unánime a la pregunta ¿quién está implicado en la provisión de un servicio sanitario de calidad? Pocos dudarán, aunque se introduzcan matices, que la atención sanitaria tiene tres protagonistas evidentes: Los que gestionan y administran, los encargados de dar la atención directa al usuario, y el propio usuario o población. La misma respuesta podríamos razonar para contestar a la pregunta ¿quién puede (y debe) tener iniciativas y responsabilidad en la evaluación y mejora de la calidad (EMC)? La cuestión a debatir y aclarar no es entonces quién tiene protagonismo, sino cómo se puede ejercer.

Esta ponencia, partiendo de unas nociones generales sobre el objetivo de la EMC y sus enfoques principales, va a tratar de resumir las formas de participación en la EMC por parte de los usuarios, cuya contribución es potencialmente muy rica pero también probablemente la más sujeta a equívocos, manipulaciones y trampas metodológicas.

Evaluar la calidad: Comó y para qué

El objetivo de las evaluaciones de la calidad en los programas de EMC, y que vamos a asumir a lo largo de esta exposición, es conocer la realidad *para saber qué hacer para mejorarla*. Es decir, una evaluación que ayude a diseñar las intervenciones factibles y realistas que conduzcan a elevar el nivel de calidad de la atención, optimizando los recursos de que disponemos. Aunque puedan ser legítimas en otro contexto, en los programas de EMC no caben las evaluaciones enfocadas a *denunciar* situaciones o *culpar* a ningún enemigo, ni tampoco las evaluaciones-investigación que tienen como objetivo el *saber qué pasa*, sin que se pretenda ir más allá del simple nivel de conocimiento o curiosidad «científica», que luego puede servir o no para mejorar la calidad del servicio.

*Esta Ponencia se ha desarrollado parcialmente en relación al trabajo hecho posible por el proyecto FIS 94/0024.

Por otra parte, las iniciativas de EMC pueden tener dos enfoques —*interno* y *externo*— según que partan de los implicados directamente en aquello que se evalúa (autoevaluación, enfoque *interno*) o se pretenda evaluar las actuaciones ajenas (enfoque *externo*). La Tabla I resume los enfoques potencialmente utilizables en EMC por cada uno de los tres protagonistas de los servicios de salud. Este resumen expresa:

- (i) La gran potencialidad de actividades que corresponde al personal gestor, con énfasis en enfoques externos cuando hablamos de calidad de la asistencia. El enfoque interno sería referido a sus propios circuitos organizativos y su actividad como *servidores* de los profesionales encargados de la atención directa.
- (ii) La preponderancia absoluta del enfoque interno para el personal asistencial, en base a la responsabilidad que se deriva de la confianza que el usuario/población deposita en ellos, su propio compromiso con el acercamiento científico a los problemas de salud, y su obligación moral de mantener y mejorar en lo posible el nivel de competencia profesional.
- (iii) El potencial acercamiento tanto externo (como clientes) como interno (como participantes de la organización y proceso asistencial), teóricamente al alcance del usuario/población, sin que pueda señalarse a priori cual de los dos puede resultar más lógico, importante o preponderante. El tema central de las líneas que siguen son precisamente las formas concretas en que puede el usuario ejercer su protagonismo en EMC.

¿Cómo puede el usuario participar en la evaluación y mejora del servicio de salud?

Las principales formas en que el usuario puede contribuir a la EMC pueden ser agrupadas en dos grandes grupos, según que sea a iniciativa propia (*activa*) o solicitada por el sistema de salud (*requerida*). La distinción es importante metodológicamente pero, al igual que ocurre con los enfoques interno y externo, ambas iniciativas no deben considerarse como excluyentes. Ambas son útiles, ambas son teóricamente necesarias, y por tanto el grado de desarrollo de algunas de ellas no debería oscurecer a la otra, ni impedir que se avance en el conocimiento de métodos y mecanismos de optimización de cada una de las formas de participación posible. No puede decirse sin embargo que se haya demostrado un parecido nivel de utilidad en EMC para todas ellas, ni que la metodología de su puesta en marcha y aprovechamiento efectivo para EMC esté igualmente desarrollada. En la actualidad, aún dentro de las muchas dificultades y puntos oscuros que todavía existen, parece que se sabe mucho más de los métodos y aprovechamiento rutinario de la evaluación *requerida* que de las diversas formas de evaluación activa. Se podría incluso llegar a decir que la *requerida* es más útil para la EMC, pero ésta afirmación estaría obviamente sesgada por la mayor experiencia existente sobre este tipo de evaluación en los sistemas de salud, y por el hecho de que sea precisamente el sistema de salud quien normalmente la propicia, mientras que la intervención del sistema en el diseño y concreción de la participación activa es bastante menor y por tanto su incorporación y aprovechamiento rutinarios lógicamente más difíciles.

Pero, ¿cuales son las formas concretas, activas o requeridas, que pueden vehicular la contribución del usuario a la EMC? Según se resume en la Tabla II, el usuario puede *activamente* cambiar de proveedor (médico, equipo, centro u hospital), formular

quejas y reclamaciones, actuar a través de asociaciones de usuarios, y participar a través de los Consejos de Salud y órganos similares en la política de calidad de las instituciones concretas a las que se adscriban.

El **cambio de proveedor**, considerado como resultado final de una evaluación global de la atención que se recibe, está constantemente incorporado a las discusiones y reformas de los servicios de salud que intentan aumentar la eficiencia y la calidad (por lo menos la que el usuario pueda percibir) a través de la competencia. El usuario iría a quién o quienes le ofrecieran mejor calidad o mejor relación calidad/coste, contribuyendo así a que las instituciones y profesionales se esforzaran en no perder «clientes» aumentando su calidad y su eficiencia. A pesar de su lógica aparente, no parece haber, sin embargo, estudios concluyentes sobre la efectividad real de esta manera de contribuir a la calidad. Es aún una discusión abierta.

Las «ventanillas», libros o puntos de recepción de **quejas y reclamaciones** existen desde hace mucho tiempo en la práctica totalidad de instituciones sanitarias. Su utilidad más ampliamente reconocida para la EMC es como mecanismo de identificación de problemas u oportunidades de mejora. Sin embargo su utilización real y la forma en que se estructura su presencia en la organización de las instituciones de salud, dista mucho de ser homogénea. No parece infrecuente el que no se utilicen en absoluto. Lo más normal es probablemente una franca infrautilización, acompañada de una consciente o inconsciente desincentivación al usuario para que las practique.

Las **asociaciones de usuarios**, bien desarrolladas en otros países y con un papel de exigencia creciente en cuanto a los datos a contrastar para poder valorar la calidad asistencial de las instituciones, apenas han intervenido en este sentido en nuestro país. En teoría es un campo potencialmente muy rico y que se debiera desarrollar más. Sin embargo, experiencias como la ocurrida en Estados Unidos de hacer públicas y juzgar la calidad de los hospitales por su tasa de mortalidad o de infecciones han sido tan justamente contestadas que han de alertar sobre la sobresimplificación y serios problemas de validez que tiene la idea de la calidad global y la consiguiente identificación y uso de indicadores supuestamente «representativos». Son demasiado numerosos los servicios diferentes que ofrecen las instituciones sanitarias y los factores de confusión a tener en cuenta, como para que sea simple y operativa la idea del indicador global. Lo cual no invalida, desde luego, el papel que pueden jugar las asociaciones de usuarios utilizando otro tipo de enfoques.

Los **Consejos de Salud** y órganos similares de participación de la comunidad en las instituciones sanitarias son en teoría el ámbito ideal para la participación también en las actividades de EMC, especialmente en su vertiente de enfoque interno, comprometido. Desde los Consejos de Salud se podrían establecer prioridades en relación a los problemas y oportunidades de mejora a abordar, ayudar en el diseño de los aspectos organizativos que afecten al trato y la accesibilidad del usuario, y ayudar también en la priorización, diseño y puesta en marcha de nuevos servicios o modificaciones de los existentes, optimizando los recursos disponibles. Sin embargo, la realidad parece ser otra. Son aún escasas las experiencias abiertamente positivas. Lo más común es que aún se tienda a considerar la articulación efectiva de este tipo de participación como un reto metodológico sin resolver o, directamente, prescindible. Una instrumentalización diversa, no siempre constructiva, de los Consejos, una eventual poca representatividad

de sus componentes, la poca evidencia de beneficios a corto plazo en relación al tiempo que se invierte en ello, y las dificultades de comunicación y definición de funciones entre sus componentes que conllevan la falta de tradición y experiencias en este tema, están probablemente en la base de este sentimiento de rechazo o minusvaloración. No debería ser así cuando, sobre todo en Atención Primaria, la participación de la Comunidad forma parte de su propia definición. Pero, desde luego, su implantación efectiva y funcionamiento rutinario parecen ser aún en grandísima parte un reto metodológico.

En comparación, hay mucho más camino recorrido en relación a la participación *requerida*, y es actualmente incuestionable su importancia para los programas de EMC. Más aún: se tiende a considerarla como imprescindible. Por otra parte, la puesta en marcha y aprovechamiento rutinario de estas formas de participación del usuario para mejorar la calidad del servicio, cae directamente en el ámbito de responsabilidad del personal (asistencial y gestor) del sistema. Aunque sólo sea por este conjunto de razones, merece la pena que nos detengamos un poco más en describir las características de este tipo de participación.

La participación que solicita el sistema: Tipos y características

El sistema de salud, a cualquiera de sus niveles, puede incorporar a sus actividades de EMC la evaluación que hace el usuario de los servicios que se le ofrecen *preguntándole*. Esta es la idea simple y básica. Sin embargo su práctica correcta y eficiente precisa de una serie de consideraciones metodológicas, relacionadas con las características de lo que se pregunta y su utilización prevista para la EMC.

Una primera distinción debe establecerse entre aquellas preguntas que exploran percepciones *subjetivas* y las que buscan el aporte de datos *objetivos* sobre el servicio recibido. El representante genuino y prácticamente único de esta última modalidad son los llamados *informes de los usuarios (Patients' Reports)*. Entre las subjetivas se encuentran las encuestas de satisfacción, opinión y expectativas del usuario, (todas ellas englobables de manera genérica como *encuestas de opinión*, y también en general las comparativamente menos frecuentemente empleadas técnicas de investigación cualitativa.

La distinción entre indagar evaluación subjetiva u objetiva, tiene trascendencia tanto en el diseño del instrumento en sí, como en la utilidad y tipo de intervención que puede generar en EMC. Centrándonos en las técnicas de encuesta, con mucho las más utilizadas, la tabla III resume con un ejemplo las diferencias en el tipo de pregunta según se indague la *opinión* (incluida la satisfacción) o el *informe*. En el *informe* se va buscando información sobre si han ocurrido o no aspectos concretos de la atención. En las encuestas de opinión se busca la valoración sobre lo que se ha hecho, según la percepción del usuario. Dada su trascendencia práctica, merece la pena detallar las principales características, usos y precauciones referentes a los tres tipos de encuesta que tienen un claro y relevante papel en los programas de EMC: Las encuestas de satisfacción, las de expectativas y los informes de los usuarios.

Las encuestas de satisfacción

La satisfacción es una de las dimensiones que forma parte de la mayoría de las

definiciones de calidad asistencial, y además uno de los resultados a considerar como parte del propio proceso asistencial. Es difícil minimizar la importancia de poder medirla, y hacerlo bien. Adicionalmente, como cuando medimos cualquiera de los aspectos relacionados con la Calidad en un programa de EMC, la medición debe de servir para diseñar intervenciones que mejoren, si ello es posible, la situación de partida. Estas dos condicionantes —la validez y la utilidad de la medición— no siempre se respetan en los diseños y explotación de las encuestas de satisfacción, que pueden convertirse con facilidad en ejercicios vacíos, inútiles y científicamente espermáticos.

Para ser *útil* en EMC, una encuesta de satisfacción debe indagar además del grado de satisfacción o insatisfacción las *causas* con que se relaciona. De otro modo, no sabríamos qué hacer para mejorar si resultaran unos niveles de satisfacción bajos (en la industria de servicios en general se tiende a considerar como límite mínimo un 80 % de clientes satisfechos). Para ser *válida* y poder ser interpretada sobre todo en comparaciones con otras mediciones, hay que tener en cuenta en el diseño de la aplicación de la encuesta y/o en los propios apartados de la misma, *los factores de confusión* que ya se sabe que influyen en los niveles de satisfacción y que en cambio no tienen nada que ver con que el servicio evaluado sea mejor o peor.

La Tabla IV resume las principales causas y factores de confusión en torno a la satisfacción, según se desprende de la literatura publicada sobre el tema. Cada uno de los apartados merecería un comentario detallado. Destaquemos únicamente que entre las causas parece que la más constantemente y sobre la que hay más evidencia causal es lo relativo al trato recibido, el componente interpersonal y la comunicación establecida entre el usuario y los profesionales. En relación a los factores de confusión, es notorio lo frecuente que viene siendo el no tenerlos en cuenta en comparaciones entre instituciones, provincias, Comunidades Autónomas e incluso países. A nadie se le ocurre hoy en día comparar tasas de mortalidad entre poblaciones sin ajustar al menos por edad; en cambio se le sigue ocurriendo aún a demasiada gente comparar satisfacciones con muy pocas o ninguna precaución en cuanto a los necesarios ajustes por los múltiples factores de confusión que puedan estar presentes.

La forma más desviada de encuesta de satisfacción, en relación a lo que pueda ser su utilidad en EMC, es aquella que se realiza a la población en general, haya utilizado o no recientemente los servicios que se le pide valorar. Estas encuestas lo que miden no es satisfacción con el servicio de salud concreto (¿cómo van a valorar lo que no han utilizado y por tanto no conocen?), sino una especie de estado de opinión pública, más cercano e influenciado por situaciones políticas o sociales de malestar o bienestar con la situación general del país o población a quien se le pregunta.

Las encuestas de satisfacción, razonablemente diseñadas, tienen su máxima aplicabilidad en su uso rutinario como parte de los programas de EMC internos de las instituciones sanitarias.

Los estudios de expectativas

El estudio de las expectativas y necesidades de la población a «servir» va cobrando cada vez más fuerza como una actividad necesaria en las actividades de EMC. Este énfasis es un trasplante más al sector de salud de lo que es un principio indiscutible

en otras industrias de servicios. La idea es congruente con la definición genérica de lo que es calidad en la industria (producir o dar un servicio que cumpla con las expectativas del cliente a quien va dirigido, es decir, que sirva para lo que se supone debe servir), y con la necesidad de tener claro a qué sector de mercado (qué clientela) queremos captar como usuarios y diseñar un servicio o producto que les mantenga fieles y satisfechos compradores del mismo. Para su introducción en los programas de EMC, se dice incluso que el conocimiento de las necesidades y expectativas de los usuarios es más importante que el de la satisfacción. Sin embargo, una de las aplicaciones en las que se ha utilizado este enfoque es no tanto o únicamente para *diseñar* los servicios a ofrecer, sino para saber qué preguntar después en las encuestas de satisfacción como posibles causas que ya sabemos son valoradas por los usuarios.

Hay no obstante un peligro muy cierto de sobrevalorar las expectativas expresadas por el usuario, así como, por extensión, lo que se conoce como *calidad percibida* y sus posibles causas. El peligro consiste en olvidar o no prestar suficiente atención a otras expectativas no siempre explicitadas por el usuario. El usuario va a expresar fundamentalmente una serie de expectativas y características de un servicio de calidad que responden a su visión de la calidad y que efectivamente van a correlacionarse con su satisfacción en la medida en que estas características están presentes en el servicio que se le ofrezca. Es la calidad *expresada* o unidimensional del modelo de N. KANO (ver Tabla V), equivalente a las causas más frecuentemente encontradas en las encuestas de satisfacción (buen trato, poco tiempo de espera, etc.).

Sin embargo hay otros dos tipos de expectativas, que son las que podíamos llamar de calidad *esperada* e *inesperada*. La *esperada* es todo lo que se da por supuesto, y que en los servicios de salud se refiere casi exclusivamente a características científico-técnicas (por ejemplo, diagnósticos y tratamientos correctos y sin complicaciones). Su presencia se considera normal y su ausencia, si se percibe, produce insatisfacción. Las expectativas y calidad *inesperadas*, se refieren a sobreatenciones, detalles de trato, consideración, rapidez, etc. que sorprenden al usuario porque no las considera normales (en la onda de la calidad expresada), ni jamás va a dar por supuesta su existencia (en la onda de la calidad esperada). La calidad *inesperada*, si aparece, maravilla al usuario, lo sobresatisface.

La conclusión es que los tres tipos de expectativas deben de tenerse en cuenta, y que es fácil sesgar las apreciaciones y las acciones hacia una de ellas (la *expresada*) en peligroso detrimento de la *esperada*, y que si lo que preocupa de forma prioritaria es la calidad aparente y la satisfacción del usuario, merecería la pena investigar sobre la calidad *inesperada*, relacionada precisamente con expectativas inexistentes o raramente expresadas por el usuario de forma espontánea.

El informe de los usuarios

Es probablemente el método de evaluación requerida al usuario más recientemente incorporado a los programas de EMC. De hecho podría decirse que aunque el marco teórico y la metodología están razonablemente desarrollados, son escasos los programas que lo tienen incorporado a sus mediciones rutinarias. El informe del usuario

consiste esencialmente en indagar determinados aspectos objetivos considerados relevantes, en relación a procesos asistenciales en los que haya participado el usuario encuestado, con la idea de construir indicadores que sirvan para monitorizar la calidad de la atención prestada. Esta monitorización evidencia áreas o aspectos que deben ser evaluados o modificados para mejorar la asistencia que se presta.

La objetividad buscada en el *informe* y el estar referido a experiencias y situaciones concretas y vividas por los usuarios, lo hacen de una utilidad más directa y evidente para la EMC que las encuestas de opinión y satisfacción. En el *informe* aparece claro, directamente, qué es lo que falla y debe mejorarse. Sin embargo, la dificultad estriba precisamente en diseñar adecuadamente el cuestionario para conseguir respuestas válidas y, sobre todo, en elegir qué aspectos se preguntan; aspectos que han de tener la suficiente relevancia para dar lugar a indicadores sólidos y útiles.

El *informe* parece estar suscitando un interés y atención crecientes precisamente por las múltiples vertientes que se le están descubriendo en su utilidad. Por un lado se ve útil como *complemento* necesario de otras fuentes de datos para poder evaluar adecuadamente la asistencia: hay aspectos del proceso asistencial que no se anotan en ningún lado, que sólo sabe el usuario, y que sin embargo son tremendamente relevantes para la calidad (por ejemplo coordinación o descoordinación de mensajes recibidos de los distintos profesionales que intervengan en el proceso, explicaciones dadas sobre tratamientos y pruebas complementarias, etc., etc.). Pero por otra parte, se habla también del *informe* como *sustituto* de fuentes de datos como las historias clínicas y otros registros, por dos motivos. Uno es que se obvian los sesgos y dificultades que pueden introducir las diferencias en formatos y calidades de los registros existentes en diversos centros y para diversos profesionales: el usuario es una fuente uniforme. Otra razón es que obtener datos a través del *informe* puede resultar incluso más eficiente (menos costoso) que los audits habituales de historias clínicas.

Personalmente estoy convencido de que el *informe* es un enfoque a desarrollar y adaptar. De hecho uno de los proyectos de investigación centrales que tenemos en la actualidad en la Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública es sobre este tema. Es un proyecto que reproduce una experiencia semejante que, dirigida por RH Palmer, se inició recientemente en Estados Unidos, y en el que van a participar Centros de Salud de cuatro Comunidades Autónomas, aparte de la de Murcia.

Espero que en futuros Congresos de Atención Primaria podamos tener la oportunidad de compartir los resultados de esta experiencia, como he tenido la fortuna de poder compartir este resumen personal y general de lo que el usuario puede aportar a la EMC.

TABLA I
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD. PROTAGONISTAS Y ENFOQUES

	TIPO DE EVALUACIÓN	
	ENFOQUE INTERNO	ENFOQUE EXTERNO
ADMINISTRACIÓN	++	+++
PERSONAL ASISTENCIAL	+++	
USUARIOS/ POBLACIÓN	++	++

TABLA II
FORMAS DE PARTICIPACIÓN DEL USUARIO EN LA EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD

— EVALUACIÓN ACTIVA
<ul style="list-style-type: none"> • ELECCIÓN DE PROVEEDORES • QUEJAS Y RECLAMACIONES • ASOCIACIONES DE USUARIOS Y CONSUMIDORES • CONSEJOS DE SALUD Y OTROS ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD
— EVALUACIÓN REQUERIDA
<ul style="list-style-type: none"> • ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN, OPINIÓN Y EXPECTATIVAS • GRUPOS FOCALES, INFORMADORES CLAVE Y OTRAS TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA • INFORMES DE LOS USUARIOS

TABLA III
PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE LAS ENCUESTAS DE OPINIÓN
Y LOS INFORMES

	ENFOQUE	ASPECTOS TÉCNICOS DE LA ATENCIÓN	ASPECTOS INTERPERSONALES DE LA ATENCIÓN
OPINIÓN	Subjetivo	<i>Evaluación en una escala</i> (ej: malo a excelente) de la atención profesional recibida	<i>Evaluación en una escala</i> (ej: mala a excelente) de la cortesía y respeto mostrado por los profesionales
INFORME	Objetivo	<i>Indicación (si/no)</i> de realización de acciones concretas (ej: toma de TA)	<i>Indicación (si/no)</i> de realización de acciones concretas (ej: si el médico le saludó al entrar)

Adaptado de: Davies, AR., Ware, JE.: Involving Consumers in Quality of Care Assessment, *Health Affairs*, Spring 1988: 33-48.

TABLA IV
SATISFACCIÓN DEL USUARIO. PRINCIPALES CAUSAS Y
FACTORES DE CONFUSIÓN

— CAUSAS
<ul style="list-style-type: none"> • RELACIÓN INTERPERSONAL (TRATO RECIBIDO) • ACCESIBILIDAD: BARRERAS ORGANIZATIVAS (TIEMPOS DE ESPERA, DISCOORDINACIÓN ENTRE NIVELES, ETC.) • RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS SEGÚN EXPECTATIVAS • PERCEPCIÓN DEL NIVEL TÉCNICO-CIENTÍFICO DE LOS PROFESIONALES • CONDICIONES MEDIOAMBIENTALES DE LA ASISTENCIA
— FACTORES DE CONFUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • EDAD • SEXO • NIVEL CULTURAL • ESTADO DE SALUD • EXPERIENCIAS PREVIAS • FORMA DE FINANCIACIÓN • TIEMPO PASADO DESDE QUE SE RECIBIO LA ASISTENCIA HASTA LA CONTESTACIÓN DE LA ENCUESTA

TABLA III
PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE LAS ENCUESTAS DE OPINIÓN
Y LOS INFORMES

	ENFOQUE	ASPECTOS TÉCNICOS DE LA ATENCIÓN	ASPECTOS INTERPERSONALES DE LA ATENCIÓN
OPINIÓN	Subjetivo	<i>Evaluación en una escala (ej: malo a excelente) de la atención profesional recibida</i>	<i>Evaluación en una escala (ej: mala a excelente) de la cortesía y respeto mostrado por los profesionales</i>
INFORME	Objetivo	<i>Indicación (si/no) de realización de acciones concretas (ej: toma de TA)</i>	<i>Indicación (si/no) de realización de acciones concretas (ej: si el médico le saludó al entrar)</i>

Adaptado de: Davies, AR., Ware, JE.: Involving Consumers in Quality of Care Assessment, *Health Affairs*, Spring 1988: 33-48.

TABLA IV
SATISFACCIÓN DEL USUARIO. PRINCIPALES CAUSAS Y
FACTORES DE CONFUSIÓN

— CAUSAS
<ul style="list-style-type: none"> • RELACIÓN INTERPERSONAL (TRATO RECIBIDO) • ACCESIBILIDAD: BARRERAS ORGANIZATIVAS (TIEMPOS DE ESPERA, DISCOORDINACIÓN ENTRE NIVELES, ETC.) • RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS SEGÚN EXPECTATIVAS • PERCEPCIÓN DEL NIVEL TÉCNICO-CIENTÍFICO DE LOS PROFESIONALES • CONDICIONES MEDIOAMBIENTALES DE LA ASISTENCIA
— FACTORES DE CONFUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • EDAD • SEXO • NIVEL CULTURAL • ESTADO DE SALUD • EXPERIENCIAS PREVIAS • FORMA DE FINANCIACIÓN • TIEMPO PASADO DESDE QUE SE RECIBIO LA ASISTENCIA HASTA LA CONTESTACIÓN DE LA ENCUESTA

TABLA V
EXPECTATIVAS DEL USUARIO Y EFECTOS EN LA SATISFACCIÓN SEGÚN
SU GRADO DE CUMPLIMIENTO

TIPO DE EXPECTATIVA	EFECTO EN LA SATISFACCIÓN (INCUMPLIMIENTO → CUMPLIMIENTO)
CALIDAD ESPERADA	INSATISFACCIÓN → EFECTO NULO
CALIDAD EXPRESADA (UNIDIMENSIONAL)	INSATISFACCIÓN → SATISFACCIÓN
CALIDAD INESPERADA	EFECTO NULO → SOBRESATISFACCIÓN

Adaptado de: Kano, N., Seraku, N., Takahashi, F. and Tsuji, S. «Attractive Quality and Must Be Quality». *Quality*, 1984, 14(2), 39-48.

EXPERIENCIA DEL CONSEJO DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD DE LA ÑORA

Virtudes Sánchez Estévez

I. Introducción

El control de calidad en atención primaria, al igual que en otros ámbitos del funcionamiento de los servicios sanitarios, se suele concretar en la evaluación del grado de aproximación que ofrecen las conductas analizadas de distintos procesos (o los resultados de las mismas), sobre todo asistenciales, con las pautas consideradas correctas para los mismos¹. La eficacia de este método es grande al medir con precisión la distancia que separa la realidad del modelo ideal, sin embargo en el campo de la promoción de la salud y en el de la prevención de la enfermedad no se han desarrollado todavía métodos que integren el aspecto más importante para la atención primaria, la participación de la población como ingrediente protagonista, activo, y no como sujeto pasivo de las actuaciones sanitarias, entre otras razones por el gran conflicto paradigmático en torno a la promoción de salud². Precisamente tanto por las recomendaciones de la OMS³, como por la intención de la Ley General de Sanidad de

1 Revilla, L. de la; Puche, F.; Delgado, A.; López Fernández, L. Algunos aspectos del control de calidad de los centros de salud. *Atención Primaria*, 2, 361-2 (1985); Rivera, S.; Ortín, J. M.; Montoya, M. D.; Gaona, L.; Menárguez, J. F.; Alcántara, P. Aplicación de tasas de control de calidad como método de evaluación en la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 3, 360 (1986); Suñol, R. Reflexiones en torno a la implantación de programas de control de calidad en atención primaria. *Atención Primaria*, 4, 225-226 (1987); Saturno Hernández, P. J.; Imperatori Huidobro, E.; Corbella Jané, S.; Sánchez Chamorro, E. Estrategias y primeros resultados de un método para la implantación de programas de garantía de calidad en atención primaria. *Control de calidad asistencial*, 3, 19-20 (1988); Grol, R. Cómo difundir la metodología de control de calidad entre los médicos de atención primaria: un proyecto de revisión. *Control de calidad asistencial*, 3, 82-84 (1988); Gardini, A. El control de calidad en la atención primaria de salud. Incentivos y cómo vencer las resistencias. *Control de calidad asistencial*, 3, 66-68 (1988); Vuori, H. Control de calidad en atención primaria. *Control de calidad asistencial*, 3, 60-63 (1988); Heather Palmer, R. Garantizar la calidad de la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 6, 209-212 (1989); López Alba, M. A.; Usieto Atondo, R.; Rodríguez-Contreras Pelayo, R.; Cueto Espinar, A.; Gálvez Vargas, R. Valoración de la calidad en el primer escalón sanitario. *Atención Primaria*, 6, 7-12 (1989); Benet, J. M.; Avila, F.; Rovira, A.; Márquez, R.; Guarga, A. Mejoría del proceso asistencial mediante estudios de garantía de calidad. *Atención Primaria*, 7, 472-474 (1990); Morera Montes, J.; Miaja de Sagarra, F.; Custodi Canosa, J. Indicadores para evaluar la calidad de los equipos de atención primaria. *Control Calidad asistencial*, 7, 9-15 (1992); Saturno, P. J. Estrategias para la puesta en marcha de actividades de evaluación y mejora de la calidad asistencial en atención primaria (I): consideraciones generales. *Centro de Salud*, 1, 587-592 (1993).

2 Lincoln, Y. S. Forth generation evaluation. *The Paradigm Revolution and Health Promotion*. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 83, Suppl., 56-60 (1992). y Kelly, M. P. Some problems in health promotion research. *Health Promotion*, 4, 317-330 (1989).

3 OMS, Alma-Ata. *Atención Primaria de Salud*. Ginebra, 1988. Serie salud para todos, nº 1; Carta de Ottawa para la promoción de salud. *Informes de la OMS*. *Revista de sanidad e Higiene Pública*, 61, 129-133 (1987); Reunión de Europa meridional para la promoción de la salud. *Revista de Sanidad e Higiene Públicas*, 61, 577-579 (1987).

1986⁴, la atención primaria se propone como nivel sanitario centrado en la promoción de salud y en la prevención de la enfermedad como dimensiones superadoras de la tradicional orientación curativa del modelo anterior heredado del Insalud. Esta centralidad del componente promotor y preventivo presupone que su eficacia se podría medir contrastando la posible disminución de las patologías, los perfiles epidemiológicos, las coberturas de vacunación, la difusión de las conductas o los hábitos saludables, las tasas de frecuentación a las diversas instancias sanitarias (primaria, secundaria, terciaria), pero exige contemplar la participación de la colectividad como elemento básico, ligado no solamente a la mejora de la asistencia sino sobre todo al desarrollo de estos componentes preventivos y promotores de la salud. Es decir la participación de la población sería no un elemento pasivo de la asistencia, como implica la acepción «usuarios», sino un derecho a intervenir en las decisiones que configuran los objetivos globales del funcionamiento de la atención primaria a través de un proceso de planificación (Alma-Ata 1978, Ottawa 1987)⁵, un compromiso con la consecución de «Salud para Todos» como proceso de emancipación y protagonismo de la misma colectividad⁶, tendente a la disminución de las enfermedades y problemas de salud presentes⁷. Nuestra dificultad está por tanto en la ausencia de instrumentos (y de voluntad) para poder convertir esta participación en parte imprescindible del funcionamiento normal de los centros de salud.

Hasta el momento los únicos medios que disponemos para poder conocer o realizar algo que se aproxime a un «control de calidad» de la atención primaria teniendo en cuenta la participación de la población se refieren a la vertiente asistencial, como indica el profesor Saturno, y consisten en: a) el estudio del «**Libro de reclamaciones**» existente en cada Centro; b) la realización de encuestas de satisfacción o de cumplimiento de expectativas a los «usuarios» de los centros o entre la población que reside en la zona de cobertura del centro de salud; c) los informes de los usuarios en relación a diversos aspectos cruciales de la asistencia recibida convertidos en indicadores. Como señalabamos arriba, no se han desarrollado suficientemente instrumentos, ni métodos de control de calidad relativos a las vertientes promotoras y preventivas, en las que la participación de la población adquiere carácter protagonista⁸. El cauce previsto por la legislación para tal participación son los Consejos de Salud.

Paradójicamente en la práctica⁹ nos encontramos con que a pesar de las intenciones y declaraciones de la LGS los Consejos de Salud de los Centros de Salud son aún una realidad precaria, no institucionalizada, es decir no asumida total y profesionalmente por los miembros de los EAP de los centros, insuficientemente desarrollada, y depen-

4 LGS, Boletín Oficial de estado. Ley 14/1986 de 25 de abril de 1986, BOE de 29 de abril de 1986.

5 Véase referencias citadas.

6 Vuori, H. La participación comunitaria en atención primaria: un medio o una finalidad en sí misma. *Atención Primaria*, 10, 54-68 (1992).

7 Sánchez Moreno, A.; Ramos García, E.; Marset Campos, P. La actitud social ante la participación en salud. *Revista de Sanidad e Higiene pública*, 67, 201-216 (1993).

8 Rifkin, S. B.; Muller, F. y Bichmann, W. Primary Health Care: on meaning participation. *Soc. Science and Medicine*, 26, 931-940 (1988).

9 Ramos García, E.; Sánchez Moreno, A.; Marset, P. Paradojas y posibilidades de la participación comunitaria en la Atención Primaria de salud (I). *Problemas históricos y conceptuales*. *Atención Primaria*, 9, 334-336 (1992), y de los mismos autores la parte (II). *Alternativas críticas y emancipatorias*. *Atención Primaria*, 9, 398-400 (1992).

diente de la voluntad de los impulsores, sean estos profesionales de los EAP o grupos sociales de la colectividad¹⁰.

De todas formas sí pensamos que vale la pena hacer el esfuerzo de analizar la globalidad del funcionamiento de los centros de salud¹¹ a partir de la participación de la población tal como se refleja en los Consejos de Salud puesto que permite plantear algunas cuestiones importantes, y además en un momento crucial para el futuro de los centros de salud y de los consejos de salud¹².

Hay que ser consciente de la dificultad que presenta el desarrollar instrumentos y métodos de control de calidad dirigidos a evaluar una actividad de promoción y prevención cuyo desarrollo no sigue pautas preestablecidas, sino que por el contrario depende de las circunstancias concretas de cada colectivo, de las dinámicas sociales específicas presentes en cada población y de los problemas de salud existentes en cada zona. Por ello habría que recurrir obligatoriamente a las técnicas que las ciencias sociales aconsejan para estas situaciones, los procedimientos cualitativos¹³, cercanos a la metodología de investigación-acción¹⁴, estimulando la investigación para el desarrollo de indicadores en este campo y buscando la interpretación de metodologías¹⁵ tal como aconseja la OMS¹⁶.

10 Castell Rodríguez, E. y García Sevilla, L. Las dimensiones básicas de la práctica profesional del médico de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 5, 12-16 (1988); Otero Puime, A. y Engel Gómez, J. L. La evaluación de la estructura de los centros de salud. Aproximación a la situación en España. *Atención Primaria*, 4, 484-497 (1987).

11 Uriarte Rodríguez, A.; Ruiz Giménez Aguilar, J. L. Organización de un centro de salud a partir de la participación ciudadana. El ejemplo del Centro de Salud Vicente Soldevilla. *Atención Primaria*, 11, 253-257 (1993).

12 Antón, S.; Antoñanzas, A.; Puente, M. A.; Subías, P. Consejos de Salud (Editorial). *Atención Primaria*, 9, 410-411 (1992); Revilla, L. de la; Gálvez, M.; Delgado, A. El Consejo de Salud del barrio de la Cartuja (Granada): Una experiencia de participación comunitaria. *Atención Primaria*, 2, 63-67 (1985); Ribas Batllori, M. A.; Sendra Pina, M. P.; Miralles Gilvert, S.; Llobet Vila, J.; Moreno Marín, J.; Orozco Beltrán, D.; Gil Buillón, V.; Hernández Sánchez, M. Evaluación de una experiencia de participación de la comunidad del Consejo de Salud de Novelda (Alicante). *Atención Primaria*, 4, 407-412 (1987).

13 Yach, D. The use and value of qualitative methods in health research in developing countries. *Soc. Sci. Med.*, 35, 603-612 (1992); Dolan Mullen, P.; McCuan, R. A.; Iverson, D. C. Evaluation of health education and promotion programs: review of qualitative approaches. *Advances in health education and promotion*, 1, 467-498 (1986).

14 Lather, P. Research as praxis. *Harvard Educational Review*, 56, 257-277 (1986); Winkler, M. Health Education, Health promotion and the open society: an historical perspective. *Health Education Quarterly*, 16, 17-30 (1989); Salazar, M. C. (Ed.) *La investigación acción participativa. Inicios y desarrollos* (Compilaciones). Madrid, Popular, 1992; Nitcher, M. Project community diagnosis. Participatory research as a first step towards community involvement in Primary Health Care. *Soc. Sci. Med.*, 19, 237-252 (1984).

15 Hungentobler, M. K.; Israel, B. A.; Schurman, S. J. An action research approach to workplace health: interpreting methods. *Health Education Quarterly*, 19, 55-76 (1992); Vries, H.; Weists, W.; Dijkstra, M.; Kuk, G. The utilization of qualitative and quantitative data for health Education program planning implementation and evaluation. A spiral approach. *Health Education Quarterly*, 19, 101-115 (1992); Buchanan, D. R. An uneasy alliance: Combining qualitative and quantitative research methods. *Health Education Quarterly*, 19, 117-135 (1992).

16 OMS. Los objetivos de la Salud para Todos. Madrid, Ministerio de sanidad, 1986; OMS. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de Salud para Todos en el año 2000. Ginebra, serie Salud para Todos, nº 4, 1981.

II. La experiencia de un Consejo de Salud como contribución al control de calidad en Atención Primaria

En noviembre de 1989 se puso en marcha el Consejo de Salud del Centro de Salud de La Ñora. El Centro de Salud llevaba funcionando cuatro años y la creación del Consejo de Salud surgió, tras la promulgación de la LGS, como convicción por parte de los profesionales del EAP del derecho de los ciudadanos a participar en salud, de la necesidad por parte de la población de conocer e involucrarse en el funcionamiento del Centro y así realizar una adecuada educación para la salud, un uso más racional de los recursos y posibilidades del centro, y una identificación de los problemas de salud de la población para, en lo posible, erradicarlos y además suscitar conductas y hábitos saludables en la misma.

La composición del Consejo de Salud es más o menos la habitual, acomodada a las orientaciones de la legislación estatal, regional y municipal, contando con la presencia de miembros del EAP, de las organizaciones ciudadanas (APAs, AAVV, Profesores, femeninas, culturales, tercera edad, etc.) de las cinco pedanías cubiertas por el Centro, representantes políticos (pedáneos) y sindicales, representantes de farmacéuticos, y como invitados representantes del municipio, de la administración sanitaria regional y del Insalud, y de la Universidad.

Desde que se crea hasta la actualidad (1994) se han celebrado 16 sesiones del Consejo de Salud, con una periodicidad irregular, más frecuentes al principio (años 1989, 1990 y 1991), y con una cadencia más lenta en los tres últimos años.

A partir de los libros de actas de las sesiones tenidas por el Consejo de Salud, y del estudio de las Memorias del Centro, se puede realizar un análisis de cuáles son los aspectos del funcionamiento global del Centro que por su importancia o por su ausencia se convierten en indicadores de esa calidad globalmente considerada.

El análisis llevado a cabo se ha expuesto en un trabajo publicado en la revista *Atención Primaria*¹⁷. Siguiendo la filosofía de la teoría del control de calidad, no se hace el estudio en el vacío sino contrastando, con lo que se desarrollaba globalmente antes del funcionamiento de los consejos de salud, y por la índole de las actividades y conductas suscitadas y efectuadas a partir de las intervenciones de la población en el Consejo de Salud.

III. Principales rasgos de la participación colectiva en Atención Primaria

A) Consideraciones procedentes de la naturaleza de los participantes en los Consejos de Salud.

La constitución inicial del Consejo de Salud ofrece una composición de 18 miembros con voz y voto (8 del EAP y 10 de la colectividad), a los que se añaden con voz pero sin voto, dos de la Facultad de Medicina, más los miembros de la administración

17 Barceló Aparicio, M. L.; Martínez Reche, E.; Sánchez Moreno, A.; Sánchez Estévez, V.; Cánovas Valverde, J. J.; Maset Campos, P. Los Consejos de Salud. Balance de un año de funcionamiento. *Atención Primaria*, 9, 73-78 (1992).

sanitaria estatal (Insalud), regional (Consejería) y municipal (Concejalía de Sanidad), y aquellos que no siendo componentes del Consejo deseen acudir.

De la participación del EAP se puede deducir que la atención prestada es la suficiente, ateniéndose a lo acordado en la reunión del EAP en la que se decidió quiénes serían los representantes del mismo. De esta forma han asistido regularmente los 8 elegidos (el Coordinador Médico del Centro de Salud, 2 médicos, 2 DUEs, 2 del personal auxiliar, 1 Trabajadora Social), y sólo en contadas ocasiones, sobre todo al final del período, en los dos últimos años, han faltado algunos de los representantes. Se podría deducir que el interés hacia el Consejo de Salud se mantiene, y aún más, que se ha asumido por el EAP como una dimensión normal en el funcionamiento del Centro de Salud. Vista esta participación desde el volumen de tiempo que fuera de las sesiones de los Consejos de Salud han suscitado las actividades acordadas por los mismo Consejos (Educación para la salud en la escuela, educación sanitaria de adultos, cursos sobre alimentación, realización del análisis con las organizaciones ciudadanas de las encuestas que constituyeron la base del Diagnóstico de Salud Participativo, desarrollo de las tareas desprendidas de éste, etc.) el computo total anual es cercano a la centena, que si se distribuyese alícuotamente entre los 14 miembros del EAP (profesionales sanitarios) correspondería a pocas para cada uno. No es así si recae sobre dos o tres personas. No parece por tanto una actividad que no se pueda asumir por el EAP.

Por parte de la colectividad el comportamiento que refleja la asistencia a los Consejos de Salud muestra aspectos importantes. Nos encontramos con que en la mayoría de las ocasiones acuden bastante más miembros de la colectividad que los exclusivamente 10 representantes (2 alcaldes pedáneos, 2 directores de colegio o profesores de EGB, 1 representante de las APAs, otro de los clubs de la tercera edad, otro de las asociaciones culturales, otro de los centros de la mujer, otro de las asociaciones de vecinos, y uno por los farmacéuticos de la zona). En general asisten entre 5 y 8 personas más de las 10 que representan a la colectividad en el Consejo de Salud, y en dos ocasiones hasta 20 personas más. En general el interés de la colectividad no sólo se ha mantenido sino que ha aumentado con el transcurso del tiempo. Analizados los comportamientos de las diferentes asociaciones representadas nos encontramos con diferencias significativas. **Los alcaldes pedáneos** han acudido casi siempre a las sesiones dando a entender la asunción del compromiso de representación de la voluntad colectiva de las pedanías. **Los directores de colegio o profesores**, así como **los representantes de las APAs** (todos de EGB) también acuden siempre, dándose la circunstancia en ambos colectivos de aportar más miembros que los asignados con voz y voto. Indica claramente la preocupación existente y compartida por profesores y padres por la salud de los escolares. También muestran interés por asistir a las sesiones del Consejo de Salud **los representantes de los clubs de la Tercera Edad**, acudiendo en alguna ocasión 5 miembros más del que les correspondía. Refleja pues interés por canalizar a los Consejos las preocupaciones de los mayores de edad. Igualmente han asistido casi siempre **las representantes de los Centros de la Mujer**, y a veces en mayor número que el que les corresponde, sugiriendo un creciente interés por plantear problemas específicos de la mujer y ofrecer colaboración en el funcionamiento del Consejo de Salud. Ha sido

escasa la participación del **representante de las asociaciones culturales**, así como la de los **representantes de las asociaciones de vecinos**, señalando posiblemente una dificultad en comprender su colaboración con las tareas del Consejo. Por último hay que señalar que el **representante de los farmacéuticos** ha acudido siempre a las sesiones del Consejo.

Por parte del resto de organizaciones o instituciones invitadas con voz pero sin voto la Facultad de Medicina ha acudido siempre (a través de dos profesores), la gerencia del Insalud en cuatro ocasiones, la Consejería y el Ayuntamiento en una ocasión, los representantes de los sindicatos nunca y los de los partidos políticos en una ocasión.

Hay que destacar como hecho que confirma el papel e interés creciente desempeñado por el Consejo de Salud en el seno de la colectividad el que en las dos últimas sesiones, tras aprobarse en el Consejo han acudido, con voz y voto representantes del barrio de Los Casones (un barrio bastante conflictivo y con graves problemas sanitarios), de la asociación Alcer, de la asociación juvenil de la zona, recientemente creada y con auténtico interés en la promoción de la salud, y de la asociación de padres para la prevención de la drogodependencia «Prometeo», que a su vez es fruto de una importante iniciativa desarrollada a partir de la realización del Diagnóstico de Salud Participativo.

B) Consideraciones procedentes de los temas tratados y actividades desencadenadas a través de las sesiones del Consejo de Salud.

En el periodo de tiempo transcurrido desde la constitución del Consejo de Salud se han producido tres etapas diferenciadas:

1ª) Una primera de toma de contacto, de un año de duración (1989-1990), dedicada a la exposición de temas, reivindicaciones, y sugerencias, tras la configuración del Consejo de Salud como portavoz e instrumento de solución de las cuestiones suscitadas ante las autoridades pertinentes.

2ª) Una segunda etapa, de un año de duración (1990-1991), caracterizada por el desarrollo de actividades sectoriales conjuntas entre el EAP y la población, en la que se realiza una tarea sistemática de Educación para la Salud en la Escuela y entre los adultos, así como con las organizaciones de la mujer. Ello supuso identificar los problemas existentes entre los escolares y la ejecución de unidades didácticas dedicadas a fomentar pautas de conductas saludables en higiene bucodental, en ejercicio físico y en preocupación por el contexto higiénico de los centros, entre la población adulta comprensión de los determinantes de la salud individual y colectiva, orientándolos hacia la participación en los Consejos de Salud y entre las mujeres el tomar en consideración la globalidad de la salud, como preparación para entender su función en la realización del Diagnóstico de Salud Participativo.

3ª) La tercera etapa, que lleva en la actualidad tres años de duración (1991-1994), de institucionalización, se caracteriza por la preparación y realización del Diagnóstico de Salud Participativo. Se propone éste como intento de globalización del conjunto de actividades que se venían desarrollando, pero sobre todo se dirige a la

identificación de los principales problemas de salud de la población y a la puesta en marcha de actividades encaminadas a su solución. En esta sucesión de etapas las actividades iniciadas en cada una de ellas continúa en las siguientes.

Antes de la puesta en marcha del Consejo de Salud (1985-1989) sólo han existido actuaciones ocasionales de profesionales del EAP en el seno de la población, en forma de 3 charlas de divulgación sanitaria.

En la **primera etapa, de toma de contacto entre los representantes de la población y los miembros del EAP**, de casi un año de duración, desde finales de 1989 hasta octubre de 1990, aparecen una gran cantidad de cuestiones, señalando la enorme expectativa levantada con la creación del Consejo de Salud. Sin embargo fuera del ámbito del Consejo de Salud, pero como consecuencia de la dinámica de relación entre el EAP y la colectividad se suceden varias reuniones entre miembros del EAP y grupos organizados de la población, 2 con los centros de la mujer, 14 con colegios de la zona, (dos por cada colegio), 11 con profesores del Centro Cultural, participando en conjunto más de la mitad de los miembros del EAP (16).

En las sesiones del Consejo de Salud la población representada plantea cuatro grandes bloques de problemas:

1) los de salud pública que suponen un 25% de estos problemas (planificación familiar, mejora de condiciones higiénicas del Centro de la Tercera Edad, denuncia de alcoholismo, toxicomanías, chabolismo, de cortes de luz en un barrio marginal, Los Casones).

2) los de gestión del propio centro, un 15% de los problemas planteados (dificultad horaria, falta de información sobre las actividades y prestaciones que ofrece el centro, coordinación con los otros niveles asistenciales, petición de centros periféricos, petición de facilidades instrumentales, ambulancia, equipo de radiología).

3) los de promoción de salud, un 40% de las cuestiones suscitadas (conocimiento de los hábitos higiénicos de los escolares a través de una encuesta confeccionada entre profesionales del EAP, profesores de los centros escolares y los padres de los alumnos, reuniones con las APAs de los 7 centros educativos de la zona, programación de las actividades de educación para la salud en la escuela cara al curso 1991-1992, educación sanitaria para los adultos mediante la celebración de 11 reuniones del EAP con maestros de educación de adultos entre las mujeres y entre las personas jubiladas y pensionistas).

4) los temas de participación comunitaria, el 20% restante (formación y funcionamiento del Consejo de Salud, descentralización y garantía de hacer llegar a los representados las decisiones adoptadas en el Consejo, edición de un folleto informativo del Centro de Salud donde consta el conjunto de prestaciones y programas que se realizan, así como la naturaleza, composición y funcionamiento del Consejo de Salud, y comparecencia pública a través del vídeo comunitario explicando estas cuestiones, anunciando la puesta en marcha del Consejo de Salud y solicitando la colaboración de la colectividad en el funcionamiento del mismo, además de aclarar cuantas dudas se consultaban en directo).

De estas 15 cuestiones suscitadas en este primer año son asumidas por el Consejo de Salud 14, se resuelven 9, más de la mitad y 5 quedan aún pendientes. Hay que señalar que las que se resuelven son las que atañen directamente a los recursos

y capacidades del EAP y de la población, que son las de promoción de la salud¹⁸ y las de información y mejora de la participación. Sin embargo las que no se pueden resolver a pesar de las gestiones del Consejo de Salud, son las que son competencia de otras instancias administrativas (Insalud, Consejería, Concejalía, etc.).

Estas actividades han implicado a casi toda la plantilla. De esta forma en la educación de adultos participaron 7 médicos, 7 DUE, y 1 Trabajadora Social, 200 adultos y 13 profesores, en la de educación para la salud en la escuela igualmente 15 profesionales del EAP, 430 alumnos de EGB y 14 profesores de EGB.

La segunda etapa, de desarrollo de actividades sectoriales conjuntas entre el EAP y la población a través del Consejo de Salud, ha estado centrada en la Educación para la salud entre los escolares y en la población adulta.

Llama la atención que en esta etapa disminuyen las peticiones de los representantes sociales en el Consejo relativas a la gestión del propio centro (en general reivindicando un trato más correcto por parte de algunos profesionales, o una extensión del uso de las historias clínicas a todos los médicos del EAP), así como las de asuntos de participación (solicitando más información sobre las ofertas del centro de salud), cobrando importancia las cuestiones de salud pública y las de promoción y prevención.

En concreto se llevan a cabo las siguientes actividades:

—Un taller de salud impartido en el centro de la mujer de La Ñora con un duración de 30 horas, centrado en el análisis y comprensión de los problemas diferentes que afectan a la salud femenina, taller en el que participaron 40 mujeres. Fruto de esta actividad es la publicación de un folleto sobre esta materia confeccionado entre las mujeres participantes y los profesionales del Centro de Salud. También fue fruto de esta actividad la concienciación sobre los determinantes sociales de la salud y la enfermedad presentes en la zona, cobrando realidad la necesidad de llevar a cabo una indagación que elucidase tales factores y que permitiese una intervención consciente sobre los mismos. Más tarde se formulará esta inquietud como Diagnóstico de Salud Participativo, llevándose al Consejo de Salud.

—Consolidación del programa de salud en la escuela iniciado el año anterior con la participación de 6 de los 7 centros escolares existentes en la zona, para los cursos de 2º y 7º de EGB. Ello supuso no solamente la colaboración en la elaboración de las unidades didácticas correspondientes (de dos meses de duración) sino la realización de múltiples reuniones con profesores y con padres de alumnos sobre la impartición del mismo y sobre la evaluación de los resultados y su continuación. Hay que señalar que esta actividad se programó con la inclusión de indicadores sobre el grado de eficacia en su cumplimentación, tanto evaluando en los propios escolares antes y después de la misma la eficacia de la actividad desarrollada, como tomando en consideración la colaboración de cada uno de los componentes que intervienen

18 Sánchez Moreno, A.; Barco Fernández, V.; Castillo Vicente, P.; Sánchez Estévez, V.; Cánovas Valverde, J. J.; Maset Campos, P. Conocer los hábitos higiénicos de los escolares: cauce de colaboración ciudadana en salud. *Atención primaria*, 9, 42-46 (1992).; Sánchez Moreno, A.; Ballesta Fernández, C.; Hernández Gracia, A. M.; Hellín Gómez, E.; Ramos Gracia, E.; Sánchez Estévez, V.; Maset Campos, P. La formación sanitaria en la educación de adultos como instrumento para la participación comunitaria: análisis de una experiencia en La Ñora (Murcia). *Atención Primaria*, 8, 942-946 (1991).

(profesionales del EAP, profesores de los centros, padres de alumnos, estudiantes de medicina)¹⁹.

—Por último se debate y aprueba en el Consejo de Salud la conveniencia de tener una visión global de los problemas de salud presentes entre la población de la zona con la finalidad de, a la vista de la naturaleza de los mismos, poder iniciar actividades que permitan la solución de ellos. Es decir se formula y diseña el procedimiento del Diagnóstico de Salud Participativo.

Las actividades desarrolladas a lo largo de este año implican en el Taller de Salud del Centro de la Mujer a 1 médico y a 1 trabajadora social, y 40 mujeres, el de educación para la salud en la escuela a 360 alumnos, 12 profesores y 11 profesionales del EAP.

La tercera etapa está caracterizada por la puesta en marcha de la metodología del Diagnóstico de Salud Participativo como instrumento creado y aprobado por el Consejo de Salud con la finalidad de globalizar el conjunto de actividades participativas de promoción y prevención, además de continuar el resto de actividades sectoriales, en concreto la dedicada a la Educación para la Salud en la Escuela con 4 centros de la zona. También continúan las peticiones de los grupos sociales, destacando la solicitud de la puesta en marcha de un programa de prevención del cáncer de cuello uterino.

Esta actividad no supuso la interrupción de las que se habían iniciado de Educación para la Salud en la escuela, puesto que siguen impartándose en 6 colegios las unidades didácticas de higiene bucodental y las de mejora de la salud corporal para los alumnos de la primera y de la segunda etapa de EGB. Ello motivó una gran cantidad de reuniones de los miembros del EAP con los profesores de los centros educativos y con los padres de los alumnos para garantizar la adecuada experiencia didáctica y su evaluación.

La metodología del Diagnóstico de Salud Participativo se plantea en tres etapas: una primera de identificación de los factores sociales asociados al desencadenamiento de las principales enfermedades de la zona a realizar por los profesionales del EAP y por las organizaciones ciudadanas, cada uno por su cuenta; una segunda de contrastación entre los resultados y las conclusiones obtenidas por ambos colectivos, llevando a la aprobación en Consejo de Salud, mediante consenso, de los tres principales problemas sobre los que actuar; y una tercera etapa de formación de tres grupos, uno para cada problema de los considerados como prioritarios por el Consejo de Salud, compuestos por miembros del EAP y de la colectividad, para establecer la estrategia adecuada de solución de estos problemas y de desarrollo de la misma.

En la primera etapa²⁰ los 14 miembros del EAP (7 médicos y 7 DUE), tras varias

19 Sánchez Moreno, A.; Sánchez Estévez, V.; Cánovas Valverde, J. J.; Barceló Aparicio, M. L.; Maset Campos, P. Dimensiones educativas y sanitarias de la educación para la salud en la escuela: una experiencia participativa y global en dos zonas de salud de Murcia. *Revista de Sanidad e Higiene pública*, 67, 293-305 (1993).

20 Sánchez Estévez, V.; Fúster Quiñonero, D.; Martínez Roche, M. E.; Pérez Muñoz, M. C.; López Valero, J.; Sánchez Moreno, A.; Maset Campos, P. El Diagnóstico de salud Participativo como marco para los programas integrados de Salud: experiencia del Centro de Salud de La Nora. III Congreso de Stención Primaria de la Región de Murcia. San Javier, 1992.

reuniones preparatorias, realizan entrevistas a una muestra aleatoria de 470 pacientes con el fin de indagar los factores sociales ligados a los motivos de consulta. Se detecta dificultad para considerar estos aspectos sociales, y se señalan como problemas prioritarios comunes a las consultas tenidas 1ª) las situaciones de tensión y stress psicológicos, 2ª) los malos hábitos higiénicos, 3ª) los problemas derivados del trabajo, y 5ª) los cambios ambientales. Las organizaciones ciudadanas, tras varias reuniones preparatorias del método, realizan 200 encuestas distribuidas de forma aleatoria con sólo 5 preguntas referidas a problemas personales de salud y a problemas de la colectividad, y una vez analizadas las respuestas en varias reuniones de evaluación, establecen como principales problemas personales de salud, 1ª) artrosis, 2ª) tensión nerviosa, 3ª) resfriados, 4ª) alergia y 5ª) Hipertensión arterial, mientras que los problemas de la zona señalados fueron, 1ª) la alimentación inadecuada y los deficientes hábitos higiénicos, 2ª) la humedad de las viviendas y medioambiental, unido a la ausencia de medidas preventivas por parte del sistema sanitario, 3ª) la escasa preocupación de la administración municipal hacia la ausencia de recursos públicos (parques, jardines, espacio para el deporte, etc.), 4ª) el paro, y 5ª) la drogadicción.

En reunión del Consejo de Salud se contrastan estos resultados y se establece la prioridad, indicando como primer problema 1ª) el relativo a la alimentación y hábitos higiénicos, segundo 2ª) el de conseguir más espacios verdes, instalaciones de recreo y deporte para jóvenes, mujeres, ancianos, etc., y como tercero 3ª) la lucha contra la drogadicción en todas sus manifestaciones (alcoholismo, tabaco, drogas blandas y duras). Para cada una de estas actividades se diseñaron indicadores de diverso tipo para poder evaluar objetivamente el grado de eficacia de la tarea desempeñada (del tipo de tasas de frecuentación a las consultas, proporción de la población incorporada a las mismas, disminución de las conductas perjudiciales como los hábitos tabáquicos, alcohólicos, drogodependencia, proporción de personas realizando ejercicio, peso, etc.).

En la tercera etapa, de desarrollo de las actividades de los grupos encargados de solucionar los problemas identificados, de más de un año de duración, y aún no finalizada, se han realizado 55 reuniones (6 del Consejo de Salud y del EAP, y 49 de los tres grupos de trabajo). Es tremendamente ilustrativo el distinto comportamiento que han tenido estos tres grupos. El primero, dedicado a las cuestiones de la alimentación (con 2 médicos, 2 DUE y 1 Trabajadora Social, y con 10 mujeres), previsto como sucesión en cascada de los módulos a impartir por las propias participantes a partir del primero, sólo consigue efectuar, tras las dos sesiones dedicadas a la programación del módulo, las 8 sesiones de este primer módulo, pero a continuación, en lugar de multiplicarse por 10 esta repetición únicamente una de las mujeres participantes repite el módulo con otras diez mujeres. El segundo grupo, dedicado a la consecución de mejoras para la realización de actividades higiénicas al aire libre (con 2 médicos, 2 DUE y 1 Trabajadora Social, y 3 personas de las organizaciones ciudadanas) tras la primera reunión no pudieron desarrollar el esquema diseñado. Es el tercer grupo, el de prevención de las drogodependencias (con 1 médico, 1 DUE y 1 Trabajadora social, y 18 miembros de la colectividad) el que desarrolló una intensa actividad, siguiendo el esquema establecido de centrarse en la edad entre los 10 y los 12 años como la más adecuada para intervenir desde el punto de vista preventivo a través de los padres. De hecho se hicieron 30 reuniones que tuvieron la característica

de ir incorporando progresivamente a más padres y a más chicos a las actividades programadas (cine, excursiones, deportes), y que se plasmó en la creación de una Asociación Ciudadana dedicada a estas tareas «Prometeo» que más tarde se incorpora al Consejo de Salud.

En Educación para la salud en la Escuela, como actividad desarrollada a partir de la aprobación del Consejo de Salud, se consigue formar un grupo de trabajo reconocido por el CEP, constituido por 14 profesores, un médico, una DUE, 1 Trabajadora Social, el asesoramiento externo de la Facultad de Medicina (Departamento de Ciencias Sociosanitarias), y un profesor coordinador del CEP. Los objetivos de esta actividad se dirigen a la higiene bucodental, la alimentación equilibrada, la prevención de las toxicomanías, y la adquisición de conciencia sanitaria. En conexión con este programa se ha elaborado por parte del EAP un taller de 8 sesiones sobre alimentación y nutrición dirigido a los padres de los alumnos receptores de los módulos de EpS en la escuela, cuya finalidad es que los padres puedan participar y colaborar en ese aspecto del programa.

Comentarios

Se puede afirmar en **primer lugar** que la creación del Consejo de Salud ha supuesto la puesta en marcha por parte del EAP de un conjunto de tareas de promoción que anteriormente no se realizaba. En **segundo lugar** se puede indicar que el Consejo de Salud es el órgano adecuado para involucrar a la población de la zona en actividades de promoción de salud, ya sea alrededor de cuestiones sectoriales como Educación para la Salud en la Escuela, con profesores y padres de alumnos, ya sea sobre cuestiones globales como las desarrolladas a partir del Diagnóstico de Salud Participativo. En **tercer lugar** se puede concluir que el Consejo de Salud no aparece como instrumento adecuado para el control de las conductas asistenciales hechas en el EAP (todo lo más quejas de trato, de organización y funcionamiento del EAP), pero sí que se puede convertir en cauce idóneo para el Control de Calidad de las tareas de promoción y prevención, al exigir estas como ingrediente imprescindible la participación de la colectividad. Pero en **cuarto lugar** hay que reconocer que el proceso de incorporación de la colectividad al funcionamiento de los Consejos de Salud es más lento de lo previsto, y está sometido a los avatares y a las dificultades que padece en el actual contexto español y europeo la propia participación ciudadana, con lo que aún está limitada a unos ámbitos reducidos de la sociedad. De la misma forma y en **quinto lugar** también hay que reconocer que tampoco entre los miembros del EAP se ha conseguido la plena involucración a las actividades de promoción de la salud con participación de la población, reflejando la posición ambigua cuando no indiferente de la administración sanitaria hacia esta cuestión, con lo que se convierte en tarea muy difícil la elaboración de indicadores de calidad en promoción de salud conteniendo la participación de la población como ingrediente.

Hay aspectos interesantes que se relacionan con la calidad de las tareas que el EAP lleva a cabo, que aunque parezcan menores, se han podido detectar gracias a la puesta en marcha del Consejo de Salud. Por ejemplo se inició antes de que funcionase el Consejo de Salud el Programa del Niño Sano (1987), y de un análisis de la cumplimentación documental del mismo, así como de un estudio de satisfacción de las

mujeres participantes en él²¹, se podía concluir la corrección y adecuación del mismo. Sin embargo al realizar la encuesta para conocer los hábitos higiénicos de los alumnos de primera etapa de EGB, tal como se ha expuesto, en 1990, se detectaron casos frecuentes de alimentación poco adecuada, alta frecuencia de prácticas higiénicas personales insuficientes, que posteriormente nos permitió descubrir, al dirigir más concretamente nuestra atención, insuficiencias en el período de lactancia materna, dependencia respecto de los profesionales del Programa pero no la asimilación de las pautas que se impartían. En donde sí se tuvo una progresión y cumplimiento total fue en la cobertura del calendario vacunal (que no precisa de una participación activa).

Las consideraciones más significativas de nuestra experiencia del funcionamiento del Consejo de Salud en estos 4 años a tomar en cuenta para el Control de Calidad son cinco. **La primera** se refiere a la naturaleza intrínsecamente positiva que tiene la participación de la población en la promoción de salud, y en su presencia en el Consejo de Salud, con lo que habría que remitirse al conjunto de consideraciones que toda participación popular plantea metodológicamente. **La segunda** hace referencia, como se ha señalado a la lentitud de los procesos sociales (tanto en el EAP como entre las organizaciones ciudadanas), quizá debido a la ausencia histórica de participación social que presenta nuestro país. **La tercera** al carácter abierto que ineludiblemente presentan los órganos de participación, así como a la misma amplitud y diversidad de los problemas de salud que se pueden plantear, y de los que hay que desarrollar las tareas de promoción de salud, lo que imposibilita la adopción de un único modelo de referencia sobre el que contrastar la calidad de lo realizado, sino que esta tarea debe ser fruto de la lógica y dinámica interna del Consejo de Salud. Es decir, según nuestra experiencia, cada una de las actividades de promoción que se han efectuado tenía unos objetivos y metas, unas pautas y secuencias según el proceso aprobado, y de ahí se derivaban unos, diríamos «indicadores» tanto cuantitativos (personas involucradas y progresión de los fenómenos sociales) como cualitativos (procesos de comprensión, modificación de factores presentes, desplegamiento de actitudes emancipatorias, inicio y consolidación de actividades y gestiones con diversas instancias sociales, etc.), que permitirían la comprobación del grado de calidad y la adopción de mecanismos correctores en caso de incumplimiento o insuficiencia. **La cuarta** hace referencia a la necesidad de institucionalización de las pautas de promoción con participación de la población en el funcionamiento normal de los EAP (incorporación dentro del horario y actividades de «todos» los profesionales del Centro de Salud), lo que conlleva la adecuada preparación a todos y cada uno de los miembros del EAP en estos conceptos y habilidades. Sólo así pensamos que se podrá disponer de un conjunto de «indicadores» que faciliten el control de calidad de los centros de salud en las tareas de promoción de salud, control que realizará no solamente la administración o los profesionales sino sobre todo la propia población y sus organizaciones colectivas. **Y la quinta** a la conveniente complementación que se podría lograr al combinar las facetas de control de calidad obtenidas de las tareas asistenciales, más y mejor formalizadas, con las derivadas de las tareas de promoción y prevención aún en sus inicios.

21 Sánchez Estévez, V.; Nieves, G.; Saiz Carboneras, C.; Fernández Saura, M. R. Insuficiencias y logros en el programa del Niño Sano del Centro de Salud de La Ñora. I Congreso de Atención Primaria de la Región de Murcia. Murcia, 1990.

Mesa Redonda:

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Gutiérrez García, José Joaquín

Médico. Jefe de la Sección de Educación para la Salud. Dirección General de Salud y Consumo. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.

Anza Aguirrezabala, Iñigo

Médico. Centro de Salud de Águilas. INSALUD.

Castillo Vicente, Paloma

Enfermera. Centro de Salud de Sta. M^a de Gracia. INSALUD.

Carrión María, M^a Carmen

Trabajadora Social. Centro de Salud de Cieza. INSALUD.

Miranda López, Pilar

Pedagoga. Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Ciencia en Murcia.

Ordoñana Martín, Juan Ramón

Psicólogo. Sección de Educación para la Salud. Dirección General de Salud y Consumo. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.

Pagán Martínez, Francisco A.

Biólogo. Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Ciencia en Murcia.

Pérez Riquelme, Francisco

Médico. Dirección General de Salud y Consumo. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.

Ramos Postigo, Francisco B.

Médico. Sección de Educación para la Salud. Dirección General de Salud y Consumo. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Desde la publicación del Informe Lalonde (1974) y la réplica al mismo de Carol Buck (1985), existe un consenso generalizado sobre los factores que determinan la salud, siendo los estilos de vida y el medio ambiente social y cultural los de mayor incidencia en los niveles de salud. Así, se atribuye a los estilos de vida el 43% de las causas de mortalidad (Dever, 1977).

La realidad es que, a pesar de los grandes avances de la ciencia, la morbimortalidad no ha disminuido. Si bien es cierto que la mayoría de las enfermedades infecciosas, salvo el SIDA, son controlables, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las toxicomanías, los accidentes, los suicidios, la violencia, etc., que tantos componentes conductuales y medioambientales tienen, continúan cobrando una cuota de enfermedad y muerte que el Sistema Sanitario no logra reducir.

¿Dónde está el problema? Año tras año el gasto sanitario crece, la alta tecnología avanza y se extiende, aparecen nuevos medicamentos, pero los problemas de salud no sólo no desaparecen sino que a veces aumentan o aparecen otros nuevos.

Podemos afirmar que siendo tantos los problemas de salud a los que ha de enfrentarse nuestra sociedad, con demasiados componentes causales en las condiciones de vida, no se puede prescindir de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad para resolverlos. A pesar de ello, el Sistema Sanitario se basa fundamentalmente en la curación, y los recursos tienen una orientación eminentemente asistencial. El 10% del P. N. B. de los países desarrollados se dedica a gastos de salud, y por citar algunos ejemplos, el National Health Service del Reino Unido sólo gasta el 1% de los recursos sanitarios (Turabián, 1993) en promoción de la salud y educación sanitaria, y en Bélgica esta cifra es inferior al 0.6% (Castillo, 1992).

En la búsqueda de soluciones a los problemas de salud, se viene considerando la educación para la salud (EpS) como estrategia imprescindible en la prevención de la enfermedad (actuación sobre factores de riesgo) y la promoción de salud (hacer a las personas responsables de su salud y capacitarlas para actuar sobre los determinantes de la misma), además de para mejorar la asistencia sanitaria. Solamente se pueden controlar determinados problemas de salud o incidir sobre ellos, desde actitudes de valoración de la propia salud y de la comunidad donde se vive; siendo la EpS la única herramienta capaz de modificar los comportamientos y contribuir a la adquisición de actitudes y hábitos sanos.

Todo ello está universalmente reconocido, y tanto Organizaciones (ONU, UNESCO, OMS) como Tratados y Acuerdos Internacionales (Carta de Derechos del Hombre, Carta de Derechos del Niño,...) recogen la educación sanitaria como un derecho y los países adheridos a estas Organizaciones y Tratados desarrollan este derecho en su Carta Magna. Este es el caso de España que lo hace en el artículo 43 de la Constitución, que posteriormente ha tenido su desarrollo en la Ley General de Sanidad (1986) y la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (1990). En este mismo sentido debemos mencionar la Conferencia de Otawa para la Promoción de Salud (OMS, 1986) de la que surgieron cinco Principios para la Promoción de la Salud (Fig. 1), refiriéndose el punto 4 a la educación que la población debe recibir para tener un mayor control sobre su salud.

Figura 1

CARTA DE OTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. Construir políticas que apoyen la salud.
2. Crear ambientes favorecedores.
3. Fortalecer la acción comunitaria.
4. Desarrollar habilidades personales.
5. Reorientar los servicios de salud.

En consecuencia, la evolución del concepto de salud, y el reconocimiento de los factores que la determinan, propicia un cambio hacia un Sistema Sanitario Promotor de la Salud, en el que la salud se concibe como un recurso, los objetivos de sus intervenciones son diferentes, así como el papel de los profesionales y de la población (Fig. 2). La EpS sería una de las herramientas necesarias para este cambio y la participación comunitaria una exigencia técnica de la misma (OMS/EURO, 1985).

La Atención Primaria como modelo básico establecido para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, la escuela como recurso social para educar, y la comunidad como partícipe esencial en el proceso de controlar su propia salud son los ámbitos donde se debe incidir desde la EpS.

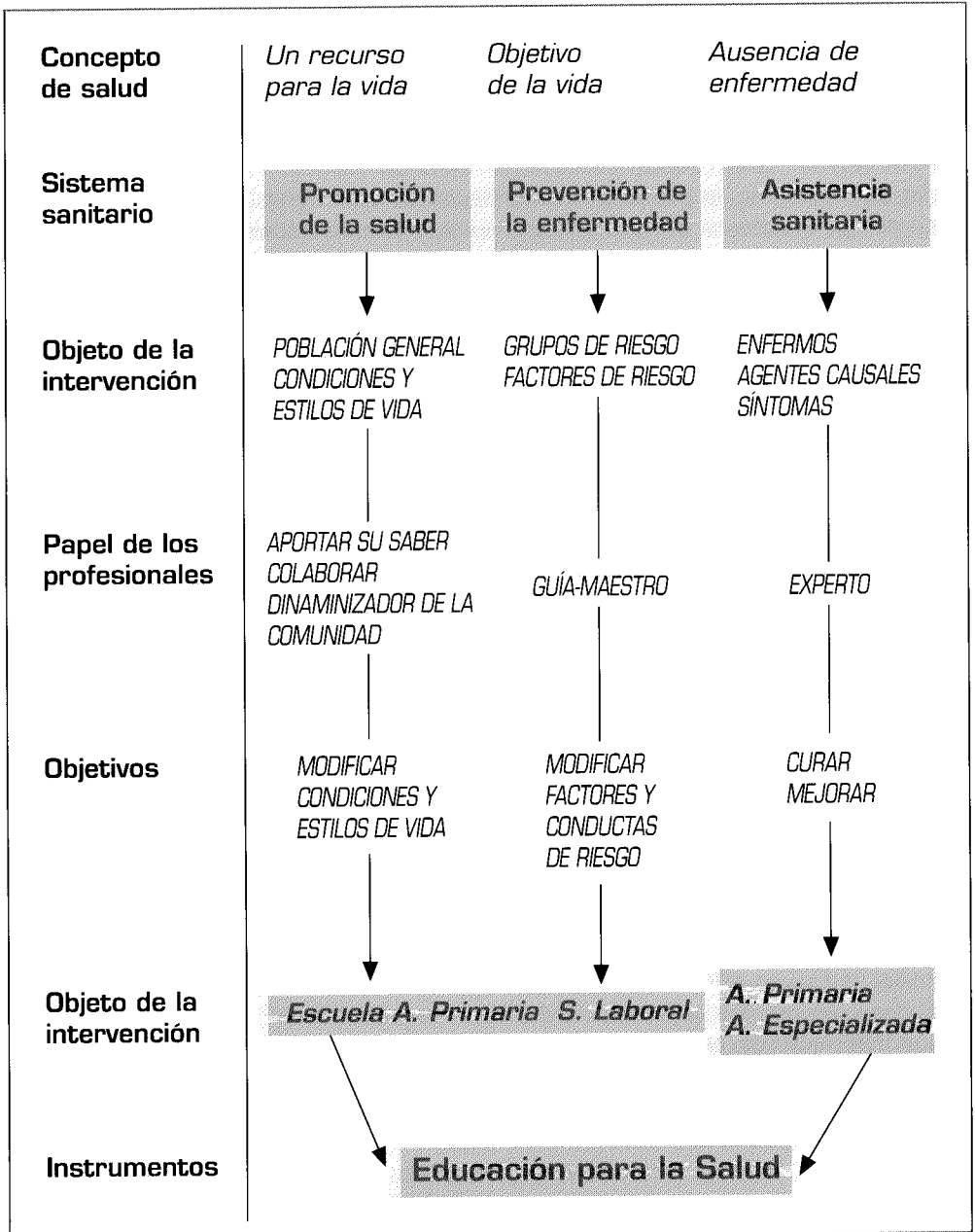
Parece que todos tenemos claro que hay que hacer EpS desde Atención Primaria, tanto a nivel individual, como a grupos, o en el trabajo con la comunidad y que es un instrumento necesario para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación y la rehabilitación. La EpS está de moda, nunca se ha hablado tanto de ella y asistimos, desde nuestros ámbitos profesionales, a un gran aumento de la demanda de intervenciones. Sin embargo, no sólo no se ha generalizado, sino que no se está desarrollando de forma sistemática, ni coherentemente con los postulados de la Atención Primaria de Salud.

No queremos, con esta ponencia, ofrecer una "receta" que de respuesta a todos los problemas y resuelva las inquietudes que este tema suscita. Pretendemos hacer un análisis de las dificultades que frenan la implantación de programas de EpS, no como justificación, sino como reflexión que nos permita iniciar, entre todos, la búsqueda de soluciones y, al mismo tiempo, proponer acciones factibles en la situación actual en que nos encontramos.

Pero antes de continuar con el desarrollo de la ponencia, nos parece oportuno expresar lo que entendemos por EpS. Hay que diferenciar entre información y educación. Así, la EpS no sólo consiste en aportar conocimientos, sino cambiar conductas, actitudes y valores. De esta forma debemos entenderla como un proceso de comunicación interpersonal (Modolo y Sepilli, 1981), que trata de capacitar y contribuir al desarrollo personal de la gente. En cuanto a proceso, ha de ser planificado y continuado, no se trata de actividades aisladas o campañas esporádicas. La comunicación que se establece, exige bidireccionalidad, lo que supone entrar en un proceso de aprendizaje significativo, que tiene en cuenta las vivencias, creencias, conocimientos, actitudes, en definitiva la cultura, y necesidades de la persona y la comunidad.

La educación sanitaria ha de reunir una serie de características y/o exigencias técnicas necesarias para su desarrollo. Por una parte se requiere la aportación de los

Figura 2
**COMPARACIÓN DE LOS SISTEMAS SANITARIOS SEGÚN SIGAN UN MODELO
 CURATIVO, PREVENTIVO O PROMOTOR DE SALUD**



conocimientos y las técnicas de distintas disciplinas, como las ciencias de la salud, la educación y la conducta (**multidisciplinariedad**), ya que los problemas de salud no los determina sólo la biología. Necesita también de la colaboración de todos los sectores e instituciones implicadas (**multisectorialidad**), porque la responsabilidad sobre la salud no recae únicamente en el sector sanitario (Faculty of Community Medicine, 1986). La tercera exigencia reside en la implicación activa de la comunidad (**participación comunitaria**), que es la que ha de tomar las decisiones relativas a su salud. Por consiguiente la EpS se ha de llevar a cabo en la comunidad de referencia (**descentralización**), no sólo desde los Servicios Centrales. Debe ser también tratado de forma global abarcando los distintos Programas de Salud (**transversalidad**), porque debe impregnar todas las actuaciones tendentes a la resolución de los problemas y satisfacer las necesidades de salud de todas las personas (Fig. 3).

DIFICULTADES PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

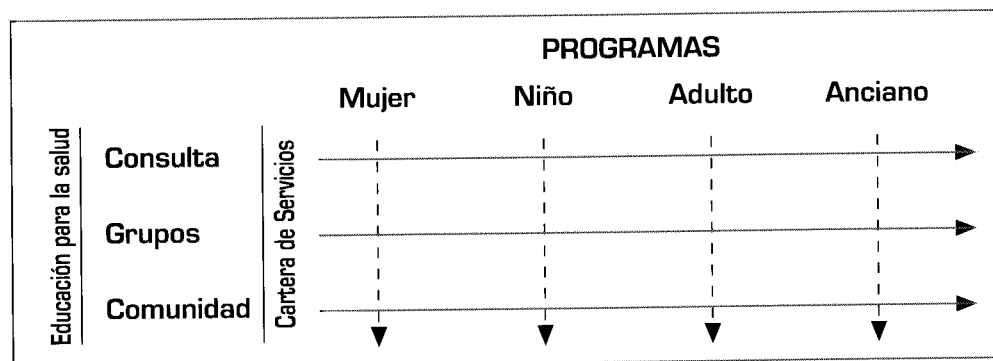
Estamos ante un tema difícil y complejo, más aún cuando la EpS es un intento de enfrentarse a un modelo basado fundamentalmente en la asistencia sanitaria. Las dificultades para el desarrollo de la Eps en Atención Primaria son muy diversas e interactúan entre sí, por lo que resulta muy complicado aislarlas. Dificultades cuya solución no depende únicamente de los Equipos de Atención Primaria ni exclusivamente de la Administración. La búsqueda de soluciones es responsabilidad de todos, incluida la comunidad.

Para este análisis nos hemos basado en las conclusiones a las que llegamos en el Grupo de Trabajo que analizó la situación de la EpS en la Región de Murcia, en nuestra experiencia profesional y en una encuesta sobre las actividades que realizan los Equipos de Atención Primaria en Murcia.

Las dificultades derivadas de la legislación son sorprendentes. A pesar de existir un marco legal de referencia lo suficientemente amplio para justificar y desarrollar las actuaciones de EpS y participación comunitaria bajo perspectivas de desarrollo personal y comunitario, nos encontramos ante un **insuficiente desarrollo de la legislación**

Figura 3

ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN A. PRIMARIA, TRANSVERSALES A LOS PROGRAMAS DE SALUD



general en normativas específicas. Aunque en algunos campos de acción si se está desarrollando lenta pero adecuadamente, como es el caso de la escuela, en otras, sin embargo, es claramente insuficiente o nulo (Atención Primaria, Salud Laboral,...).

La existencia de una **duplicidad de las Administraciones Sanitarias** (Central y Autonómica) con competencias diferentes, introduce elementos de descoordinación en las actuaciones e ineficiencia de los recursos, haciendo que el trabajo conjunto dependa de las relaciones que se establezcan entre ambas. Problema, éste, que se minimiza con la firma y desarrollo de convenios. Iniciándose un proceso de solución definitiva con la asunción de transferencias plenas en materia de salud y educación.

Al mismo tiempo, dentro del marco organizativo de la EpS y la participación comunitaria, se detecta una **falta de infraestructura en las Áreas**, que descentralice las acciones de EpS, con funciones propias y en coordinación con los Servicios Centrales, y por tanto una **falta de referentes descentralizados de educación para la salud**. Sólo existe, en los Servicios Centrales de la Comunidad Autónoma, un equipo de referencia de EpS. El único intento de descentralización fue el nombramiento en las Áreas de profesionales de enfermería con tareas de coordinación, nombrados en septiembre de 1991 por el INSALUD, en el marco del Convenio Interministerial en materia de EpS en la escuela, actualmente sin operatividad.

Lo deseable sería contar, a nivel de Área y Zona de Salud, con la figura del profesional responsable de EpS, que coordine las acciones descentralizadas de EpS y participación comunitaria, proporcionando el asesoramiento metodológico y técnico necesario para el desarrollo transversal de la EpS y superando la creencia que se tiene de asociar esta función exclusivamente con el personal de enfermería.

A otro nivel, la **indefinición organizativa** se traduce en la necesidad de definir roles, funciones y tareas con respecto a la educación sanitaria, de los componentes de los Equipos de Salud, definiendo un modelo organizativo de colaboración, no jerárquico. Al mismo tiempo que es necesario cambiar, desarrollar y/o construir un estilo profesional coherente con las bases de la Atención Primaria de Salud.

Por otra parte, en la organización actual no se contemplan actuaciones transversales de EpS, al no situar matricialmente los programas de salud por un lado y los instrumentos y/o estrategias por otro. La organización debe ser por áreas de intervención (consejo individual, trabajo con grupos y comunitario) y no por contenidos (toxicomanías, cardiovasculares,...). Es frecuente encontrar muchos programas en los que la EpS aparece como coletilla final, sin que se desarrolle realmente. Un Programa de EpS en Atención Primaria, situado transversalmente a los programas de salud, sería lo más razonable (Fig. 3).

A esta situación, se une la **falta de formación de los profesionales sociosanitarios, pre y postgrado**. A pesar de la gran motivación de muchos profesionales, existe una deficiente formación en los currícula profesionales en EpS, participación comunitaria, promoción de la salud y ciencias sociales en general. Esto contribuye a que las intervenciones sean ineficaces y contradictorias en sus planteamientos, corriendo el peligro de restar credibilidad a las actuaciones, al ser motivadas por el voluntarismo de muchos profesionales, más que por el reconocimiento de la EpS como una función esencial de su ejercicio profesional para la que se requiere una determinada capacitación.

A excepción de los trabajadores sociales, el resto de profesionales de la salud

(médicos, farmacéuticos, veterinarios, enfermeros,...), carecen de una formación en Ciencias Sociales y, en general, una escasa formación metodológica. Sin embargo, este problema podría desaparecer con la incorporación de otros profesionales (especialmente, psicólogos, sociólogos, pedagógicos y técnicos en Ciencias de la Información), la puesta en marcha de un Plan de Formación Continuada en EpS e introducir en los currícula universitarios disciplinas orientadas hacia las Ciencias Sociales y del Comportamiento.

La motivación y actitudes no son tan favorables cuando se trata de implantar un modelo participativo, lo que está íntimamente ligado con el problema de la formación, ya que ésta determina, muchas veces, actitudes en uno u otro sentido, y el desconocimiento o lo nuevo puede provocar rechazo.

La formación de la mayoría de los profesionales sociosanitarios, ha estado centrada en el desarrollo de actividades asistenciales, y en algunos casos preventivas, con una concepción de la EpS centrada exclusivamente en la provisión de conocimientos. Por una parte, esto introduce un **sesgo biológico en las actividades de educación para la salud**, que con gran frecuencia, se limitan a ofrecer información biomédica sin entrar a tratar otros aspectos, culturales, laborales, sociales, económicos, etc., tan íntimamente relacionados con la salud. Y, por otra, se produce una **prevalencia del modelo informativo**¹. Las intervenciones, en general, se realizan según los postulados de este modelo, aunque en ciertos casos aparece un modelo persuasivo-motivacional o preventivo², pero no se llega a la implantación de un modelo de desarrollo personal y social³. Es decir, las actuaciones tienen, por lo general, objetivos cognoscitivos. Buscan incrementar los conocimientos biomédicos y, como mucho, en algún caso, se

1 Basado en que el conocimiento de los problemas y sus soluciones es suficiente para cambiar los comportamientos. El profesional es el "experto" que dice a la gente lo que es bueno o malo para ella, lo que debe o no hacer. La práctica educativa es paternalista, unidireccional y no tiene en cuenta el contexto ni la cultura de la gente (creencias, valores, errores, maneras de pensar, sentir o interpretar las cosas) y la metodología se basa únicamente en una pedagogía transmisora de aquellos conocimientos o normas, que el profesional considera que el usuario debe poner en práctica para mantener o mejorar su estado de salud. No se tienen en cuenta los condicionamientos medioambientales ni sociales y el papel del individuo se limita a la obediencia, al traducir a comportamientos los conocimientos prescritos por el sanitario.

2 Desde el reconocimiento de la implicación del comportamiento en la etiología de la enfermedad, responsabiliza a la EpS de prevenir la enfermedad y la incapacidad mediante la modificación del comportamiento. La pedagogía utilizada, se basa en las técnicas de la psicología del comportamiento, se preocupa de que el individuo adquiera habilidades que otro le enseña. Los contenidos se comunican y se asimilan con la fuerza de la persuasión y los mensajes motivadores. La comunicación que se establece, sigue siendo unidireccional, pero con un cierto feed-back para medir los efectos del mensaje, siendo ésta la única participación del individuo. Todo depende de la iniciativa del educador o de la institución.

3 Orientado a promover creencias y actitudes favorables y a potenciar la autoestima personal, incrementando la creencia en la propia capacidad para controlar la vida, adquiriendo y perfeccionando *destrezas para la vida*. Se centra en la capacidad de protagonismo del hombre sobre su salud, de forma crítica, responsable y participativa, posibilitando cambios socioeconómicos que mejoren los determinantes de la salud, reconociendo la influencia de la sociedad en el comportamiento. La EpS se centra, menos en comportamientos aislados, más en el estilo general de vida, y las actividades se dirigen más a las instituciones de mayor importancia: escuela, trabajo, grupos de referencia y familia. Los procesos de comunicación que se establecen son bidireccionales.

En la práctica, estos tres modelos no son excluyentes entre sí.

plantean la necesidad de motivar para el cambio, pero en ningún caso se llega a plantear la necesidad de la salud como un concepto responsable y participativo.

Con frecuencia, las informaciones, planteadas desde el modelo informativo, están mal planificadas y/o son inadecuadas, incluso, en la mayoría de las intervenciones, sólo se llega a las personas con mayor acceso a la información o que menos necesitan de ella. En otras ocasiones se genera confusión en la población, debido a la gran cantidad de mensajes contradictorios emitidos. Otras veces se genera ansiedad, temor u obsesión por la enfermedad, la muerte o la salud, así como expectativas falsas de solución de los problemas, cuando no se genera culpabilidad, al dar el mensaje de que el individuo es responsable de su enfermedad.

Existe una **escasa utilización de la metodología y las técnicas educativas más efectivas**. A pesar de los avances metodológicos y técnicos que proponen las ciencias sociales, se siguen utilizando, por lo general, técnicas que se han demostrado ineficaces o cuyos efectos no llegan ni con mucho a los objetivos que se proponen (charlas, intervenciones de sesión única, etc...), siendo necesario desterrar el concepto que algunos profesionales, políticos, etc., tienen de asociar la EpS a materiales (folletos), actividades informativas (charlas) y medios de comunicación de masas (campañas) y la subordinación de la EpS al modelo médico asistencial. Por contra creemos que un enfoque de desarrollo personal y de cambio social (Tones, 1987), sería más adecuado.

Por definición la educación, y por tanto la EpS, es un proceso educativo continuado, sin embargo, la mayoría de las intervenciones se realizan como experiencias aisladas. Hay una **falta de continuidad en las intervenciones**. De esta forma aparecen un gran número de actuaciones esporádicas y no coordinadas que pueden llegar incluso a contradecirse en sus términos. Y las pocas veces que se realizan experiencias programadas y planificadas se hace a corto plazo. Es decir, se detecta una **falta de planificación a largo plazo** que pueda plantear objetivos secuenciales que den sentido y unidad a las intervenciones.

Como consecuencia, muchas veces se produce una **falta de correspondencia entre las necesidades de la población y las intervenciones que se realizan**. En muchos casos éstas vienen determinadas por motivos o intereses que nada tiene que ver con el proceso salud-enfermedad. Hay una falta de coincidencia entre las necesidades de la población y las de los técnicos, trabajando, en ocasiones los profesionales y las Organizaciones e Instituciones para sí mismas.

Las actividades educativas están íntimamente ligadas a los recursos disponibles. Es notoria la **falta de adecuación de las prioridades preconizadas por la legislación general con las distribuciones presupuestarias**. A pesar de considerar la EpS como una prioridad de primer orden, los recursos financieros y humanos reflejados en los presupuestos de las diferentes Administraciones Sanitarias, siguen teniendo una orientación fundamentalmente asistencial. Este desequilibrio, unido a la **insuficiente rentabilización de los recursos**, por la dispersión y descoordinación de los mismos, junto con el problema ya apuntado de las carencias en formación, empeora la situación. En la medida que se mejore la formación y existan referentes que promuevan y posibiliten la coordinación, tenderá a su desaparición. Sin intervenir, es previsible un empeoramiento de la situación, puesto que tanto la EpS como la participación comunitaria son términos atrayentes, frecuentemente desconceptualizados, lo que

propicia una orientación de los recursos hacia gran cantidad de actividades claramente inútiles.

Hay que señalar, también, una cierta **falta de reconocimiento de la necesidad de educar para la participación**. La participación de la población es esencial y los niveles permitidos no van más allá de la mera asistencia pasiva en las intervenciones, sin tomar parte en la gestión y en la toma de decisiones relacionadas con las actuaciones que son necesarias llevar a cabo. La base del modelo de trabajo en EpS con la comunidad, debe ser la participación de la comunidad desde la programación de la intervención.

Al mismo tiempo, se produce, cada vez más, una **desresponsabilización de la población en relación con los problemas de salud**. Cuando los problemas y las intervenciones para la resolución de los mismos se dejan en manos de la Administración, por creer que es responsabilidad exclusiva de ella, se favorece la desresponsabilización de la Comunidad (desinterés, falta de participación,...). Esto contribuye, aún más, a la orientación asistencial del Sistema, sobrecargándolo y generando mayores demandas, a veces innecesarias.

Por último, señalar la **insuficiente investigación social y escasa o nula sobre antropología cultural**. Aunque determinados aspectos sociales son suficientemente conocidos (nivel de instrucción, escolarización, nivel socioeconómico, etc.), otros apenas están caracterizados o son francamente desconocidos (modelos culturales, sistema de valores y tradiciones de la población, mecanismos de socialización de las informaciones, actitudes ante la enfermedad y la salud, etc.). Algunos de estos datos son esenciales para una mayor efectividad de la EpS, ya que se trata de intervenir sobre la cultura para reorientar los comportamientos. Cada vez es más evidente la importancia que tiene el conocimiento del medio ambiente social para poder intervenir, por lo que cabe esperar una tendencia positiva en este sentido, no es así en cuanto a la importancia de la investigación antropológica, no suficientemente valorada por los trabajadores de la salud, para la resolución de los problemas relacionados con la conducta, de los que se ocupa la EpS.

Además, las **influencias derivadas del modelo cultural salud-enfermedad predominante**, que transmiten los Medios de Comunicación Social. Es por todos conocida la importancia que los mass-media tienen en la socialización de los modelos culturales, entre ellos los que se relacionan con el proceso salud-enfermedad. Una medicina esencialmente asistencial, hospitalocéntrica, omnipotente ante la enfermedad, en la que el médico es el único responsable de la salud de los individuos y la Administración de poner todo el arsenal tecnológico disponible al servicio de la población, son las características más importantes del modelo transmitido, a lo que habría que añadir el sensacionalismo, los errores y las contradicciones en las informaciones.

Las dificultades expuestas, junto con la sobrecarga asistencial y la **falta de credibilidad en la eficacia de la EpS**, dan lugar a una **frustración de los profesionales**, ante la falta de recursos, de resultados tangibles y a corto plazo, o como consecuencia de experiencias frustrantes, bien por diseños inadecuados, bien por falsas expectativas creadas, propiciándose, entre ellos, el desaliento y el descrédito de la EpS y la participación comunitaria.

No entramos en hacer valoraciones de la sobrecarga asistencial, aún reconociendo la relación con muchas de las dificultades expuestas, cuya solución contribuiría, sin duda, a minimizarla. No obstante, nos parece oportuno detenernos en el problema que suscita la falta de credibilidad de la EpS entre los profesionales por el cuestionamiento que frecuentemente se hace sobre su utilidad.

EL PROBLEMA DE LA EFECTIVIDAD EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Como ya hemos dicho, uno de los problemas que afecta directamente al grado de aplicación de las actividades de EpS, en el contexto del Sistema Sanitario, es aquel que se refiere a la efectividad de las mismas. En otras palabras, la duda sobre si este tipo de intervenciones son útiles o no, a la hora de mejorar el estado de salud de la población, se encuentra detrás de muchas de las reticencias a emplear el tiempo y los recursos necesarios para llevar a cabo este tipo de prácticas. Sin embargo, la afirmación de que la EpS es efectiva no debería suscitar muchas objeciones.

Existen innumerables ejemplos relativos al éxito de las intervenciones en EpS. Pero antes de seguir adelante, cabe matizar que lo que consideramos "éxito" de un programa depende de los objetivos propuestos, de los criterios que lo definen y de los recursos utilizados. En este sentido, los programas de EpS han conseguido logros incuestionables en áreas que no son barajadas, normalmente, entre los indicadores de evaluación de un programa. Logros como la satisfacción del usuario, la mejora de la calidad de la asistencia, el incremento en la participación, la mejora de las relaciones profesionales y el trabajo en equipo, o la formación. Logros que son importantes y no pueden ser olvidados. El énfasis del paradigma médico en los métodos cuantitativos frente a los cualitativos (Turabián, 1993), y la tendencia a centrarnos en indicadores, supuestamente, más representativos de los resultados del programa, nos puede hacer perder la perspectiva de la EpS como un proceso global de cambio.

Pero la EpS también ha resultado ser efectiva con respecto a los indicadores de éxito considerados más objetivos. Indicadores que utilizaremos básicamente en la somera revisión que vamos a realizar; teniendo presente que no son los únicos ni, en determinados casos, los más importantes, aunque sí los más comúnmente aceptados como demostrativos de la efectividad de la intervención.

Efectividad de las intervenciones en EpS

Indudablemente, ha habido grandes cambios en la conducta relacionada con la salud durante la última década y, en muchas ocasiones, un descenso asociado en muertes prematuras e incidencia de la enfermedad. En muchos países desarrollados se ha observado, por ejemplo, una reducción sustancial del tabaquismo y otros factores de riesgo cardiovascular (Tones, Tilford y Robinson, 1990). Sin ir más lejos, en España, se ha reducido en, aproximadamente, 2 puntos porcentuales el número de fumadores entre 1987 y 1993 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993). En Cataluña concretamente, la proporción de varones adultos fumadores ha descendido del 58% en 1982 al 49.7% en 1990; siendo además el descenso más pronunciado el producido entre jóvenes de ambos sexos,

especialmente varones, entre 15 y 24 años (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1990).

Si bien éstos y otros cambios relativos a conductas de salud, han podido ser influidos por múltiples factores, no sería lógico minimizar la importancia de la EpS en el logro de estos resultados. Por otro lado, las acciones educativas no han tenido solamente una influencia directa sobre los indicadores conductuales relacionados con la salud (p. e.: descenso en la proporción de fumadores), sino que han tenido también una influencia indirecta preparando el camino y facilitando la adopción de medidas normativas en el campo de la promoción de la salud. El hecho de que las actitudes de la población sean, en general, favorables a las acciones de lucha antibáquica (Villalbí et al., 1985) facilita en gran medida la adopción de medidas restrictivas al consumo de tabaco que, sin el necesario cambio actitudinal provocado por las intervenciones de EpS habrían resultado impopulares. Otro tanto cabe decir de medidas como la obligatoriedad del uso del casco o el cinturón de seguridad, en las que se ha demostrado que la EpS ha jugado un papel importante facilitando su aceptación. En Inglaterra, por ejemplo, la EpS contribuyó directamente al incremento del uso del cinturón de seguridad en un 16%, pero además allanó el camino para el desarrollo de una legislación que contribuyó al descenso de morbi-mortalidad asociada a los accidentes de tráfico (Levens y Rodnight, 1973).

Existen varias revisiones sobre la efectividad de las intervenciones de EpS (Gatherer et al., 1979; Green y Lewis, 1986; Tones, Tilford y Robinson, 1990). La realizada por Gatherer et al., encontró que el 85% de 62 estudios demostraba mejoras en conocimientos, el 65% de 39 estudios encontraban cambios actitudinales en la dirección deseada, y el 75% de 123 investigaciones que buscaban cambios conductuales lo consiguieron. Esto a pesar de que, según estos autores, la impresión general surgida de gran parte de la literatura es que la EpS que se practica es, en muchos casos, inapropiada para muchas de las personas hacia las que va dirigida. En general al hablar de la efectividad de la EpS podríamos decir que "mientras un método educativo dado esté basado en una sólida teoría del aprendizaje, es usualmente posible alcanzar los objetivos deseados. Una buena comprensión de los factores psico-sociales que sostienen la toma de decisiones y la conducta nos ayudará a diseñar intervenciones específicas que tendrán éxito" (Tones, Tilford y Robinson, 1990).

Efectividad de la EpS en ámbitos específicos

Obviamente, el objetivo de esta ponencia no es realizar una revisión exhaustiva sobre la efectividad de la EpS, sino dar una impresión general que nos sirva de referencia a la hora de valorar, en su justa medida, la utilidad de la misma; especialmente en el marco de la Atención Primaria de Salud. Para ello, sin embargo, consideramos de interés reseñar algunos estudios que nos den una idea global del efecto de las intervenciones educativas sobre la salud de la población. Realizaremos esto, no sólo en lo que se refiere a la práctica asistencial, sino también en las actuaciones llevadas a cabo desde otros ámbitos, que tienen relación con la Atención Primaria, como son la escuela y los programas comunitarios.

estimando un ahorro de más de 4 millones de dólares en pensiones a cambio de menos de un millón invertido en las actividades del proyecto.

En lo que respecta a la práctica asistencial, y específicamente a la Atención Primaria de Salud, también existen numerosos ejemplos que demuestran la influencia favorable de las actividades educativas en la salud de la población. Estos estudios se han centrado especialmente en el consejo del profesional sanitario, aunque hay muchas más actividades que pueden ser desarrolladas desde el marco de la Atención Primaria.

Este hecho, junto con la creciente importancia que está adquiriendo la intervención sobre los estilos de vida desde el ámbito sanitario, ha llevado a que, recientemente, distintos organismos hayan desarrollado modelos de intervención en los que la EpS juega un papel preponderante (U. S. Preventive Services Task Force, 1989; Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993). Las dos publicaciones mencionadas ofrecen revisiones sobre la efectividad del consejo médico a la hora de modificar la conducta del paciente, y en ambas se enfatiza la importancia del mismo. Esta efectividad ha sido estudiada más intensamente con respecto a determinados temas de salud como el tabaquismo, mientras que en otros casos, como la salud bucodental, la evidencia es más bien escasa.

Son ya clásicos los primeros estudios que ofrecían información sobre la efectividad del consejo médico en el abandono del hábito de fumar. Russell et al. (1979) encontraron que un 5.1% de los pacientes que recibieron consejo médico y un folleto con instrucciones para dejar de fumar dejaban el tabaco y se mantenían sin fumar un año después, en comparación con un 0.3% en el grupo control. Según estos autores, cada médico en Inglaterra, aplicando este sencillo método, podría conseguir que 25 de sus pacientes abandonaran el hábito tabáquico, y si todos los médicos de atención primaria adoptasen esta práctica, el número de personas que dejarían el tabaco podría ser mayor de 500.000 cada año. Otros ensayos clínicos posteriores apoyan estos resultados, incidiendo en la importancia del consejo médico o de enfermería en el abandono del tabaco (Li et al., 1987; Hollis et al., 1991; Nebot et al., 1990). Kottke et al. (1988) en un meta-análisis de ensayos clínicos encontraron tasas de cese del hábito de fumar de un 8% a los 6 meses y un 6% a los 12 meses. El consejo anti-tabáquico ha demostrado también su eficacia en la reducción de la mortalidad por enfermedades derivadas del consumo de esta droga (Rose y Colwell, 1992). A esto, habría que añadir que los programas de ayuda sistemática al fumador parecen mostrar un grado aún mayor de respuestas favorables que el consejo aislado (Martín, Jane y Nebot, 1993).

También el consejo médico a los consumidores excesivos de alcohol ha demostrado ser efectivo (Wallace et al., 1988; Anderson y Scott, 1992), y se han desarrollado programas para ayudar al médico de atención primaria en su trabajo con bebedores excesivos (Nettleton y Thomson, 1993). Wallace et al. (1988) encontraron una reducción en el consumo de 146 grs. de alcohol puro semanal en los varones del grupo de intervención, frente a 65 grs. en el grupo control. La prevalencia de bebedores excesivos se redujo en un 44% en el grupo de intervención frente a un 26% en el control. En el caso de las mujeres, estos cambios también fueron significativos. Aubá (1993) en su revisión sobre la efectividad del consejo médico en el consumo de

alcohol llega a la conclusión de que la atención primaria se encuentra en una situación favorable para abordar este problema.

Maiques et al. (1993), realizaron una evaluación del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), por medio de los éxitos obtenidos sobre pacientes fumadores y bebedores excesivos. Encontraron una reducción significativa del 5.8% sobre el total de fumadores y del 23.3% en bebedores excesivos, tras una intervención mínima basada, principalmente, en el consejo médico.

Aparte de los datos aportados sobre la efectividad del consejo del profesional sanitario en el tratamiento del tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, hay estudios que resaltan su efectividad en otras áreas, en solitario o acompañado de otros recursos, como la adherencia al tratamiento (López, 1993; Travería et al., 1987), la actividad física (Campbell, Brown y Waters, 1985), los accidentes en el hogar (Kelly, Sein y McCarthy, 1987) o el consejo nutricional (Glanz, 1985). Sin embargo, en estos casos es más difícil demostrar la existencia de evidencias concluyentes, lo que puede ser explicado, en parte, por los principales problemas de que adolece la investigación en este campo: 1.—Dificultad para obtener conclusiones generales por problemas metodológicos a los que se añade la dificultad intrínseca del estudio de la conducta; 2.—Falta de investigación relevante en este área; 3.—El hecho de que la gran mayoría de los estudios tengan como principal objetivo el diseño o evaluación de técnicas de intervención, pero no muestren ningún interés por un desarrollo teórico que las sustente. Es decir "pocos estudios individuales han tenido un fundamento psicológico para el desarrollo de sus tratamientos" (Epstein y Class, 1982), lo que conlleva la aparición de estudios mal diseñados, la utilización de técnicas específicas sin la suficiente preparación, la dificultad para avanzar en la búsqueda de nuevas técnicas y, por supuesto, el que se llegue a conclusiones irrelevantes o equivocadas.

Por otra parte, a pesar de esto, el consejo del profesional sanitario se sigue recomendando en aquellos problemas de salud susceptibles de mejora a través de cambios en los patrones de conducta (U. S. Preventive Services Task Force, 1989; Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993). Esto es así, en parte, porque si bien las magnitudes de los porcentajes de éxito no son muy esperanzadoras desde el punto de vista del clínico, estos resultados son muy importantes desde el punto de vista de la Salud Pública (Corral, 1993).

En general, en los aspectos más profundamente estudiadas, como el consejo antitabáquico, se admite que la efectividad de la intervención depende del número de contactos con el paciente, número de meses de intervención, uso de consejo personal cara a cara, y habilidades personales del que aconseja; además de, en el caso del tabaco, del nivel de dependencia, motivación para dejarlo y confianza en la capacidad para abandonar el hábito. Las técnicas más eficaces parecen ser, por tanto, el uso de más de una modalidad de intervención (combinar el consejo con el reparto de materiales o actividades de grupo), implicar tanto a médicos como a no-médicos, dar un número máximo de mensajes motivadores durante un tiempo más largo suministrando un refuerzo constante, y suministrar materiales de auto-ayuda (U. S. Preventive Services Task Force, 1989). Estos factores u otros similares parecen estar detrás de la efectividad de la intervención en otras áreas como el consumo de alcohol (Aubá,

1993), el cumplimiento terapéutico (Prados, 1992), o la prevención de la infección por VIH (Slutkin, 1992), por lo que no sería arriesgado suponer que pueden constituir la base de un consejo efectivo sobre cualquier aspecto relacionado con la salud.

PROPUESTAS PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Actualmente los únicos marcos de referencia de los que disponen los Equipos de Atención Primaria son, la Cartera de Servicios del INSALUD y el PAPPS de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

El PAPPS es un paso adelante importante. En él se reconoce la promoción de la salud como una de las medidas de mayor rentabilidad y la información a los pacientes, sobre hábitos relacionados con la salud, como una de las funciones del Equipo de Atención Primaria. Sin embargo, las actividades informativas parecen limitarse al consejo individual. Únicamente se liga la pedagogía a la promoción de la salud, responsabilizando de la misma a enfermería, punto sobre el que no estamos en absoluto de acuerdo, ya que, como dijimos anteriormente, es responsabilidad de todos. Además, el PAPPS presenta el sesgo de estar promovido por una sociedad médica, sin el carácter multidisciplinar que exige la Atención Primaria, sin, por ello, dejar de reconocer el avance que supone la sistematización y la evaluación de sus propuestas.

La Cartera de Servicios de 1994, a primera vista, parece introducir modificaciones cualitativas importantes, con respecto a años anteriores, en lo que se refiere a EpS. Según los criterios metodológicos que la definen, todos los servicios deben formularse en un programa con unas "normas de correcta y deseable atención a las personas a las que se dirigen". Un análisis más somero de los servicios de EpS, nos ha permitido constatar que todos carecen de las normas técnicas mínimas y, que si bien se exige su sustentación en un programa, puede cubrirse el servicio y ofrecer resultados realizando exclusivamente actuaciones informativas y puntuales. En una palabra, constatamos una falta de exigencia técnica que va a incidir en la calidad y en los resultados que debieran obtenerse de estos servicios.

Ante el análisis de la situación actual y del contexto en el que nos encontramos, hacemos unas propuestas que deben ser los pasos previos a la puesta en marcha y desarrollo de un Programa de Educación para la Salud en Atención Primaria. Nuestros planteamientos no son utópicos, son posibles de realizar, si bien la solución no depende exclusivamente de los profesionales, su papel es primordial en este proceso de cambio. Tampoco suponen una sobrecarga profesional, simplemente exigen una mayor implicación y coherencia en las actuaciones.

Las recomendaciones que se exponen, en primer lugar, son aquellas de carácter general y que condicionan todas las actuaciones:

En tanto no culmine el proceso de transferencias, en materia de salud y educación, hay que establecer cauces formales de colaboración entre las Administraciones Central y Autonómica. Estando vigente el Convenio de Colaboración en materia de EpS, suscrito por la Dirección General de Salud y Consumo de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales y Dirección Provincial del MEC, es necesaria la ampliación de este acuerdo a la Dirección Territorial del INSALUD en Murcia. Una administración sanita-

ria única, o en su caso un acuerdo formal, ha de descentralizar las acciones de EpS a las Áreas y Zonas de Salud, dotando a las mismas de profesionales que planifiquen, dinamicen, coordinen y sean los referentes de EpS.

Tiene que estar claro el papel del Centro de Salud y por tanto las competencias del Equipo. En su organización, deben quedar establecidas, de forma clara y explícita, las líneas de actuación, y para ello delimitar y asignar funciones a cada uno de los profesionales del mismo, siempre partiendo de un modelo de colaboración, no jerárquico, buscando la colaboración o integrando otros técnicos.

Para utilizar metodologías y técnicas educativas efectivas, evitar el sesgo biológico y basar las actuaciones en modelos de desarrollo personal y comunitario, es necesario un estilo profesional diferente, que se conseguiría con una nueva orientación de los planes de estudio pre y postgrado y la instauración de programas de formación permanente, flexibilizando la formación a las exigencias de cada momento. Un primer momento de adquisición y cambio de actitudes, para adquirir, más adelante, las capacidades y habilidades que se precisan. En este momento, establecer procesos de formación en el propio centro, para todos los miembros del Equipo, ligados a proyectos de trabajo concretos, sería una manera óptima de empezar.

La planificación a medio y largo plazo y el establecimiento de un programa de EpS, transversal a los programas (fig. 3), daría sentido a las actuaciones que se realizan, y respuesta a las necesidades de la población. Desterrando experiencias puntuales y aisladas, realizadas desde iniciativas y criterios personales más que como objetivos y actividades del Equipo. Programa, en el que ha de implicarse todo el Equipo, con responsabilidades diversas, según las capacidades profesionales y preferencias personales de cada uno.

Todas las actuaciones deben sustentarse en un modelo participativo, utilizando y mejorando, si es preciso los órganos de participación, por ejemplo haciendo más operativos y rentabilizando, los ya existentes, Consejos de Salud.

Todas estas sugerencias para el cambio pueden dar la impresión de escapar a las competencias de los profesionales de los Centros de Salud. Pero si se reconocen estas dificultades, los profesionales nos convertimos en agentes de cambio con capacidad para influir sobre los que legítimamente tienen el poder de decisión, iniciando y haciendo sentir la necesidad de un cambio, estableciendo alianzas con líderes comunitarios, proponiendo y divulgando acciones concretas y exigiendo su ejecución por la necesidad y pertinencia que les son reconocidas.

De manera más concreta y de realización inmediata o a corto plazo, paralelamente a la resolución o mejora de la situación general, se deberían introducir algunas modificaciones en la actual Cartera de Servicios. Estos cambios surgen como estrategias para el cumplimiento del objetivo 28 del Plan de Salud de la Región de Murcia, con el que se pretende que todos los Equipos de Atención Primaria, incluyan en su oferta de servicios actividades de promoción de la salud. Las aportaciones que hacemos van en un doble sentido.

1. Revisión de los prerrequisitos y normas técnicas mínimas de los servicios: información sanitaria a maestros (servicio 0020) e información sanitaria a padres (servicio 0024). Los servicios anteriormente citados deben unificarse en un solo servicio: Actividades de Educación para la Salud en la Escuela. Entendiendo que dichas

Figura 4

FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LO QUE RESPECTA A LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

1. Aportar información técnica a los educadores.
2. Programar y evaluar, conjuntamente con los educadores, las intervenciones.
3. Facilitar los datos que puedan ser útiles al educador para su aprovechamiento en el aula.
4. Programar y realizar actividades conjuntas dirigidas a la comunidad, fundamentalmente a los padres de alumnos y asociaciones de la zona.
5. Propiciar la formación de grupos multiprofesionales que coordinen y dinamicen las intervenciones de EpS en los centros docentes.
6. Mantener, desde el Equipo de Atención Primaria, una postura coherente con los programas que se estén desarrollando en la escuela. Ofrecer información y potenciar los recursos para el cambio o mantenimiento de hábitos de salud en la consulta directa con niños y padres, así como motivar a los padres para que participen en los programas desarrollados en la escuela.

actividades no deben limitarse a la transmisión de informaciones de los profesionales sociosanitarios a los padres y profesores (Fig. 4), por el contrario, deben potenciarse aquellas que vayan dirigidas a fomentar la coordinación interinstitucional y la participación de toda la comunidad escolar: padres, profesores y alumnos, de forma conjunta (Fig. 5).

2. **Incluir el servicio de educación sanitaria a madres (servicio 0052) y el servicio de educación a grupos de crónicos (servicio 000)⁶, transversalmente a los Programas de Atención a la Mujer y Atención al Niño y a los del Adulto y Anciano respectivamente, estableciendo las normas técnicas mínimas que garanticen su calidad.**

3. **Incorporación, a la Cartera de Servicios del INSALUD de dos nuevos Servicios de Promoción y Educación para la Salud**, que sin pretender ser exhaustivos, podrían facilitar el reconocimiento de las actividades que en este sentido estén realizando los Equipos de Atención Primaria. (Fig. 6)

Antes de finalizar, recordar que la ejecución de las actividades de EpS que posibilitan el desarrollo de los programas o de los servicios concretos, se ponen en marcha desde tres áreas de intervención: consulta individual, trabajo con grupos y educación sanitaria con la comunidad.

El profesional sociosanitario del nivel primario de salud se encuentra en una situación privilegiada para poder intervenir sobre los estilos de vida de la comunidad. El contacto continuado con la población, la credibilidad de los profesionales, la situación de demanda de ayuda en la que la población acude al Centro de Salud, etc., son factores que favorecen la efectividad de la intervención.

6 Servicio pendiente de codificación definitiva.

Figura 5
**PROPUESTA DE MODIFICACIÓN DE LA CARTERA DE
 SERVICIOS DEL INSALUD**

SERVICIO	ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA
PRERREQUISITOS MÍNIMOS	<p>Para la inclusión del servicio se garantizará siempre la existencia y cumplimiento de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Un sistema registro específico de actividades de EpS que incluya como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> Contenido de las actividades Fecha de las actividades Responsables de las actividades Número de personas participantes 2.- Actas formales de las reuniones de coordinación mantenidas con docentes y/o padres que recojan los acuerdos y/o las conclusiones de las mismas 3.- Protocolo que incluya, como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> Contenidos de las actividades Metodología Lugar de realización de las actividades Sistema de evaluación
NORMAS TÉCNICAS	<p>En todo centro educativo incluido en el servicio existirá una estructura formal, en la que estén integrados padres, profesores, alumnos y miembros del Equipo de Atención Primaria, para la planificación y evaluación de las actividades de educación para la salud en dicho centro</p> <p>Todos los centros docentes incluidos en el servicio, recogerán todas las actividades de educación para la salud en un programa elaborado conjuntamente por docentes, sociosanitarios, padres y alumnos</p> <p>Todos los Equipos de Atención Primaria, que tengan acreditado el servicio más de un año, habrán creado mecanismos de coordinación con los centros educativos incluidos en el servicio</p>
INDICADORES	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de centros educativos incluidos en el servicio}}{\text{N}^{\circ} \text{ de centros de la zona}} \times 100$ $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de actividades de EpS realizadas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de actividades programadas}} \times 100$ $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de profesionales sociosanitarios implicados}}{\text{N}^{\circ} \text{ de profesionales del Equipo de Atención Primaria}} \times 100$

Figura 6
**PROPUESTA DE INCORPORACIÓN DE NUEVOS SERVICIOS A LA
 CARTERA DE SERVICIOS DEL INSALUD**

SERVICIO	EDUCACIÓN PARA LA SALUD A LA COMUNIDAD
PRERREQUISITOS	<p>Deberá existir un programa de actividades que, al menos, incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> Justificación (basada en determinantes de la salud) Objetivos (orientados a influir sobre los estilos de vida) Metodología (preferentemente de carácter participativo) Contenidos (conceptos, actitudes y habilidades) Recursos (humanos, didácticos, materiales,...) Evaluación <p>Existirá un registro que incluya, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fecha de la intervención (*) Responsable de la misma Contenido Número de personas implicadas/asistentes
NORMAS TÉCNICAS	<p>Toda actividad debe ir dirigida a la promoción de estilos de vida saludables</p> <p>Toda actividad ha de estar basada en los problemas, necesidades y/o demandas de la comunidad</p>
INDICADORES	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de profesionales sociosanitarios del Equipo implicados en el Servicio}}{\text{N}^{\circ} \text{ de profesionales del Equipo de Atención Primaria}} \times 100$ $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de intervenciones (*)}}{\text{N}^{\circ} \text{ de profesionales del Equipo implicados}} \times 100$
SERVICIO	PROMOCIÓN DE LA SALUD A LA COMUNIDAD «Identificación de problemas relacionados con los factores determinantes de la salud»
PRERREQUISITOS	<p>Deberá existir en la zona un Consejo de Salud</p> <p>Existirá un registro que incluya, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Problemas identificados, en relación con los determinantes de la salud Fecha de su identificación Fecha de su traslado al Consejo de Salud
NORMAS TÉCNICAS	<p>Todo problema registrado debe estar relacionado con los factores determinantes de la salud</p>
INDICADORES	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de problemas trasladados al Consejo de Salud}}{\text{N}^{\circ} \text{ de problemas registrados}} \times 100$

(*) Se entiende por intervención cada acto que se realice con un grupo de población de la zona

Desde esta posición, el profesional tiene dos roles de gran importancia: su papel como modelo y su papel como educador. Como modelo porque sus conductas y actitudes relativas a la salud son percibidas por la población como una referencia importante a la hora de tomar decisiones sobre su propia salud; y como educador, porque dentro de su quehacer profesional deben incluirse todas aquellas actividades que puedan tener una incidencia positiva en la salud de la comunidad.

En su función como educador, las actividades del profesional sanitario deben dirigirse hacia tres áreas de trabajo igualmente importantes:

1. **La EpS en la consulta:** utilizando la oportunidad que le ofrece el contacto directo con el usuario, para llevar a cabo un proceso educativo individualizado.

2. **La EpS con grupos:** por un lado, dando respuesta a las demandas educativas de la comunidad, y reorientándolas, si es necesario, hacia intervenciones más acordes con las técnicas que han demostrado ser más efectivas. Por otro lado, a través de la organización de grupos orientados hacia la salud, ya sean de personas con trastornos crónicos, con factores de riesgo específicos, o de población sana.

3. **La EpS con la comunidad:** dinamizando, capacitando, ayudando y responsabilizando a la comunidad en la toma de decisiones que afectan a su propia salud, y desarrollando actividades en ámbitos que, como la escuela, asociaciones, centros culturales, centros de la mujer,... tienen gran importancia para conseguir modificaciones globales en los estilos de vida de la población.

Como conclusión, podemos afirmar que se reconoce la necesidad de hacer EpS para contribuir a minimizar los factores de riesgo (prevención de la enfermedad), controlar los determinantes de la salud (promoción de la salud) y mejorar la asistencia sanitaria (curación y rehabilitación), y que hay datos suficientes que demuestran su utilidad y eficacia, tanto a nivel individual como de grupos o comunitario. Sin embargo, las intervenciones, a pesar del interés de los profesionales, no se desarrollan de forma sistemática, planificada y continuada, como sería deseable, las actividades que se realizan carecen, en general, de rigor, parten de planteamientos incompletos, sesgados y, a veces, erróneos, además de utilizar una metodología, la mayoría de las veces, inapropiada, que no guarda relación con los resultados que se espera obtener.

Para cambiar esta situación, es necesario invertir más en promoción de la salud y EpS, además de formalizar la colaboración entre las instituciones que tienen diferentes competencias y preconizar el desarrollo de la legislación. La descentralización y reorientación de los servicios y la formación de los profesionales son, así mismo, prioridades de primer orden.

Concretamente, y teniendo en cuenta la realidad actual, de forma inmediata se deben de tomar una serie de decisiones que por una parte mejorarían la utilidad de la EpS y por otra iniciarían el proceso de introducción y desarrollo de la EpS como una función más de los Equipos de Atención Primaria. Estas decisiones llevarían consigo la firma de un acuerdo de colaboración entre el INSALUD y la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, dicho acuerdo establecería las bases para: la Formación Continuada en Promoción y Educación para la Salud, la elaboración y difusión de materiales educativos, la promoción de la salud en centros docentes, la interrelación de la EpS con los Programas de Salud, la participación comunitaria y la investigación en promoción de salud. Así mismo, es prioritaria la reorientación de los servicios de EpS que se

contemplan en la cartera de servicios, siendo imprescindible reestructurar los registros actuales de EpS. Decisiones, que en definitiva, conducirían al cumplimiento del mandato del Plan de Salud de la Región de Murcia.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson P., Scott E. (1992) The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. **Br J Addict** 87, 891-900.
- Aubá J. (1993) El consejo médico a los consumidores excesivos de alcohol. **Aten Primaria**, 12 (3), 166-172.
- Bartlett EE. (1981) The contribution of school health education to community health promotion: what can we reasonably expect? **Am J Pub Health** 71, 1384-1391. (Traducción al español: la contribución de la educación sanitaria escolar a la promoción de salud comunitaria: ¿Qué se puede esperar razonablemente? **Quadern CAPS** B. Centro de Análisis y Programas Sanitarios. Barcelona, 1987).
- Buck C. (1985) Después de Lalonde: hacia la generación de salud. **Bol Epidem OPS**, Washington.
- Campbell MJ., Brown D., Waters WE. (1985) Can general practitioners influence exercise habits? Controlled trial. **Br Med J** 290, 1044-1046.
- Castillo F. (1992) Teoría y práctica de la Educación para la Salud. I **Jornadas Abulenses de Educación para la Salud**, Ávila.
- Castillo F. (1993) La escuela promotora de salud. Ponencia inaugural V **Jornadas de Educación para la Salud en la Escuela**. Murcia.
- Connell DB, Turner RR, Mason EF. (1985) Summary of findings of the School Health Education Evaluation: health promotion effectiveness, implementation and costs. **J School Health** 55, 316-320.
- Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales (1992a) **Plan de Salud de la Región de Murcia. Análisis de Situación. Documento de Trabajo**. Murcia.
- Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales (1992b) **Plan de Salud de la Región de Murcia. Propuesta de objetivos. Documento de Trabajo**. Murcia.
- Corral C. (1993) Editorial: Intervención sobre el tabaquismo desde la atención primaria **Aten Primaria** 11, 271-272.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social (1990) **Enquesta sobre drogodependències**. Barcelona.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social (1993) **Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial**. Barcelona.
- Decreto 53/1989, de 1 de junio, por el que se aprueba el Reglamento General de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Murcia. **BORM** de 17 de junio de 1989.
- Dever GEA. (1977) An Epidemiological Model for Health Policy Analysis. **Social Indicators Research** 2, 453-466.
- Epstein LH, Class PA. (1982) A behavioural medicine perspective on adherence to long term medical regimes. **J Consult Clin Psychol** 50, 950-971.

- Faculty of Community Medicine (1986) **Health for all by the Year 2000: Charter for Action**. Londres.
- Ferrari A. (1982) La metodología de l'Educazione Sanitaria: Una proposta de intervento. **Educazione Sanitaria e Medicina Preventiva** 5.
- Gatherer A., Parfit J., Porter E., Vessey M. (1979) **Is health education effective?** Health Education Council. Londres.
- Gene J., Daye F., Aranda JM. (1993) La prevención de la enfermedad en las consultas médicas. En Aranda JM. **Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud**. Ed Diaz de Santos (en prensa). Madrid.
- Glanz K. (1985) Nutrition education for risk factor reduction and patient education: a review. **Prev Med** 14, 721-752.
- Green LW., Lewis FM. (1986) **Measurement and evaluation in health education and health promotion**. Mayfield, Palo Alto, California.
- Green LW., Simons-Morton BG. (1984) Introduction to Health Education (Traducción al español: **Educación para la Salud**. Nueva Editorial Interamericana. México, 1988).
- Hawe P., Degeling D., Hall J. (1993) **Evaluación en promoción de la salud. Guía para trabajadores de la salud**. Ed. Masson. Barcelona.
- Hollis JH., Lichtenstein E, Mount K, Vogt TM. (1991) Nurse-assisted smoking counseling in medical settings; minimizing demands beowards on physicians. **Prev Med** 20, 497-507.
- Kelly B., Sein C., McCarthy PL. (1987) Safety education in a pediatric primary care setting. **Pediatrics** 79, 818-824.
- Kolbe L. (1985) Why school health education? An empirical point of view. **Health Education** 16, 116-120.
- Kottke TE., Battista RN., De Riese GH., Brekke ML. (1988) Attributes of succesful smoking cessation intervention min medical practice: a meta-analysis of 39 controlled trial. **JAMA** 259, 2883-2889.
- Lalonde M. (1974) **A new perspective on the health of canadians: a working document**. Ottawa, Information, Canada.
- Levens GE., Rodnight E. (1973) The application of research in the planning and evaluation of road safety publicity. Proceedings de la **European Society for Opinion in Marketing Conference**. Budapest.
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. **BOE** de 4 de octubre de 1991.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. **BOE** de 29 de abril de 1986.
- Li VC., Coates TJ., Ewart CK., Kim YJ. (1987) The effectiveness of smoking cessation advice given during routine medical care: physicians can make a difference. **Am J Prev Med** 3, 81-86.
- López A. (1993) Valoración de la eficacia de un programa de educación de pacientes con asma y su implantación en la atención primaria. **XIII Congreso de la SEMFYC**.
- Maiques A., Morales MM., Albert G., Martínez-Correcher F., Gil J., Pascual L. (1993) Evaluación del programa de actividades preventivas. "Éxitos" obtenidos sobre pacientes fumadores, bebedores excesivos y obesos. **Aten Primaria** 12, 591-596.

- Martín C., Jane C., Nebot M. (1993) Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. **Aten Primaria** 12, 86-90.
- Mason JO, McGinnis JM. (1985) The role of school health. **J School Health** 55, 299.
- McAlister A., et al. (1982) Theory and action for health promotion: illustrations from the North Karelia Project. **Am J Pub Health** 72, 43-55.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1989) **Encuesta Nacional de Salud**. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1993) **Encuesta Nacional de Salud (Avance de resultados)**. Madrid.
- Modolo MA., Seppilli A. (1981) **Educazione Sanitaria. L'educazione sanitaria la partecipazione e la difesa della salute**. Il Pensiero Scientifico Editore. Roma.
- Nebot M., Cabezas C., Oller M., Moreno F. (1990) Consejo médico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en Aten Primaria. **Med Clin (Barc)** 95, 57-60.
- Nettleton B., Thomson D. (1993) DRAMS: a minimal intervention to help GPs with problem drinkers. **Health Education J** 52 (1), 45-48.
- OMS (1978) **Report on the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata**. Ginebra.
- OMS (1981) **Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000** (Serie "Salud para todos", nº 3). Ginebra.
- OMS (1983) **Nuevos métodos de Educación Sanitaria en Atención Primaria de Salud**. Serie Informes Técnicos, 690. Ginebra.
- OMS/EURO (1985) **Health Promotion Glossary-A**. Discussion Document nº 79. 991. Copenaghe.
- OMS (1986) **Ottawa Charter for Health Promotion. An International Conference on Health Promotion**. Canada.
- Pérez-Jarauta MJ. (1988) **Las estructuras referenciales en Educación para la Salud: una experiencia de desarrollo de la Educación para la Salud en la Atención Primaria de Salud en Navarra**. Mimeografiado.
- Prados JA. (1992) Importancia de la relación médico-enfermo y la entrevista clínica en el cumplimiento del tratamiento. **Información Terapéutica** 16, 209-216.
- Red de Centros Investigadores de la SEMFYC. (1992) **Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria. V Reunión Anual Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria**.
- Reid D., Massey D. (1986) Can school health education be more effective? **Health Education J** 45, 7-13.
- Resolución, de 11 de abril de 1991, de la Dirección General de Salud, por la que se da publicidad al Convenio de Colaboración suscrito entre la Dirección General de Salud y la Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Ciencia en Murcia, en materia de Educación para la Salud. **BORM** de 3 de mayo de 1991.
- Rochon A. (1991) **Educación para la Salud**. Ed. Masson. Barcelona.
- Rose G., Colwell L. (1992) Randomised controlled trial of antismoking advice: final (20 years results). **J Epidemiol Community Health** 46, 75-77.
- Russell MAH, Wilson S., Taylor C., Baker CK. (1979) Effect of general practitioner's advice against smoking. **Br Med J** 2, 231-235.

- Salonen JT., et al. (1983) Decline in mortality from coronary heart disease in Finland from 1969 to 1979. **Br Med J** 286, 1857-1860.
- Slutkin G. (1992) What has been learned in HIV prevention programmes. Presentación en la **VIII International Conference on AIDS**. Amsterdam.
- Subdirección General de Atención Primaria (1992) **Cartera de Servicios-1993**. INSALUD, Madrid.
- Subdirección General de Atención Primaria (1993) **Cartera de Servicios-1994**. INSALUD, Madrid.
- Tones K. (1981) Health Education: prevention or subversion? **Health Education** 3, 114-118. (Traducción al español: Educación para la Salud: ¿Prevención o subversión? **Quadern CAPS** 8. Centro de Análisis y Programas Sanitarios. Barcelona, 1987).
- Tones K., Tilford S., Robinson YK. (1990) **Health Education. Effectiveness and efficiency**. Chapman & Hall. Londres.
- Travería M., Monraba M., Mata M., Antó JM., Guarner MA. (1987) Papel de la educación sanitaria en la mejora del cumplimiento de los pacientes hipertensos. **Aten Primaria** 4, 204-214.
- Tuomilehto J., et al. (1986) Decline in cardiovascular mortality in North Karelia and other parts of Finland. **Br Med J** 293, 1068-1071.
- Turabián JL. (1993) Evaluación de programas de promoción de la salud en la atención primaria. **Aten Primaria** 12, 616-619.
- U. S. Preventive Services Task Force (1989) **Guide to clinical preventive services**. Williams and Wilkins, Baltimore (Traducción al español: Guía de actividades preventivas en la práctica médica. Diaz de Santos. Madrid, 1992).
- Villalbí JR., Salleras L., Pardell H., Vaqué J. (1985) Epidemiología del tabaquismo en Cataluña II. Actitudes de la población. **Med Clin** 85, 529-532.
- Wallace P., Cutler S., Haines A. (1988) Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. **Br Med J** 297, 663-668.
- Young I., Williams T. (1989) **The Healthy School**. Scottish Health Education Group. Edinburgo (Informe realizado para la OMS por el Grupo Escocés de Educación para la Salud).

Mesa Redonda:

EL PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA

SUMARIO

1. ¿Por qué surge la Medicina Familiar y Comunitaria?

Autor: **Francisco Molina Durán**

- Por qué aparece la especialidad.
- Qué es un Médico de Familia. El perfil.
- Por qué se requiere formación específica.

2. Papel del Médico de Familia desde el punto de vista hospitalario

Autor: **Joaquín García-Estañ Candela**

- La formación hospitalaria del Médico de Familia.
- El Médico de Familia como nexo de unión entre APS y el hospital.

3. ¿Como vemos la Medicina Familiar y Comunitaria?

Autores: **Francisco Agulló Roca**

Julián Alcáraz Martínez

M^º Dolores Aroca García

M^º Antonia Gallego Navarro

Isabel Hidalgo García

Consuelo Luna Rodríguez

- El Médico de Familia y la labor asistencial.
- El Médico de Familia como investigador.
- El Médico de Familia como docente.
- El Médico de Familia como discente.

4. ¿Para qué los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria?

Autor: **Esteban Granero**

- El especialista en MF y C desde el punto de vista de la Administración.
- Salidas profesionales.

EL MÉDICO DE FAMILIA

El médico de familia es un especialista con formación postgrado específica. Las características que lo definen son:

- Atención esencial y continuada al individuo, familia y la comunidad independientemente de la edad, sexo y proceso.
- Para ello, el método clínico utilizado incluye la integración de factores físicos, psíquicos y sociales.
- Competencia para determinar cómo y cuándo tratar, prevenir y educar para promover la salud. Para tomar la decisión inicial acerca del problema que le presente el paciente y organizar la atención a los pacientes con enfermedades crónicas, recurrentes o terminales.
- La práctica la realizará en la consulta, a domicilio y ocasionalmente en el hospital en colaboración con otros profesionales médicos y no médicos.

Se trata de una especialidad ya que posee un campo de conocimientos propio (atención integrada del individuo, familia y comunidad y su relación en el proceso de enfermar, especialmente en el control de enfermedades crónicas y comunes agudas, actividades preventivas,...), un área de investigación específica (familia y salud-enfermedad, historia natural de la enfermedad, proceso y riesgo de enfermedad, organización de la consulta y calidad de la atención primaria, cumplimiento terapéutico,...) y unas habilidades características (toma de decisiones en la consulta, abordaje de la familia y la comunidad, relación médico paciente,...).

El campo de actividad idóneo para el desempeño profesional del médico de familia es la Atención Primaria de Salud. Aunque el médico de familia realiza su práctica en diferentes sistemas de atención sanitaria. Sin duda la calidad de la atención prestada y el rol del médico de familia se ve influenciado por factores económicos, de estructura y organización de los servicios de salud y de la formación y cohesión posterior de los propios médicos de familia.

En fin, la medicina de familia se inicia a finales de los años 60 en los países desarrollados. Las razones que dan lugar a la aparición de la especialidad varían según el contexto, así, las podemos agrupar en:

- Iniciativa de los mismos médicos de cabecera (Reino Unido, Holanda,...).
- Iniciativa de la población que exige una atención continuada, en zonas desfavorecidas, próximas a la comunidad, altamente cualificado y con gran capacidad de relación humana (EEUU).
- Iniciativa del Estado, ante el deterioro de la asistencia ambulatoria y desprestigio entre la población y los propios profesionales médicos (Países escandinavos).

Independientemente de como aparece la especialidad en los diferentes países, en todos ellos existe la necesidad científica de abordar un nuevo tipo de enfermedades: las enfermedades crónicas que representan el primer problema de salud en los países industrializados, sin curación, precisando medidas de prevención y promoción de hábitos saludables con una atención de calidad y a un coste socialmente soportable. Ello junto con cambios en la formación pregrado crea la exigencia de una formación específica en Medicina de Familia.

EL MÉDICO DE FAMILIA COMO NEXO DE UNIÓN ENTRE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y EL HOSPITAL

El nexo *real* de unión entre la atención primaria y la hospitalaria es el enfermo.

El hospital representa una parte muy corta de la historia de un enfermo y suele ser bastante ajeno a sus necesidades, incluidas las de salud.

El médico de familia está más próximo al enfermo, lo conoce mejor, es *su médico* y debe ser su introductor en el proceloso mundo hospitalario.

Resulta fundamental un conocimiento mutuo de ambos mundos si queremos de verdad promover salud.

¿CÓMO VEMOS LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA?

El MF y la labor asistencial

El Médico de Familia atiende todos los problemas que les presentan la mayoría de la población, de los cuales se hace cargo y se ocupa de buscar la solución más adecuada. Para ello a veces cuenta con la ayuda de otros profesionales y además dispone de «técnicas especiales» que facilitan una atención adecuada. Entre estas están:

- *La entrevista clínica:* Es la técnica de obtener la mejor información posible durante el tiempo de consulta mediante la comunicación con el paciente.
- *Los programas:* Mediante los que se planifica la actuación frente a problemas prevalentes en cada zona, en función de las necesidades.
- *Los protocolos:* Con los cuales vamos a disponer de unas pautas de actuación frente a determinadas situaciones y con los que se mejora la calidad de la asistencia.
- *La participación comunitaria:* Se pretende con ella que sea también la población participe en las decisiones sanitarias que afecten a la comunidad.

Pero ¿Se mejora la asistencia empleando estas técnicas o es sólo otra forma de trabajar?

El MF y la labor investigadora

En Atención Primaria vamos a encontrar circunstancias que influyen en el proceso salud-enfermedad de forma diferente a como lo hacen en otro contexto. Es pues preciso que el Médico de Familia este capacitado y dispuesto para analizarlo utilizando el método científico.

¿Es útil quitar tiempo de asistencia y dedicarlo a la investigación? ¿Debe depender de la presión asistencial?

El MF como docente

Desgraciadamente la Medicina de Familia no está incluida en el currículum universitario, si bien ya hay varios de estos especialistas que imparten clases teóricas, y prácticas en centros de salud. No hay que olvidar el papel docente que se desempeña con los residentes de MF y C y la participación en la formación continuada en los centros.

¿Es necesario demostrar que existe vida inteligente fuera de los hospitales?

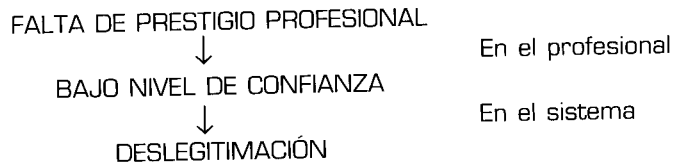
El MF como discente

El Médico de Familia, debido a lo amplio de su campo de actuación, necesita estar continuamente poniéndose al día, bien de forma personal, bien en grupo mediante sesiones o cursos impartidos por otros compañeros.

Pero, ¿Qué sería más adecuado: periodos dedicados sólo a la formación o formación continuada fuera del horario de consulta?

¿PARA QUÉ LOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA?

- Partiendo del análisis de situación del primer nivel asistencial nos encontramos con uno de los problemas clave:



- Causas del desprestigio profesional:
 - Inadecuada y/o escasa formación específica.
 - Falta de medios: técnicos, infraestructura, apoyo.
- Necesidad de un determinado tipo profesional: Médico de familia – «Diseñado para ello».
- Perfil profesional requerido institucionalmente:
 - 1º. Un profesional capaz de resolver problemas.
 - El mayor número posible de ellos.
 - En su nivel de atención.
 - 2º. Para ello es preciso que tenga los conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para:

MANEJO DE TECNOLOGÍAS PROFESIONALES:

 - 2.1. Clásicas: Sin más límite que la resolución del problema del paciente.
 - 2.2. Propias de primaria:

-Medicamento	-Informática
-Entrevista clínica	-Medios diagnósticos rápidos ambulatorios
- *Salidas profesionales:*
 - Nivel especializado: M. de urgencias
 - Gestión y Planificación
 - Nivel de atención primaria. «Lugar natural» EAPs

Situación en la Región de Murcia.

Mesa Redonda:

ANTIBIÓTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

1. Introducción.

Autores:

J. A. Andreo Martínez

M. L. López Yepes

Servicios de Medicina Interna y Laboratorio. Hospital «Virgen del Castillo». Yecla (Murcia).

2. Patrones de cambio del uso de antibióticos. Bases y nuevas perspectivas.

Autor:

A. Parra Gasent

Servicio de Farmacia. H. Virgen del Castillo. Yecla (Murcia).

3. Microbiología de las infecciones comunitarias más frecuentes.

Autor:

F. Martín Luengo

Catedrático de Microbiología. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

4. Valoración del uso de los nuevos antibióticos en Atención Primaria.

Autor:

F. Javier Espinosa Parra

Servicio de Medicina Interna. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia).

5. Elección razonada del uso de antibióticos en la práctica clínica.

Autor:

Joaquín Gómez Gómez

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Infecciosas. Sección Microbiología. Cátedra Patología y Clínicas Médicas. Facultad de Medicina. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

6. Valor de la protocolización de antibióticos en el Centro de Salud.

Autora:

María del Carmen Gómez Gotor

Centro de Salud de Benijájan. Murcia.

1. INTRODUCCIÓN

J. A. Andreo Martínez, M. L. López Yepes

Los antibióticos constituyen una de las armas más eficaces del arsenal terapéutico del médico general y su uso correcto es de gran importancia para mejorar la relación costo/eficacia de la atención médica prestada, ya que son fármacos de amplia prescripción y de coste económico elevado en muchos casos. Son el grupo farmacológico más utilizado en España en el nivel de Atención Primaria, como lo indica el estudio realizado por el Instituto Internacional de Estadística Médica (IMS) durante 1990 (1) (Figuras 1 y 2 y Tabla 1). Según dicho estudio, los antibióticos encabezan la relación de fármacos más prescritos (1,6 veces por habitante y año) y representan el 12% del conjunto de medicamentos usados en Atención Primaria durante ese año. En el 61% de casos se indicaron para tratar infecciones respiratorias agudas, las cuales correspondían en un 44% de casos a niños menores de 11 años.

Este uso masivo de antibióticos es un hecho constatado a nivel mundial² Sin embargo, también se comprueba en diversos trabajos que en muchos casos se utilizan de forma incorrecta, tanto en España como en el resto del Mundo y en todos los niveles asistenciales (3-6). Algunos estudios han sugerido que alrededor del 50% de los antibióticos usados en los Estados Unidos lo son de forma inadecuada (no están indicados, no es el fármaco correcto o es incorrecta la dosis o la duración del tratamiento).

Entre los problemas que pueden contribuir al uso incorrecto de antibióticos, son conocidos la falta de unificación de criterios entre los médicos que atienden a una misma población, la difícil realización de análisis microbiológicos en el nivel de Atención Primaria y la dificultad para valorar adecuadamente los numerosos antimicrobianos de nueva aparición.

La evaluación de los antibióticos nuevos es muy difícil de llevar a cabo por el médico clínico (8-10). En la actualidad, el descubrimiento de nuevos agentes etiológicos responsables de sendas enfermedades infecciosas y el espectacular progreso

TABLA 1
INDICACIONES EN QUE SE PRESCRIBEN ANTIBIÓTICOS

INDICACIONES DE ANTIBIÓTICOS EN A. PRIMARIA	
Diagnósticos	% s/ total prescripciones
• Infección respiratoria	30-61%
• EPOC	6-13 %
• Infección urinaria	0-61%
• Enf. del oído	7-21%
• Enf. de cavidad bucal	7-21%
• Infección intestinal	0-19%
• Infección de la piel	0-8%

FIGURA 1
FÁRMACOS PRESCRITOS EN A. PRIMARIA (1990)
 (Prescripciones x 1.000 habitantes)

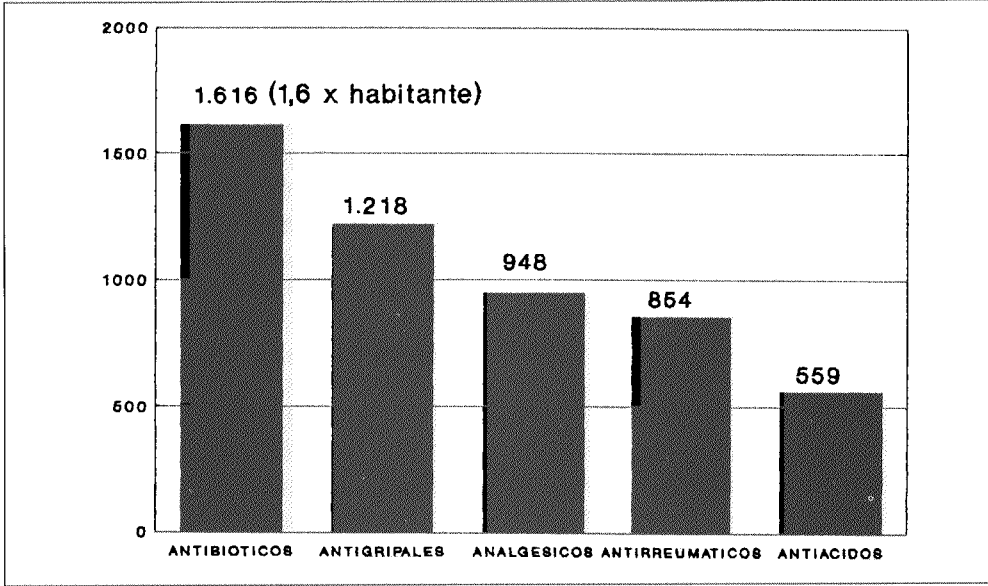
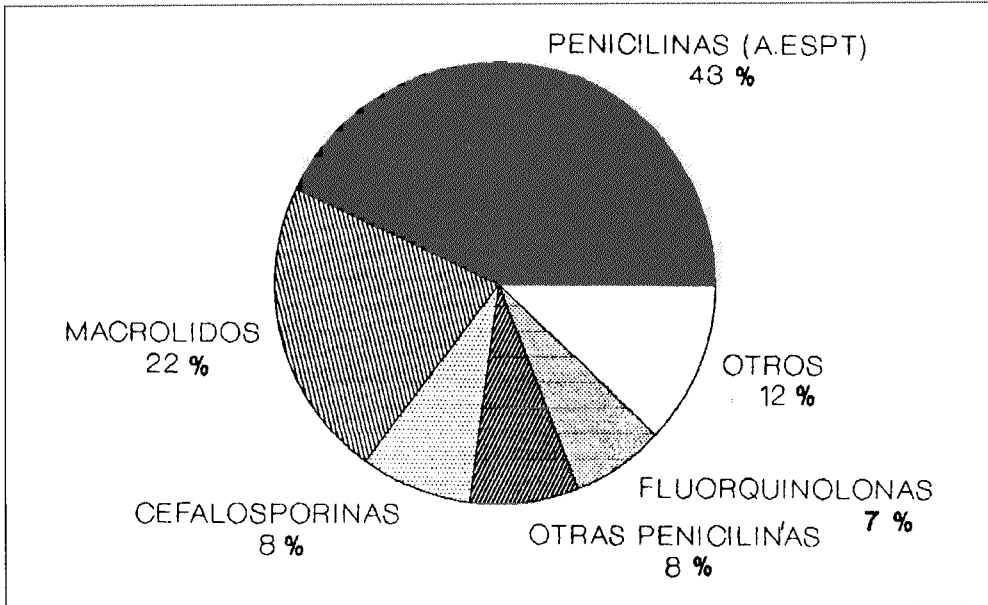


FIGURA 2
ANTIBIÓTICOS EN A. PRIMARIA (1990)
 (Distribución (%) de las prescripciones)



farmacológico con la aparición de numerosos antimicrobianos nuevos cada año, han desbordado la capacidad memorística del médico práctico (9), cuya información procede generalmente sólo de anuncios publicitarios y de los visitantes médicos de los laboratorios fabricantes. La reacción del médico ante tal avalancha de conocimientos será en muchos la renuncia a una terapéutica racional, o bien intentar la continua actualización de conocimientos, con gran dificultad para conseguirlo.

Los objetivos que se pretenden con la presente Mesa Redonda son, por una parte, la actualización de nuestros conocimientos sobre el uso correcto de la antibioterapia en 1994, referido al nivel de Atención Primaria, y en segundo lugar plantear la necesidad de realizar una Política Antibiótica en el Centro de Salud con la discusión de posibles métodos para facilitar a los médicos la formación continuada y la evaluación de los nuevos antibióticos.

Principios del uso de antibióticos

La orientación adecuada para la aplicación correcta de los antimicrobianos se basará en el conocimiento de los **tres factores determinantes** para el tratamiento de todo proceso infeccioso, que constituyen el triángulo de Davis (paciente, germen y antibiótico) (11):

1. **Paciente y tipo de infección:** diagnóstico correcto del proceso infeccioso en ese paciente.
2. **Gérmenes patógenos:** gérmenes más probables en cada caso.
3. **Antibiótico:** sensibilidad de estos gérmenes a los diversos antibióticos.

Antes de elegir un determinado antibiótico para un paciente concreto, una vez realizado el diagnóstico de presunción con una historia clínica y exploración física cuidadosas, se recomienda al clínico que **responda a las siguientes preguntas** (8):

1. ¿Según los hallazgos clínicos, está indicado un antibiótico?
2. ¿Es necesario recoger muestras para estudio y cultivo?
3. ¿Qué microorganismos tienen más probabilidades de ser los causantes de la infección?
4. ¿Qué antibióticos son de utilidad para tratar ese proceso infeccioso y de estos cuál es el mejor (en relación costo/eficacia) para ese determinado paciente?
5. ¿Cuál es la forma de administración más adecuada (vía, dosis y duración de tratamiento)?
6. ¿Cuándo ha de recurrirse a la combinación de antibióticos?
7. ¿Existen factores especiales del paciente que deben tenerse en cuenta (embarazo, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, inmunodepresión)?

En el nivel de Atención Primaria, los problemas que se plantean al médico para un correcto uso de antibióticos, pueden resumirse de forma global en las siguientes 4 **cuestiones**:

1. ¿En qué casos debemos utilizar antibióticos?
2. ¿Cuál debe ser el antibiótico de elección en cada caso?

3. ¿Qué pacientes deben ser remitidos al nivel de Atención Especializada para continuar estudio y control?
4. ¿Cuál es el método más aconsejable para la correcta evaluación y utilización de los antibióticos nuevos en Atención Primaria?

En las sucesivas ponencias que componen esta Mesa Redonda se tratarán temas que, sin duda, nos serán de gran utilidad para poder responder adecuadamente a todas estas cuestiones. Se comenzará con un **análisis global de los cambios de la antibioticoterapia en la última década**, tras el cual se expondrán las **bases microbiológicas y luego los criterios clínicos para la elección razonada de los antibióticos**. Se tratará también sobre la **evaluación de los fármacos de nueva aparición** y sobre la **importancia de la protocolización de antibióticos en el Centro de Salud**, con la propuesta de un **protocolo de uso de antibióticos en Atención Primaria**.

Política antibiótica en el Centro de Salud

Para mejorar el grado de adecuación en la terapéutica antibiótica, además de la formación actualizada de cada médico, son también de utilidad los acuerdos y protocolos conjuntos de los diversos equipos asistenciales que atienden a una misma población (12,13). Es lo que llamamos la política antibiótica seguida por esos equipos profesionales. En el nivel de Atención Primaria creemos que puede ser válido un plan de política antibiótica con los siguientes objetivo, métodos posibles y condiciones:

1. **Objetivo:** mejorar la correlación costo/eficacia de la terapéutica antibiótica.
2. **Métodos posibles:**
 - Establecer recomendaciones sobre antibióticos de uso libre y restringido.
 - Programas periódicos de formación continuada (con actualización del protocolo seguido conjuntamente)
 - Controles periódicos del uso de antibióticos en la población atendida.Para desarrollar estos métodos es necesario que **exista una Comisión de Infecciones y Política antibiótica del Centro de Salud**.
3. **Condiciones necesarias:**
 - Acuerdo entre los médicos del Centro de Salud sobre pautas de uso de antibióticos.
 - Coordinación (protocolo conjunto) entre médicos de Atención Primaria, infectólogos clínicos, microbiólogos y farmacéuticos del Área de Salud. Se llevaría a cabo mediante la creación de **una Comisión de Infecciones y Política Antibiótica del Área de Salud**.

Utilidad del laboratorio para el diagnóstico de patología infecciosa en Atención Primaria

Antes de elegir un antibiótico es preciso realizar un diagnóstico clínico de sospecha (8). Para este diagnóstico, el médico de Atención Primaria dispone de medios limitados pero eficaces. Los principales son la historia clínica y la exploración física cuidadosas, con las cuales ya es posible realizar una valoración clínica adecuada en la mayoría

de casos. Sin embargo a veces puede ser necesario recurrir a otros medios complementarios como son los estudios radiológicos y las pruebas analíticas. Seguidamente, se muestran de forma resumida los medios de laboratorio de que dispone el médico de Atención Primaria para el diagnóstico de patología infecciosa, sus posibles indicaciones y su utilidad práctica (14,15).

Ante un proceso infeccioso que suele cursar con fiebre, según la duración de esta distinguimos 3 situaciones clínicas:

A. Fiebre de corta duración (Menos de 7 días):

1. *Con buena situación clínica:* Se realiza un tratamiento antibiótico empírico según el juicio clínico.
2. *Con signos de gravedad* o sospecha de infección potencialmente grave: Se envía al paciente al hospital.

B. Fiebre de más de 7 días (Sin causa aparente):

Además de realizar una historia clínica y exploración detalladas, deben realizarse estudio radiológico de tórax y **pruebas diagnósticas de laboratorio**, que en el nivel de Atención Primaria se consideran de más utilidad las siguientes:

1. *Hemograma y VSG* (En todos los casos):
 - Puede encontrarse leucocitosis con desviación a la izquierda en infecciones bacterianas. Se encuentra leucopenia con linfocitosis relativa o absoluta y monocitosis en infecciones por virus, micobacterias, Brucella, Salmonella, ...
 - El aumento de la VSG es inespecífico.
2. *Bioquímica de sangre y orina* (En todos los casos):
 - Se deben valorar las pruebas de función renal (urea y creatinina) y bioquímica hepática; esta última se altera en casos de sepsis, enfermedad granulomatosa o hepatopatía.
 - Sistemático de orina: La presencia de leucocitos, nitritos y gérmenes es indicativa de infección.
3. *Análisis microbiológicos:*
 - **Urocultivo:** Se busca el agente causa de una posible infección urinaria, siendo significativo un recuento superior a 100.000 colonias/ml.
 - **Coprocultivo:** Se efectúa en gastroenteritis de más de una semana de duración, con objeto de detectar la presencia de salmonella, shigella y campylobacter.
 - **Ziehl de esputo:** En caso de sospecha de tuberculosis pulmonar.
 - **Mantoux:** Su positividad no implica la presencia de un proceso tuberculoso.
 - **Exudado faríngeo:** Se puede solicitar en aquellos en que se sospeche que el agente causal es el estreptococo beta-hemolítico del grupo A, por las posibles secuelas como la fiebre reumática.
4. *Pruebas serológicas:*
 - **Aglutinaciones frente a Brucella** (Rosa se Bengala, Aglutinación de Wright y Coombs).

- **Aglutinaciones a Salmonella:** Su serología es atípica y se complementan con los resultados de coprocultivo o hemocultivo.
- **ASLO:** Se solicita en casos de faringoamigdalitis producida por estreptococo beta-hemolítico del grupo A. Es aconsejable la extracción de dos muestras con una diferencia de 15-21 días para observar la seroconversión.
- **Paul Bunnell:** Ante la sospecha de mononucleosis infecciosa (Hemograma con leucocitosis y linfomonocitosis).

C. Fiebre prolongada (Más de 15 días, sin causa aparente):

Se envía al enfermo al hospital para completar el estudio.

Con los medios descritos puede realizarse una valoración clínica y tratamiento correctos en la mayor parte de los procesos infecciosos vistos en Atención Primaria. En el resto de casos, debe remitirse al paciente al nivel especializado para proseguir su diagnóstico y control.

BIBLIOGRAFÍA

1. IMS. La antibioticoterapia en España. Análisis estadístico 1990. Madrid: IMS Ibérica S.A.; 1991.
2. **Kunin CM., Johansen KS., Worning AM., Daschner FD.** Report of a symposium on use and abuse of antibiotics world-wide. *Rev Infect Dis* 1990; 12: 12-19.
3. **Gómez J., Parra Gassent A., Llopis A., Vázquez J., Sánchez Gascón F., Chumillas C.** Bases clínicas de la antibioticoterapia. *Farmacoterapia* 1989; 6: 248-155.
4. **Escolar A., Gómez J., Andreo J., García-Estañ J., Espí F., Amorós T.** Utilización de antibióticos en un hospital general. *Med Clin (Barc)* 1980; 75: 296-300.
5. **Ministerio de Sanidad y Consumo.** Encuesta epidemiológica de la infección hospitalaria y uso clínico de antimicrobianos en España. Madrid, 1986.
6. **Pasgau Liano F., Amador Prous C., López Perezagua M., Ena J.** Estudio de prevalencia de infección y utilización de antimicrobianos en un hospital comarcal. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 198.
7. **Kunin CM.** Problems in Antibiotics Usage. En: Mandell GL., Douglas RG. Jr, Bennet JE, editores. *Principles and Practice of Infectious Diseases* (3a ed.) New York: Churchill Livingstone, 1990; 427-434.
8. **Reese RE., Sentochnik DE., Douglas RG. Jr., Betts RF.** Manual de Antibióticos. Barcelona: Salvat Editores S.A., 1988.
9. **Mensa J., Gatell JM., et al.** Guía de terapéutica antimicrobiana 1993. 3a ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas S.A., 1993.
10. **Neu HC.** Tratamiento antimicrobiano. Problemas y promesas. *Hospital Practice* (Ed. Española) 1990; Vol. 5, N° 10: 51-61.
11. **Gómez J., Ruiz J., Herrero F., Molina M., Baños B., Valdés M.** Elección razonada del uso de antibióticos en la práctica clínica. *Enf Infec y Microbiol Clin* 1993; Vol. 11, N° 4: 214-220.

12. **Gómez J.** Bases, significación actual y funciones de los comités de infecciones y de antibióticoterapia en los hospitales generales. *Med Clin (Barc)* 1987; 88: 693-695.
13. **Gómez J., Parra A.** La optimización de la terapéutica antimicrobiana: una aproximación multidireccional. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 786-789.
14. **Rubio García R., Fernández R., García Díaz JD., Esteban M.** Síndrome febril. En: Gutiérrez Rodero F., García Díaz JD., editores. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica 2 a ed* Madrid: Hospital 12 de Octubre Universidad Complutense de Madrid, 1990; 117-130.
15. **Gilsanz Fernández C.** *Protocolos: Fiebre.* Madrid: IDEPSA, 1989.

2. PATRONES DE CAMBIO DEL USO DE ANTIBIÓTICOS. BASES Y NUEVAS PERSPECTIVAS

A. Parra Gasent

Hace 55 años que se descubrían las sulfonamidas y diez años más tarde se disponía a nivel mundial de la penicilina. A continuación siguió la introducción de numerosas otras sustancias que, globalmente, cubren casi todas las bacterias con capacidad patógena para el hombre. Sin embargo, se ha podido observar una serie de cambios en los patrones de uso de los antibióticos. Esto se debe a que la interacción, paciente, microorganismo, antibiótico evoluciona constantemente, condicionando y delimitando el tratamiento de las enfermedades infecciosas.

Desde el punto de vista clínico se ha observado un aumento de la edad de los pacientes susceptibles de tratamiento con antimicrobianos así como un notable incremento del número de inmunocomprometidos en la población general. Microbiológicamente se ha podido constatar que los microorganismos han ido haciéndose progresivamente resistentes a los antibióticos más utilizados, se han descubierto nuevos patógenos y hemos asistido al resurgir de algunos patógenos clásicos. Por otra parte, la introducción masiva de los antibióticos en la práctica clínica y en concreto en los hospitales, junto al mejor conocimiento de la etiología de muchas enfermedades infecciosas, debido al desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas, ha contribuido, sin duda, al tratamiento más adecuado de las mismas. Sin embargo, continúan existiendo problemas y los esfuerzos por mantener la salud fracasan en ocasiones, ya que determinadas infecciones suponen un continuo desafío terapéutico.

Cambios clínicos: tipo de pacientes y enfermedades

En las últimas tres décadas la medicina ha logrado progresar de forma espectacular en muchas áreas destacando entre ellas: cardiovascular, neumología, hematología y oncología. Pero este progreso ha hecho necesaria la introducción de nuevas técnicas de exploratorias, diagnósticas y terapéuticas generalmente invasivas. Entre estas se encuentran: cateterismos, respiración asistida, nutrición parenteral, drenajes de aspiración y otras instrumentaciones propias de las unidades de medicina intensiva. Por otro lado el empleo de nuevas tecnologías médicas que requieren tratamientos inmunosupresores de larga duración posibilitan que los pacientes se colonicen y sufran infecciones graves por microorganismos que son resistentes a muchos antibióticos. Así pues, el avance de la tecnología médica ha creado nuevos factores de riesgo de infección en los pacientes. Además, el SIDA ocupa actualmente un lugar destacado por el aumento progresivo de su incidencia y su notable repercusión a todos los niveles asistenciales, quedando reflejado en el estudio EPINE 90 que el VIH ocupa el segundo lugar en la lista de infección comunitaria, acompañado de un cortejo de microorganismos oportunistas responsables a su vez, de procesos infecciosos tanto de tipo nosocomial como comunitario. La aparición de nuevas presentaciones clínicas producidas por patógenos clásicos, como el shock tóxico producido por *Staphylococcus aureus*, o las foliculitis por *Pseudomonas aeruginosa* en drogadictos y neutropénicos, pueden considerarse como ejemplos de los mencionados patrones de cambio que inciden en la evolución de las enfermedades infecciosas.

Al contemplar actualmente el paciente amenazado de infección debe tenerse en cuenta además del entorno, el estado individual de sus mecanismos de defensa que condiciona también los patrones de cambio de las enfermedades infecciosas. En la presente década, a diferencia de la de los sesenta, la edad media de los pacientes se aproxima a los 60 años y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, cardiopatías y neoplasias representan los cuadros más frecuentes de ingreso, el cual se realiza fundamentalmente desde urgencias. El tiempo de hospitalización es más corto que hace años y estos pacientes han tenido hospitalizaciones previas con mayor frecuencia, lo que ha comportado que se diseminen microorganismos resistentes desde los hospitales a la comunidad durante años y así, las infecciones adquiridas en la comunidad se parecen cada vez más a las nosocomiales. Así, *P. aeruginosa* segundo bacilo gramnegativo aislado en infecciones nosocomiales en nuestro medio muestra un incremento como responsable de infecciones de la comunidad en determinado grupo de pacientes, cuando este microorganismo es considerado clásicamente hospitalario.

Es indudable pues que este nuevo tipo de paciente condiciona el empleo de antibióticos de mayor rango. En la tabla I se señalan los patrones de cambio más significativos en la evolución de las enfermedades infecciosas en el último decenio.

Cambios microbiológicos: Resistencias bacterianas

El uso masivo de antibióticos ha favorecido el desarrollo y mantenimiento de resistencias a los mismos.

Esto ha generado la necesidad de introducir nuevos antibióticos, aunque la resistencia a los mismos seguirá siendo un problema que nos mantendrá en una situación permanente de relativa precariedad.

Con el tiempo suele existir una relación directa entre la magnitud de uso y aparición y selección de cepas resistentes.

Aunque el consumo de antibióticos constituye un factor significativo en el desarrollo de las resistencias —hecho ya señalando en los años 50— también es cierto que va a depender del tipo de microorganismo y la clase de antimicrobianos utilizados. Así por ejemplo el incremento de resistencias de *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli* y *Proteus mirabilis* frente a aminopenicilinas probablemente esté en relación con el gran consumo que de ellas se ha realizado a lo largo de los últimos años, mientras que en el caso de los aminoglucósidos no se observa una relación significativa entre consumo y resistencias frente a los microorganismos gramnegativos aislados con más frecuencia. Este hecho también ha sido observado en el caso de cefotaxima como representante más usado de las cefalosporinas de tercera generación. No obstante, en la aparición de resistencias los antimicrobianos en los hospitales influyen, además del uso masivo de antibióticos, una serie de factores que pueden ser cambiantes, como el tipo de hospital, tipo de pacientes, microorganismos implicados con mayor frecuencia en las infecciones nosocomiales, aumento de las resistencias de los microorganismos productores de infecciones comunitarias, ubicación del paciente en el hospital y el uso de determinados procedimientos diagnósticos y terapéuticos como cateterismos, trasplantes, etc. Sin embargo, varios factores clave tienden a mantener reservorios de resistencia, incluso con la ausencia de presiones

selectivas específicas, como sería el caso de plásmidos de *S. aureus* que codifican a la vez resistencias a mercurio o cadmio conjuntamente con la producción de β -lactamasas.

Por todo ello es fundamental la utilización de mapas microbiológicos debiendo valorarse periódicamente el patrón de sensibilidad de los microorganismos a los antibióticos empleados.

El control de la aparición de resistencias se ha relacionado con varios factores: utilización más racional de los antibióticos, control de las infecciones nosocomiales, y establecimiento de escalones terapéuticos según el tipo de infección y las características clínicas del paciente.

En los dos últimos decenios, la progresiva resistencia de toda una serie de microorganismos ha hecho variar concomitantemente el patrón de utilización de los antibióticos de forma que hoy se utilizan otros antibióticos para el tratamiento de infecciones producidas por *S. aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *Salmonella*, *Shigella*, *E. coli*, *Klebsiella Pneumoniae* y *P. aeruginosa*. Así, *S. aureus* y *S. epidermidis*, que son responsables de un número cada vez mayor de infecciones debidas al progreso de la práctica médica (catéteres venosos, alimentación parenteral, etc.) presentan una relativa mayor resistencia a la metilicina. Esto obliga a utilizar vancomicina con cuadros sépticos nosocomiales de esta etiología. Otros microorganismos que han visto incrementar su influencia en las infecciones son, sin duda, los enterococos. Esto ha sido debido a la utilización de las técnicas anteriormente descritas y también al empleo masivo de cefalosporinas y quinolonas.

La evolución de las resistencias bacterianas ha alterado los patrones de prescripción de los antibióticos. Los procedimientos disponibles en el laboratorio de microbiología no son siempre adecuados para detectar formas de resistencia recientemente descubiertas, entre las que se incluyen β -lactamasas de amplio espectro, resistencias a betalactámicos por cambios en PBP's y resistencia a vancomicina en enterococos. Este hecho, fuerza con frecuencia a los clínicos a usar antibióticos de más rango, dosis más altas, mayor variedad y más caros.

Cambios terapéuticos

Las enfermedades infecciosas constituyen el campo en el cual se han producido avances más espectaculares en materia de prevención y tratamiento en la última mitad del presente siglo y ello ha sido debido en gran parte, al empleo de los antibióticos

En las últimas dos décadas, la introducción de una gran cantidad de nuevos antibióticos casi de forma simultánea ha cambiado drásticamente la terapia para el tratamiento de las enfermedades infecciosas. En el inicio de la antibioticoterapia fueron las resistencias a microorganismos comunes lo que condiciona la investigación y desarrollo de nuevos antimicrobianos, buscando una mayor actividad y espectro. Posteriormente, otros factores que influyeron en el desarrollo de nuevos antibióticos fueron la necesidad de ampliar el espectro por la emergencia de nuevos patógenos y la disminución de la toxicidad. Actualmente la introducción de nuevos antimicrobianos se basa también en propiedades farmacocinéticas más ventajosas y mejores.

Todos estos avances han aumentado la cobertura frente a muchos patógenos y mejorado los éxitos terapéuticos, pero como ya señalaba Dubos en 1958, el intelligen-

te y selectivo uso de los antibióticos se ve frustrado por la imperfección e imprecisión de la práctica médica. La proliferación de antibióticos de amplio espectro y no tóxico no ha disminuido el nivel de imprecisión encontrándose elevados porcentajes de tratamientos antibióticos considerados como inadecuados.

Sin embargo, debido a que cuando son utilizados adecuadamente estos agentes salvan muchas vidas y son costo-efectivos, el especialista en enfermedades infecciosas debe estar familiarizado con todos ellos para poder hacer una selección de los más adecuados en su hospital. El uso masivo de antibióticos hay que encuadrarlo en la espiral de empirismo que caracteriza la terapia médica contemporánea y las modas.

Con el tiempo, el uso de los antibióticos va decreciendo al irse recortando cada vez más sus indicaciones. De esta forma los antibióticos van cambiando en los hospitales y, de estar restringidos, pasan a estar bajo control, y de éste a ser de libre prescripción para, en última instancia, los que no son de uso hospitalario pasen a utilizarse fuera del hospital. En realidad no hay un solo ejemplo claro que ponga de manifiesto que los antimicrobianos no induzcan resistencias. Así, el inicial optimismo observado con la introducción de las fluoroquinolonas ha ido decreciendo ya que la resistencia a ellas está aflorando entre estafilococos, pseudomonas y *E. coli* y *Acinetobacter*. En algunos hospitales de Estados Unidos la resistencia múltiple en pseudomonas, enterobacter, serratia y estafilococos ha conducido algunas veces a situaciones en las cuales ningún antibiótico de los disponibles actualmente era efectivo. De manera que algunos pacientes se encuentran como a principios de los 70 es decir no pueden ser tratados adecuadamente.

Aún con políticas de antibióticos muy restrictivas y con las medidas preventivas más adecuadas, surgen siempre resistencias a los antimicrobianos.

Influencia del Mercado Farmacéutico

Las inversiones realizadas por las compañías farmacéuticas y la competitividad establecida entre ellas, se ha traducido en el descubrimiento y desarrollo de nuevas sustancias que resuelven importantes problemas clínicos, pero también es cierto que la proliferación de antibióticos ha hecho que la elección de una terapia adecuada por parte del médico no especialista sea difícil y complicada. Asimismo, estas inversiones han de ser recobradas a través de las ventas, por lo que se recurre al marketing (visitas de delegados, anuncios en revistas, información recibida en reuniones, etc.) con el fin de influir en las prescripciones. Aunque en un principio predomina la publicidad sobre la información, hoy día se puede afirmar que va existiendo más información, aunque también se produce la presentación de datos fuera de contexto con el fin de crear en el médico un cierto temor a utilizar los productos de la competencia (ej: exagerando los efectos adversos). En líneas generales la industria farmacéutica se ha apoyado en el marketing. Así el 85% de los encuestados por la SEIMC sobre el uso de antibióticos en los hospitales españoles señalaban su influencia mediante la organización de reuniones científicas y symposiums así como a través de la realización de ensayos clínicos.

Ante ello y aún reconociendo la mejora progresiva en el uso razonado del marketing consideramos que se deben estructurar de forma consensuada, entre especialistas de enfermedades infecciosas y microbiología clínica y los directores médicos de los marketing, los objetivos más apropiados de acuerdo con las bases científicas del uso

de antibióticos, para conseguir un mayor beneficio para los enfermos y para la investigación, en la cual, la colaboración de las compañías farmacéuticas todavía sigue siendo de gran importancia.

Conclusiones

El uso de antibióticos a lo largo de la última década ha experimentado una serie de modificaciones de acuerdo con los cambios acontecidos en sus elementos de base (paciente, microorganismo, antibiótico). Así, se han observado cambios en el tipo de pacientes y aparición de nuevas infecciones, incremento de resistencias bacterianas de los microorganismos aislados frente a los antibióticos de uso más común y desarrollo de nuevos agentes antimicrobianos con una mayor actividad, menor toxicidad y/o mejores propiedades farmacocinéticas.

Todo ello se ha traducido en un uso indiscriminado de los antibióticos de mayor rango con la aparición de efectos indeseables, inducción de resistencias bacterianas y facilitación de colonizaciones o superinfecciones por otros microorganismos.

Ante este hecho favorecido por el Mercado Farmacéutico, es de gran interés mejorar su uso, mediante la estructuración de las bases del uso razonado de antibióticos estableciendo protocolos consensuados y la puesta en funcionamiento de medidas de control para su cumplimiento, lo cual conducirá a una auténtica racionalización de la terapéutica antimicrobiana, que constituye el objetivo fundamental y avance de mayor significación y futuro de la antibioticoterapia.

Tabla 1

PATRONES DE CAMBIO EN LA EVOLUCIÓN DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN EL ÚLTIMO DECENIO

Naturales
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cambios en el tipo de vida Alcohol, drogas, mal nutrición, edad, promiscuidad sexual. 2. Tratamientos modernos de enfermedades importantes: Citostáticos, transfusiones, trasplantes, inmunosupresores. 3. Aparición de nuevas enfermedades: Sida, legionelosis, infecciones por rotavirus, colitis pseudomembranosa, <i>H. pylori</i>, <i>B. burgdorferi</i>, <i>C. pneumoniae</i>. 4. Masificación de los hospitales.
Adquiridas
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento importante de las consultas hospitalarias. 2. Falta material de tiempo para una adecuada orientación diagnóstica. 3. Uso masivo de antibióticos (terapéutica para calmar la conciencia). 4. Implicaciones: <ol style="list-style-type: none"> a) Modificación de la clínica de infecciones conocidas. b) Infecciones abortadas y no curadas. c) Incremento de las resistencias bacterianas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pizzo P. A. Practical considerations for the management of fever and Infections in neutropenic patients. En: White House, Meads (eds.), *Clinics In Oncology, Early and late effects of cancer treatment* 1985; 4: 405-433, Saunders, London.
2. Neu H. C. The patient at risk for Infection: A summary. *Am J Med* 1984; 15: 240-243.
3. Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias y Grupo de trabajo EPINCAT 1990. Prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. Proyecto EPINE 1991.
4. Lorber B. Changing patterns of infectious diseases. *Am J Med* 1988; 84(3) (part. 2 of 2): 569-578.
5. Steiner J. F., Feinberg L. E., Kramer A. M. et al. Changing patterns of disease on an Inpatient medical service: 1961-1962 to 1981-1982. *Am J Med* 1987; 83: 331-335.
6. Gómez J., García Nieto M. J., García Jiménez C. et al. Epidemiología de las Infecciones y uso de antibióticos en un servicio de Medicina Interna. Estudio prospectivo. *Rev. Esp. Microbiol. Clin.* 1991; 6: 218-222.
7. Finland M. Emergence of antibiotic resistance in hospitals, 1935-1975. *Rev Infect Dis* 1979; 1: 4-22, 1979.
8. Greenwood D. Strategies for counteracting resistance to antibacterial agents. *J Antimicrob Chemother* 1986; 18: 141-151.
9. McGowan J. E. Jr. Antimicrobial resistance in hospital organisms and its relation to antibiotic use. *Rev. Infect Dis* 1983; 5: 1033-1048.
10. O'brien T. F. Resistance of bacteria to antibacterial agents. Report of Task Force 2. *Rev. Infect Dis* 1987; 9: S244-S260.
11. Finland M. Emergence of antibiotic-resistant bacteria. *N Engl J Med* 1955; 253: 909-922.
12. Gómez J., Sánchez Gascón F., Sanmiguel T. et al. Uso de aminoglucósidos y resistencias en un hospital general. Estudio prospectivo (1983-1988). *Rev. Esp. Quimioterapia.* 1990; 3: 224-228.
13. Gerding D. N., Larson T. A., Hughes M. W. et al. Aminoglycoside resistance and aminoglycoside usage: Ten years of experience in one hospital. *Antimicrob. Agents Chemother* 1991; 35: 1284-1290.
14. Gómez J., Hernández Cardona J. L., San Miguel T. et al. Uso de cefalosporinas y resistencias bacterianas en un hospital general. *Rev. Esp. Quimioterapia.* 1991; 4: 82-85.
15. McGowan, J. E. Is antimicrobial resistance in hospital microorganisms related to antibiotic use? *Bull of the New York Acad of Med* 1987; 63: 253-268.
16. Neu H. C. The emergence of bacterial resistance and its influence on empiric therapy. *Rev. Infect Dis* 1983; 5: 9-20.
17. Kunin C. Antibiotic resistance. A world health problem we cannot ignore. *Ann Intern Med* 1983; 99: 859-860.
18. Liss R. H., Batchelor F. R. Economic evaluations of antimicrobial use and resistance, a perspective. Report of Task force 6. *Rev. Infect Dis* 1987; 9: 297-312.
19. Maple P. A. C., Hamilton Miller J. M. T., Brumfitt W. World-wide antibiotic resistance in methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Lancet* 1989; I: 537-540.

20. Klimek J. J., Ajemian E., Gracewski J. et al. Enterococcal infections in a large community hospital with emphasis on bacteriemia. *Am J Infect Control* 1980; 8: 58-61.
21. Maki D. G., Agger W. A. Enterococcal bacteriemia: clinical features, the risk of endocarditis, and management. *Medicine (Baltimore)*. 1988; 67: 248-269.
22. Gómez J., Baños V., Sempere M. et al. Bacteriemias por *Enterococcus faecalis*. *Med Clin (Barc)* 1991; 97: 133-136.
23. Sanders C. C. A problem with antimicrobial susceptibility test. *A.S.M.B.O.* 1991; 57: 165-223.
22. Beeson PB. Changes in medical therapy during the past half century. *Medicine (Baltimore)*. 1980; 59: 79-89.
25. Gómez J. Las cefalosporinas de vida media larga. ¿Una nueva línea terapéutica? *Farmacoterapia*. 1988; 5: 92-98.
26. Dubos R. J. The evolution of Infectious diseases in the course of history. *Can. Med. Assoc. J.* 1958; 79: 445-451.
27. Neu H. C. New antibiotics. Areas of appropriate use. *J. Infect. Dis.* 1987; 155: 403-417.
28. Kim JH, Gallis H. A. Observations on spiraling empiricism: its causes, allure, and perils, with particular reference to antibiotic therapy. *Am J Med* 1989; 87: 201-206.
29. Burnum, JF. Medical practice a la mode: how medical fashions determine medical care. *N Engl J Med* 1987; 317: 1220-1222.
30. Anónimo. La política de antibióticos. *Med. Clin (Barc)* 1987; 13: 547-551.
31. Parras F., Rodríguez-Creixems F., Bouza E. Brote epidémico de *Staphylococcus aureus* resistente a metilina (SARM) en un hospital general Informe preliminar. *Enf Inf Microbiol Clin* 1991; 4: 200-207.
32. Ellopoulos G. M. Update on the quinolone antimicrobials. *Curr Op Infect Dis* 1991; 3: 757-764.
33. Shales D., Levy S., Archer G. Antimicrobial resistance: New directions. *A.S.M.B.O.* 1991; 57: 455-458.
34. Anticipating antibiotic resistance in nosocomial infections, *A.S.M.B.O.* 1992; 58: 124-125.
35. Gordon S., Swenson J. M., Hill B. C. et al. Antimicrobial susceptibility patterns of common species of enterococci causing infections in the United States. *J. Clin Microbiol* 1992; 30: 2373-2378.
36. The Economist. Molecules and markets: a survey of pharmaceuticals, *The Economist* 1987; 303: 3-14.
37. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Manual sobre política hospitalaria de antibióticos, Madrid, 1990; 30-39.
38. Gómez J., Ruiz J., Herrero F. et al. Elección razonada del uso de antibióticos en la práctica clínica. *Enf. Inf. Microbiol. Clin.* 1993; : 214-220.

3. MICROBIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES COMUNITARIAS MÁS FRECUENTES

F. Martín Luengo

Introducción

Las enfermedades infecciosas son procesos muy comunes a nivel extrahospitalario, hasta tal punto que es la patología más frecuente en el cómputo general de consultas.

La gran variedad de agentes etiológicos con interés clínico es muy numeroso, y habría que tener en cuenta los procesos producidos por bacterias, virus, hongos y parásitos. Revisar los aspectos microbiológicos de esa gran variedad de agentes es el enfoque de ésta revisión, obviamente, hacerlo de una manera exhaustiva no es el objetivo principal de éste artículo, sino más bien comentar aquellos aspectos que puedan ser de interés al médico que desarrolla su actividad a nivel de la asistencia primaria.

En el medio extrahospitalario no existe habitualmente la infraestructura o recursos suficientes para llegar a diagnósticos etiológicos confirmados microbiológicamente. El hecho de que un mismo proceso pueda ser causado por microorganismos diferentes y que un patógeno dado pueda producir una gran variedad de cuadros clínicos, complica aún más, si cabe, el manejo clínico-terapéutico de los pacientes con enfermedades infecciosas. En definitiva, éstas situaciones condicionan tratamientos dirigidos frente al agente o agentes, que de acuerdo con la experiencia son los responsables más probables. Si no se mejoran los aspectos de diagnóstico microbiológico en el medio extrahospitalario, parece lógico pensar que la base empírica será la que se utilice, de ahí la importancia de hacer estudios microbiológicos cuando sea posible y acumular datos epidemiológicos que sirvan para establecer los fundamentos de la referida terapia empírica.

Todos sabemos que los componentes del mundo microbiano están dotados de características particulares, como por ejemplo su adaptación-modificación, que repercute de forma muy notoria en el proceso infeccioso: virulencia, mecanismos de resistencia a antimicrobianos, mutaciones, por citar sólo estos ejemplos, son aspectos que influyen en la lucha contra las enfermedades infecciosas. En este momento y dentro del contexto de los "Antibióticos en atención primaria", no cabe duda que los aspectos microbiológicos de mayor interés van a ser los relativos a los mecanismos de resistencia, de forma particular los referentes a los patógenos más habituales, sobre éste particular, se expondrán los conocimientos de mayor relevancia en el momento actual.

En otro orden de cosas, aunque sea de forma muy somera, parece interesante comentar los cuadros clínicos más frecuentes de la patología infecciosa que se observa en el medio extrahospitalario, haciendo hincapié en los patógenos más frecuentemente implicados.

Infecciones del tracto respiratorio superior

Farigoamigdalitis

En este campo algunos puntos deben tenerse presentes. Posiblemente el *Streptococcus pyogenes* es el agente bacteriano más frecuente, otros agentes como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Corynebacterium haemolyticum*, puede que intervengan también, pero carecemos de datos epidemiológicos que nos permitan asegurar su frecuencia y papel real.

Obviamente no hay que olvidar la alta frecuencia de diversos virus que pueden ser igualmente los agentes responsables de la patología que comentamos. Un aspecto no exento de polémica en éste campo es la necesidad o no de sustituir a la penicilina como tratamiento estandar de amigdalitis por otro antimicrobiano y cual sería éste. La sustitución de penicilina es justificada por algunos autores en base a: fracasos en la erradicación, sensibilidad a la hidrosis por betalactamasas producidas por bacterias comensales e incluso espectro antimicrobiano restringido.

Otitis

La otitis media aguda es sin duda uno de los procesos más frecuente en la infancia, alrededor de las 2/3 partes de niños han tenido al menos un cuadro de otitis antes de cumplir los tres años de edad.

Microbiológicamente, son tres las especies que juegan un papel etiológico más frecuentemente: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis*.

Otros agentes como *Streptococcus pyogenes*, *staphylococcus aureus*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia trachomatis*, pueden intervenir pero no es muy frecuente su aislamiento.

Los tres primeros agentes tienen particularidades que hay que tener presente en el momento actual y de una forma especial en nuestro medio:

Para *S. pneumoniae* las cifras de resistencia a penicilina se centran en nuestro país alrededor del 50% de las cepas, por lo que el uso de penicilina y de muchos otros betalactámicos está contraindicado. *H. influenzae*, presenta alrededor del 30-35% de cepas resistentes a ampicilina por producción de betalactamasas y en menor grado por alteraciones de la permeabilidad de la pared o por modificación de proteínas fijadoras de penicilinas (PBPs). Las cepas de *Moraxella*, alrededor del 80% son resistentes a penicilinas y algunas cefalosporinas, debido a la producción de beta-lactamasas.

Sinusitis

Las sinusitis agudas son relativamente frecuentes, en la infancia, pero mucho menos frecuentes que los otros procesos comentados, suponiendo alrededor del 2-5% de los procesos del tracto respiratorio superior. Etiológicamente, los agentes implicados son los mismos que en la otitis media aguda, si la sinusitis se cronifica habrá que pensar en bacterias anaerobias: *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, y *Prevotella*. Habitualmente son infecciones mixtas.

Infecciones del tracto respiratorio inferior

Las neumonías son procesos muy frecuentes, hay estimaciones que sitúan las cifras de incidencia en el 1% de la población. Alrededor del 80% no precisarán ingreso hospitalario, por lo cual es una patología de gran importancia en asistencia primaria.

Existe una gran variedad de microorganismos implicados y son muchos los factores que condicionan la aparición de ésta patología. Desgraciadamente, el diagnóstico etiológico de las neumonías de la comunidad no es bien conocido, prácticamente un

Diferentes estudios, poniendo énfasis principalmente en indicadores de conocimientos, actitudinales y comportamentales, han demostrado que la EpS en la escuela resulta efectiva, cuando los programas están bien planteados y desarrollados (Mason y McGinnis, 1985; Kolbe, 1985), aunque es reconocida también la dificultad para alcanzar modificaciones en el estilo de vida (Bartlett, 1981). Reid y Massey (1986), considerando que no todos los temas de salud obtenían los mismos resultados, concluyeron en su revisión que, cuando los métodos apropiados se aplicaban en el contexto oportuno, la EpS en la escuela afectaba favorablemente a la conducta de salud en relación con el tabaquismo, higiene oral, inmunización para la rubéola y embarazo adolescente, existiendo también evidencia de éxito potencial en cuanto a la dieta y al ejercicio físico.

En relación con el consumo de tabaco, por poner un único ejemplo sobre EpS en la escuela, Connell, Turner y Mason (1985) encontraron diferencias significativas entre los grupos experimental y control en relación con conocimientos y actitudes hacia el tabaco. Utilizando medidas de auto-informe, encontraron que, entre alumnos de un grado equivalente a 8º de EGB⁴, el 12.7% del grupo control fumaba, mientras que este porcentaje disminuía hasta el 7.7% en el grupo que había recibido la intervención. Se estimó que estos resultados extrapolados a todo EE. UU., lograrían que 146.000 alumnos retrasaran la edad de comienzo de consumo de tabaco.

Los programas comunitarios representan la suma de todas las estrategias de intervención en EpS (Atención Primaria, escuela, medios de comunicación de masas,...), y como tal tienen una importante relación con el tema que nos ocupa.

También en este caso existen ejemplos de la efectividad de estos programas cuando son desarrollados correctamente, aunque los informes de evaluación bien hechos son relativamente raros, incompletos e incluso anecdóticos (Tones, Tilford y Robinson, 1990). Sin embargo, existen evaluaciones documentadas de proyectos comunitarios de salud desarrollados en países occidentales. El más conocido de ellos es, probablemente, el *North Karelia Project*. Los resultados de este proyecto, entre 1972 y 1982, son ampliamente demostrativos de su efectividad: descenso en consumo de grasas; descenso de un 13% en varones fumadores, llegando al 31%, comparado con un descenso del 4% en el resto del país; descenso neto⁵ en niveles promedio de colesterol sérico del 3% en varones y del 1% en mujeres; descenso neto del 3% en presión sanguínea sistólica y del 1% en diastólica en varones, y del 5% y 2% respectivamente en mujeres; o incremento de un 32% de hipertensos recibiendo medicación, llegando al 45% (Tones, Tilford y Robinson, 1990). Aunque ha existido un descenso en la mortalidad causada por enfermedades cardiovasculares en todo Finlandia, este descenso es aún más pronunciado en este área (Salonen et al., 1983). Entre 1969 y 1979 fue del 24% en varones y 51% en mujeres, comparado con el 12% y 24% respectivamente en otras zonas del país. El análisis de las tendencias de mortalidad llevó a Tuomilehto et al. (1986) a achacar al proyecto un descenso neto de 100 muertes anuales por 100.000 varones en *North Karelia*. McAllister et al. (1982) observaron una reducción en el costo de las pensiones por enfermedad cardiovascular,

4 Segundo de Enseñanza Secundaria Obligatoria de la actual Reforma del Sistema Educativo.

5 Puntuación en *North Karelia* menos puntuación en área de referencia.

diagnóstico específico se hace sólo con los casos que precisan ingreso y extrapolar la etiología de éstos al resto es cuando menos cuestionable.

Existen múltiples publicaciones sobre neumonías extrahospitalarias, microbiológicamente la mayoría son de etiología vírica y dentro de las causadas por bacterias, *S. pneumoniae*, y *Mycoplasma pneumoniae* son posiblemente las más comunes. Otros microorganismos como *Legionella*, *Chlamydia*, *Coxiella* pueden estar involucrados, pero en grado inferior cuantitativamente hablando. En el terreno de las neumonías de la comunidad, algunos datos epidemiológicos, período del año, existencia de epidemia así como factores del huésped, edad, procesos subyacentes, deben hacernos pensar en agentes concretos: *Klebsiella pneumoniae* (asilos), *Pneumocystis carinii* (sida), etc.

La gravedad del cuadro y la sospecha etiológica serán orientativas a la hora de instaurar un tratamiento antimicrobiano. Ante la sospecha de neumonía neumocócica, penicilina a altas dosis podría ser eficaz. Sin embargo, el problema de neumococos con resistencia elevada a penicilina obliga a la utilización de antimicrobianos más seguros, por ej. cefotaxima. Los agentes responsables de neumonías atípicas *Mycoplasma*, *Legionella*, *Chlamydia* etc. responden bien a macrólidos y tetraciclinas.

El problema de las bronquitis y de las exacerbaciones agudas en bronquíticos crónicos es de gran trascendencia por su frecuencia. La microbiología en estos pacientes es muy dispar. Existen posturas, encontradas respecto al papel que juega el tratamiento antimicrobiano. Con gran frecuencia suelen prescribirse antimicrobianos junto con otros fármacos como broncodilatadores, fluidificantes, etc. Los agentes relacionados que suelen encontrarse son virus, neumococos, *Haemophilus*, anaerobios, entre otros.

Infecciones urinarias

Estas infecciones se sitúan por número de casos después de las del tracto respiratorio. Son por lo tanto procesos muy frecuentes, habiéndose cuantificado alrededor del 10% de las consultas médicas. Son procesos muy frecuentes en la edad infantil y menos en los adultos, dentro de estos las mujeres las presentan con más frecuencia y particularmente las mujeres embarazadas. A partir de los 55-60 años en el varón se presentan con cierta frecuencia.

Los agentes responsables de las infecciones urinarias extrahospitalarias son fundamentalmente *Escherichia coli* (más del 70% de los casos), *Proteus mirabilis*, y *Klebsiella pneumoniae*, otras especies como *Enterococcus faecalis*, *Candida*, junto con otras especies de enterobacterias son más raramente responsables.

Desde un punto de vista terapéutico, los microorganismos presentan resistencias muy variables a diversos grupos de antimicrobianos, y es conveniente conocer datos epidemiológicos que orienten en la elección del antimicrobiano: cefalosporinas de 2ª y 3ª generación, quinolonas y fosfomicina trometamol suelen ser por regla general los antimicrobianos más empleados a nivel empírico.

Infecciones gastrointestinales

Junto a los procesos indicados se deben considerar las afecciones gastrointestinales, donde una gran variedad de microorganismos son responsables de cuadros tanto de infección intestinal como toxiinfecciones.

Los procesos más comunes se van a deber a *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia* y *Aeromonas*. *Staphylococcus aureus* y *Bacillus cereus* dentro de agentes de toxiinfecciones alimentarias.

En nuestro medio no hay que olvidar la alta incidencia en la población infantil de giardiasis. El tratamiento antimicrobiano puede estar indicado en algunas ocasiones, desde luego en fiebre enterica (*S. typhi*), disenteria bacilar, y siempre será oportuna la instauración de una dieta y reposición hídrica.

Otras infecciones

Dentro de las infecciones de la Comunidad, obviamente existen una gran variedad de cuadros clínicos que por su gravedad (por ejemplo meningitis) o por su frecuencia infecciones cutáneas, que no deben ser olvidados. Los procesos dermatológicos ocasionados por hongos son sin duda en algunas ocasiones muy frecuentes (pie de atleta). El médico de asistencia primaria también tiene que estar alerta sobre las posibilidades terapéuticas de infecciones cutáneas por Herpesvirus. Enfermedades como tuberculosis, brucelosis, y en su conjunto enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.), amplían ese gran campo de enfermedades infecciosas en el que el médico de asistencia primaria debe disponer de los conocimientos más actuales sobre los microorganismos responsables, sobre todo de aquellos aspectos con implicaciones diagnósticas y terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Ausina V., Cole P., Sambet M. et al. Prospective study on the etiology of community-acquired pneumonia in children and adults in Spain. *EM. J. Clin. Microbiol Infect. Dis.* (1988); 7: 343-347.
2. Billie J., Mozer F., Francoli P. Etiology of community-acquired pneumonia. *EM. Clin. Microbil.* (1986). 5: 389-390.
3. Casal Lombos J., Fenoll Comes A. Neumococos. Resistencia y tolerancia en España. *Enf Infect. y Microbial. Clin.* (1988). 6: 117-119.
4. Corretger J. M. Nuevos aspectos etiológicos de las infecciones respiratorias. *An. Esp. Pediat.* (1989) 31, supl. 38: 11-14.
5. Gleckman R.A., Gantz N. M., Brown R.B. Infections in outpatient practice. Recognition and Management. Plenum Medical Book Company, New York, 1988.
6. Kohler R.B. Selecting antibiotics in eight special pneumonia settings. *J. Resp. Dis.* (1990), 918-931.
7. Montgomery P.Q., Lavelle R.J. Monografías sobre enfermedades infecciosas, ORL revisión y actualización. Ancora S.A, Barcelona, 1992.
8. Perea E.J., García-Iglesias MC., Martín Álvarez et al. Resistencias en *Haemophilus influenzae* en España. *Enf. Infecc. y Microbiol. Clin.* (1988): 6: 120-126.
9. Perea Pérez E.J. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Ediciones Doyma S.A. Barcelona, 1992.
10. Thorne G.M. Diagnosis of infectious diarrheal diseases. *Infect. Dis. Clin. North. Amer.* (1988), 2: 747-774.

4. VALORACIÓN DEL USO DE LOS NUEVOS ANTIBIÓTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

F. J. Espinosa Parra

Es esfuerzo continuado en la búsqueda de fármacos mejores, más activos y menos tóxicos, ha conducido en estos últimos años a la síntesis y comercialización de un gran número de antimicrobianos. Así, si nos ceñimos a los antibióticos de uso extrahospitalario, ha habido una gran expansión en el campo de los macrólidos, fluoroquinolonas, cefalosporinas y combinaciones de penicilinas con inhibidores de las beta-lactamasas. Esto motiva que el conocimiento y la correcta ubicación de estos nuevos antibióticos, en el siempre creciente arsenal terapéutico, se haga progresivamente más difícil. Así pues, es necesario disponer de elementos de juicio claros, dado que no todos los nuevos antibióticos demuestran nítidamente ser mejores que los antiguos. En definitiva, los clínicos nos enfrentamos con la difícil tarea de escoger un antimicrobiano, de entre una lista de posibilidades que está creciendo rápidamente, que además de ser útil, tenga una buena relación coste/eficacia.

Para abordar este asunto vamos a ocuparnos, en primer lugar, de los aspectos más importantes de las infecciones extrahospitalarias. En segundo lugar, ya que hablamos de terapéutica antimicrobiana extrahospitalaria, es preciso ponernos de acuerdo acerca de las características que deben tener, los antibióticos para su uso fuera del hospital y, finalmente, daremos unas directrices generales sobre la decisión de usar los nuevos antimicrobianos en asistencia primaria.

1. Aspectos más importantes de las infecciones extrahospitalarias

Las infecciones constituyen un motivo frecuente de consulta en la práctica extrahospitalaria. En su mayor parte, se trata de infecciones agudas con tendencia a la curación espontánea. Entre las más frecuentes se encuentran las infecciones de las vías aéreas superiores e inferiores y las infecciones urinarias, produciendo una importantísima morbilidad en personas de todas las edades y de ambos sexos.

Son infecciones de estudio microbiológico problemático: por el tipo de infección en sí mismo, por la falta de microbiólogos extrahospitalarios y porque, si el laboratorio de microbiología está en el hospital de referencia, la recogida, transporte y conservación de las muestras se realiza muchas veces de forma inadecuada. Por tanto, en la práctica el diagnóstico etiológico de estas infecciones generalmente es presuntivo, el microorganismo sólo es probable.

Para el manejo de estas infecciones el médico debe saber:

- La localización de la infección. En este sentido es de destacar que, tan importante es establecer que existe una participación de un órgano o sistema como no encontrar datos focales, ya que ello restringe también las posibilidades etiológicas del paciente.
- Cual es la etiología más probable de dicho síndrome en el paciente concreto. Para ello, ha de tener en consideración las circunstancias modificadoras de la etiología (edad, enfermedad de base, etc.). De manera que, con la información

sindrómica; matizada con los datos del paciente, debemos hacer una aproximación estadística al grupo de agentes que pueden responder del cuadro.

- Qué antibióticos cubren a los microorganismos que con más frecuencia producen la infección. De manera que, la sensibilidad de los gérmenes probablemente implicados a los antibióticos seleccionados debe ser muy probable.

Todo esto requiere un permanente conocimiento de la etiología de los diferentes procesos infecciosos, así como una vigilancia de la sensibilidad de los patógenos a los diferentes antibióticos. Fundamentados en el conocimiento de estas bases, ya podemos instaurar un tratamiento empírico, eligiendo el antibiótico más adecuado.

II. Características de los antibióticos para su uso extrahospitalario:

1. Es casi indispensable que tengan una buena absorción por vía digestiva y, por tanto, la administración oral es una de las condiciones importantes de cualquier medicamento para su uso por el enfermo ambulatorio. Pero, para que sea efectivo, el antibiótico debe absorberse en suficiente cantidad para conseguir niveles terapéuticos no solamente en el suero sino, sobre todo, en el foco de infección.

2. Su vida media debe ser larga, lo que equivale a intervalos prolongados entre dosis. Está demostrado que el paciente cumple tanto mejor con la prescripción de un medicamento cuanto menos dosis diarias se precisan. Por tanto, hay una tendencia de todos los nuevos medicamentos a administrarse en una o en dos dosis diarias. Sabemos que alrededor del 90% de los fármacos prescritos de una o dos tomas al día se toman realmente. El cumplimiento del tratamiento disminuye drásticamente cuando los fármacos han de administrarse tres o cuatro veces al día: la tercera o cuarta dosis no se toma aproximadamente la mitad de las veces.

3. Por otro lado, la selección del antibiótico se hará en relación con una buena tolerancia local (buena tolerancia digestiva) y general. Es conveniente que el antibiótico no ocasione trastornos locales, en especial es el tránsito intestinal ya que las náuseas, los vómitos y la diarrea, no sólo impiden al paciente cumplir con el requisito de tomar el medicamento a determinadas horas, sino que por el solo hecho de alterar el paso del mismo por el aparato digestivo dificultan la absorción del mismo. Los efectos adversos de otra naturaleza también son la causa de que el paciente muchas veces suprima la medicación, espaciar las dosis o las disminuya a cantidades infraterapéuticas.

4. Finalmente, es preciso pensar en la última característica. Se trata del precio del medicamento o del coste del tratamiento para la infección. Habitualmente, las infecciones extrahospitalarias son infecciones agudas con tendencia a la curación espontánea. Por tanto, cabe exigir del medicamento que no cueste mucho, ya que la mayoría de las veces no es absolutamente necesario. Pero, por otro lado, cuando este es verdaderamente necesario, el paciente (que paga el mismo, buena parte del costo de la medicación) puede no terminar el tratamiento por ser este excesivamente caro. La valoración económica indudablemente, debe imponerse siempre que exista la misma eficacia terapéutica en dos o más tratamientos para una infección. Ante una expectativa de curación con la misma seguridad y el mismo tiempo, es preferible utilizar antibióticos más económicos.

5. ELECCIÓN RAZONADA DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

J. Gómez Gómez

Las enfermedades infecciosas constituyen uno de los apartados de mayor significación dentro de la medicina, debido, en gran medida, a su gran frecuencia en todos los campos que conduce a un incremento de la morbimortalidad de los pacientes. En la actualidad, los avances en su diagnóstico y tratamiento tienen como objetivo fundamental disminuir su morbimortalidad merced a su diagnóstico rápido e instauración precoz y adecuada del tratamiento antibiótico.

Sin embargo, la antibioticoterapia, que constituye el avance más importante de la terapéutica de todos los tiempos, al ser un tratamiento etiológico de alta eficacia, es la parte de arsenal terapéutico peor conocida y usada (1). Así, estudios en EE.UU. indican que anualmente se realizan 90 millones de prescripciones de antibióticos para pacientes ambulatorios y en hospital entre el 30 y el 40 % de los ingresados reciben antibióticos durante su hospitalización (2). Por otra parte, en el hospital tiene una mayor importancia el conocer su uso y, así, en el estudio epidemiológico nacional, éste fue inadecuado entre el 36 y el 75 % de los casos, según se trate de tratamiento o profilaxis (3). En la práctica ambulatoria sucede algo similar y así un estudio señalaba que hasta el 60 % de los médicos utilizaban antibióticos en el manejo de los catarros de vías altas (2). Este uso indiscriminado conlleva a la aparición de efectos indeseables propios de los fármacos: toxicidad e inducción del desarrollo de resistencias bacterianas y de superinfecciones (1-3), traduciéndose en un número importante de tratamientos inadecuados, que en los casos de infecciones graves por gramnegativos se asocian con una mayor morbimortalidad (4).

Por todo ello es de gran importancia estructurar adecuadamente los fundamentos del empleo actualizado de los antibióticos. Éstos se realizarán de acuerdo con los cambios acontecidos en los últimos años en sus elementos de base (paciente-germen-antibiótico) y siguiendo las directrices de la guía fundamental de la elección razonada del tratamiento antibiótico que es la constituida por el llamado sentido común (5-6). En nuestra experiencia controlada, su uso traducido en protocolos mejora en el medio hospitalario significativamente la eficacia y disminuye el coste y la hospitalización, por lo que consideramos es un método de gran interés para lograr la verdadera optimización de la terapéutica antimicrobiana mediante la participación conjunta y consensuada de clínicos, infectólogos, microbiólogos, farmacólogos y farmacéuticos (7-8).

De esta forma, el sentido común puede definirse como el elemento integrador de los componentes del triángulo de Davis y que requiere la reevaluación periódica de las bases que lo sustentan (9): *a)* clínicas; *b)* microbiológicas; *c)* farmacológicas, y *d)* terapéuticas.

Bases clínicas

Su objetivo fundamental es mejorar la indicación y elección del antibiótico. Para ello es de capital interés el conocimiento adecuado de los factores clínicos que la integran.

De todos ellos, el más importante es el diagnóstico clínico correcto de enfermedad

III. Directrices generales para valorar la utilización de los nuevos antibióticos

Son muchos los factores implicados en la evaluación de los antibióticos nuevos. La decisión de utilizar un nuevo antibiótico pasa por valorar su espectro de actividad, la farmacocinética, los efectos adversos, los resultados de estudios clínicos (incluyendo la comparación con el tratamiento estándar para la infección que se pretende tratar) y el coste. Dicha evaluación es difícil de llevar a cabo por el médico tan sólo con sus propios medios. Mucha de la información que recibe este sobre los antibióticos puede tener su origen en propaganda procedente de la industria farmacéutica, lo que supone un sesgo inevitable.

Mientras que los hospitales la comisión de política de antibióticos es un vehículo útil para la evaluación de nuevos antibióticos, en la asistencia primaria no se dispone de este recurso. En este último ámbito, las posibles soluciones podrían ser la creación de una comisión de política de antibióticos extrahospitalaria, el uso de guías de antibioterapia internacionalmente aceptadas (o eventualmente resúmenes de las mismas adaptadas a la atención primaria) o de protocolos revisados objetiva y periódicamente por expertos independientes y puestos al fácil alcance de todos los médicos de atención primaria. Estas guías deberían prestar especial atención a las indicaciones de la antibioticoterapia en las situaciones más frecuentes en la práctica extrahospitalaria y pretenderían llegar a crear una deseable «buena rutina» en antibioterapia.

Se debería considerar la utilización de un nuevo antibiótico para una infección cuando la comparación de este con el tratamiento estándar sea substancialmente ventajosa, en los siguientes términos:

1. Cuando el nuevo antibiótico introduzca una mejoría importante de la eficacia. Es decir, cuando los antibióticos habitualmente utilizados para tratar la infección específica sean menos eficaces o cuando el nuevo antibiótico sea claramente de elección para una infección particular.

2. Si existe una igualdad de eficacia entre el nuevo antibiótico y el tratamiento estándar, hay que valorar otros parámetros:

a) Mejoría farmacocinética. Cuando con el nuevo antibiótico se evite el uso de la vía parental, podamos completar un tratamiento que se inició por vía parental en el hospital o su farmacocinética permita la administración del mismo una o dos veces al día.

b) Disminución de la toxicidad. Cuando los antibióticos habitualmente utilizados para tratar la infección específica sean más tóxicos que el nuevo antibiótico o cuando el paciente tenga una historia de efectos adversos o de alergia al antibiótico habitualmente indicado.

c) Disminución del costo o mejoría de la relación costo/eficacia.

En resumen, es recomendable el mantenimiento de un arsenal antibiótico personal limitado y bastante estable, del que se llegue a tener abundante experiencia, y que sólo se debe «cambiar» por motivos muy sólidos y con voluntad de permanencia.

No deberíamos introducir en nuestro arsenal terapéutico un nuevo antibiótico que aporte únicamente ventajas marginales sobre alguno de los existentes, con el fin de no alterar algunas rutinas bien establecidas. Los nuevos antibióticos no deberían sustituir a los viejos agentes a menos que mejoren la farmacocinética, disminuyan la toxicidad o reduzcan el costo

No debemos usar un antibiótico nuevo cuando tengamos disponible un agente alternativo seguro, menos caro e igualmente eficaz.

Sobre estas bases, el clínico ya puede ahora adoptar la aplicación de los nuevos antibióticos en las infecciones extrahospitalarias. Se comentarán las nuevas aportaciones en el campo de las quinolonas, cefalosporinas, combinación penicilinas-inhibidores de betalactamasas y macrólidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moellering RC. Principles of anti-infective therapy. En: Principles and practice of infectious diseases. Ed.: Mandell GL, Douglas RG, Bennet JE. Churchill Livingstone 1990; 206-218.
2. Reese RE., Betts RF. Antibiotic use. En: A practical approach to infectious disease. Editado por Reese RE, Betts RF. Little, Brown and Company. 1991; 821-1007.
3. Drobnic L. Principios generales del tratamiento antibiótico. Ediciones Doyma, 1993; 67-75.
4. Gómez J. et al. Elección razonada del uso de antibióticos en la práctica clínica. *Enf Infecc Microbiol Clín* 1993; 11: 214-220.
5. Sande MA., Mandell GI. Agentes antimicrobianos. En: Goodman and Gilman. Las bases de la farmacología de la terapéutica. 7ª edición. 1986; 1019-1046.
6. Drobnic L. Nuevos antibióticos para el medio extrahospitalario. *Tiempos Médicos/Anuario* 90. 1990; 119-124.

aceptándose en líneas generales que debe mantenerse hasta una semana después de ceder los síntomas clínicos (tablas 2-4) (11-29).

Bases terapéuticas

El conocimiento del paciente-germen y antibiótico debe de traducirse mediante el sentido común en protocolos de tratamiento de las infecciones más frecuentes mediante los llamados escalones terapéuticos⁹. Así, según las características del paciente y antecedentes, tipo de infección, tipo de microorganismos con patrón de resistencias y conocimiento de las propiedades farmacológicas más relevantes del agente antibacteriano, elaboraremos el esquema terapéutico más adecuado al paciente con el objetivo fundamental de disminuir el desarrollo de resistencias bacterianas³⁰ en relación probable con el incremento del consumo de determinados grupos de antimicrobianos como macrólidos y quinolonas.

En estas bases o protocolos deben considerarse los siguientes factores: 1) valor de la monoterapia y terapia secuencial en el tratamiento de las infecciones graves; 2) papel de las combinaciones de antibióticos; 3) aportación de las nuevas líneas terapéuticas; 4) significación de las monodosis frente a tratamientos cortos para las infecciones urinarias bajas.

Monoterapia

Globalmente en pacientes inmunocompetentes está demostrado que el uso de un solo agente antimicrobiano (c-eftazidima) consigue la misma eficacia que las combinaciones en el tratamiento de las infecciones graves por gramnegativos (16). En infecciones leves y moderadas debería evitarse el uso de las combinaciones. Así, de acuerdo con el tipo de pacientes, topografía y gravedad de la infección pueden usarse:

1. Infecciones respiratorias leves en pacientes sin enfermedad de base y sin antibióticos previos, los macrólidos constituirían posiblemente los fármacos de elección.

2. En infecciones respiratorias o urinarias moderadas, con enfermedad de base y sin antibióticos previos es válido usar cefalosporinas orales (axetilcefuroxima o cefixima). En infecciones urinarias recidivantes y en prostatitis norfloxacino logra alta eficacia (11).

3. En infecciones moderadas o graves como neumonías o pielonefritis la terapéutica secuencial con cefalosporinas de segunda generación (cefonicida en medio ambulatorio y cefuroxima en medio hospitalario) constituyen los antimicrobianos de elección empírica inicial para pasar tras mejoría clínica a axetilcefuroxima oral dada su alta eficacia y buena tolerancia (23-25). Por otra parte, en pielonefritis agudas, las nuevas quinolonas (ciprofloxacino, ofloxacino) en pacientes que toleren la vía oral posiblemente constituyan en la actualidad los antibióticos de elección, dada su buena actividad y excelentes concentraciones urinarias, no obstante debe tenerse en cuenta el incremento de sus resistencias bacterianas con el incremento de su uso y por ello éste debe cuestionarse en el tratamiento de infecciones graves como único agente terapéutico.

4. En infecciones graves de alto riesgo, como neumonías y meningitis comunitarias graves y sepsis de foco no aclarado, cefotaxima o ceftriaxona constituyen los antimicrobianos de elección por su gran eficacia y posibilidad de tratamiento secuencial (cefotaxima 2 g./6-8 h., ceftriaxona 1-2 g./24 h.). En sepsis urinarias, ceftazidima o aztreonam son en la actualidad los antibacterianos de elección en régimen de monoterapia y en infecciones mixtas graves (peritonitis, abscesos intraabdominales, neumonías nosocomiales) imipenem muestra una excelente correlación clínico y microbiológica, con alta eficacia en modelos experimentales y en clínica, por lo cual podemos considerarlo el antimicrobiano de elección en estos procesos. Sin embargo, a pesar de los excelentes resultados alcanzados por la monoterapia, el potencial desarrollo de resistencias bacterianas durante el tratamiento puede plantear problemas en determinados grupos de pacientes (31-33), por lo cual, en la actualidad en determinados servicios hospitalarios y en pacientes de alto riesgo especiales (neutropénicos, pacientes con trasplante), es necesario el uso de combinaciones de antibióticos.

Combinaciones de antibióticos

Actualmente, las combinaciones de antibióticos tienen como objetivo fundamental ampliar el espectro antimicrobiano en espera de recibir los informes microbiológicos y mejora del efecto postantibiótico (34-39). Hoy día el valor del sinergismo buscado en otras ocasiones es cuestionado, ya que se ha observado que no previene el desarrollo de resistencias, que constituía una de las finalidades que se buscaba con las combinaciones de antibióticos (40).

De esta forma en los servicios de alto riesgo (UCI, quemados, CCV, oncología, hematología, neurocirugía, traumatología) los pacientes con infecciones graves con o

TABLA 4
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO SEGÚN EL TIPO DE INFECCIÓN

Tipo de infección	Duración (días)
Faringoamigdalitis estreptocócica	10
Sinusitis y otitis media agudas	10-14
Neumonía neumocócica	10-12
Neumonía <i>Mycoplasma</i>	14
Neumonía <i>Ligionella</i>	21
Pielonefritis	10
Meningitis meningocócica	4-7
Meningitis neumocócica	10-14
Endocarditis no protésica	28
Osteomielitis	28
Peritonitis	10-14
Artritis séptica	14-21

infecciosa bacteriana con el conocimiento global del paciente como factor activo de la infección (9-10). Así, hay que saber el tipo de paciente (edad, hábitos, profesión, residencia, viajes, etc.) y situación de sus principales funciones (renal, hepática, hematológica, cardíaca, respiratoria, SNC), valorando por el conjunto de estos datos la perspectiva de vida de su enfermedad de base, que constituye el parámetro más importante en el pronóstico de todo proceso infeccioso. Junto con este dato, es de gran interés la valoración de la situación de gravedad clínica inicial junto con la presencia o no de antecedentes clínicos de infecciones previas y de haber recibido antibióticos previos así como los posibles antecedentes de hipersensibilidad a antibióticos y otros fármacos.

El segundo apartado que muestra bastante correlación con la clínica son los tipos de infección según su topografía y gravedad. Así, distinguimos las infecciones de vías (respiratorias-urinarias) que son leves o moderadas, las parenquimatosas (neumonías, pielonefritis) de gravedad moderada o grave y los cuadros sépticos de alta gravedad (11). Ante cada uno de estos procesos, según las características del paciente (pronóstico enfermedad de base, situación clínica inicial y antecedentes clínicos y terapéuticos) se elaborará y se instaurará precozmente un tratamiento empírico lo más acorde teniendo en cuenta las bases microbiológicas.

Bases microbiológicas

Su conocimiento es de gran trascendencia ya que constituirán el principal factor para considerar el tratamiento inicial y sus objetivos son mejorar la eficacia terapéutica y estudiar el desarrollo de resistencias bacterianas (12-14).

Para ello se requerirá el conocimiento de los microorganismos responsables con más frecuencia de las infecciones según topografía y área geográfica que pueden variar de unas a otras. Por otra parte, el análisis de las resistencias debe realizarse de forma periódica (anualmente) mediante los llamados mapas microbiológicos de cada hospital o área geográfica. Todo ello se traducirá, de acuerdo con el estado de sus resistencias, en los antibióticos que podrían ser de elección empírica inicial, pudiendo señalar que los que den resistencias iguales o superiores al 20 % no debieran considerarse (15).

Finalmente señalar que el uso correcto de la microbiología y el conocimiento de sus bases lo hemos encontrado asociado significativamente con un aumento de la adecuación del tratamiento antibiótico en los departamentos médicos de los hospitales (tabla I) (16-17).

Bases farmacológicas

Su conocimiento es el complemento obligado en la elección del tratamiento del agente antimicrobiano, ya que tienen como objetivo fundamental asegurar el adecuado cumplimiento, mejorando la comodidad y disminuyendo la toxicidad, mejorando la comodidad y disminuyendo la toxicidad y el coste (18-19).

Para ello es necesario conocer las características más importantes de los antibióticos más utilizados por su eficacia y seguridad en la clínica. Así, debemos de analizar

Tabla 1
**MAPA MICROBIOLÓGICO DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA
 DE MURCIA (1991)**

Patrones de sensibilidad de los patógenos respiratorios						
	Ampicilina	Antibióticos de uso común			Eritromicina	
		T+S	A+CL			
<i>S. pneumoniae</i> (150)	51 %		51 %	75 %		
<i>H. influenzae</i> (400)	71 %	73 %	99 %	87 %		
<i>M. catharralis</i> (90)	25 %	80 %	97 %	95 %		
S. grupo A (70)	100 %			99 %		
+ CMI < 0,5 (20 %)						
Patrones de sensibilidad de los patógenos respiratorios						
	Cefuroxima	Antibióticos de uso restringido y reservado			Ciprofloxacino	
		Cefixima	Cefotaxima			
<i>S. pneumoniae</i>	91 %	38 %	100 %	79 %		
<i>H. influenzae</i>	100 %	100 %	100 %	100 %		
<i>M. catharralis</i>	100 %	100 %	100 %	100 %		
Patrón de sensibilidad de los patógenos cutáneos y hospitalarios						
	Cloxacilina	Cefalotina	Ciprofloxacino	Clindamicina	T + S	Vancomicina
<i>S. aureus</i> (914)	92 %	92 %	92 %	89 %	99 %	100 %
<i>S. epidermidis</i> (596)	75 %	75 %	63 %	50 %	96 %	100 %
Patrón de sensibilidad de los patógenos urinarios						
	Ampicilina	Antibióticos de uso común			Cefalotina	
		T + S	A + CL			
<i>E. coli</i> (1.618)	40 %	63 %	88 %	86 %		
<i>P. aeruginosa</i> (782)						
<i>P. mirabilis</i> (383)	50 %	64 %	91 %	85 %		
Enterococco (297)	97 %					
<i>K. pneumoniae</i> (176)	3 %	87 %	85 %	79 %		
Patrón de sensibilidad de los patógenos urinarios						
	Antibióticos de uso restringido					
	Norfloxacino	Ciprofloxacino	Gentamicina	Tobramicina	Cefuroxima	Cefixima
<i>E. coli</i>	94 %	91 %	94 %	94 %	97 %	99 %
<i>P. aeruginosa</i>	76 %	76 %	80 %	92 %	—	—
<i>P. mirabilis</i>	94 %	99 %	94 %	94 %	95 %	99 %
<i>K. pneumoniae</i>	94 %	94 %	92 %	92 %	92 %	97 %
Patrón de sensibilidad de los patógenos urinarios						
	Antibióticos de uso reservado					
	Piperacilina	Cefotaxima	Ceftazidima	Aztreonam	Amikacina	Imipenem
<i>E. coli</i>	52 %	99 %	99 %	99 %	100 %	100 %
<i>P. mirabilis</i>	53 %	99 %	99 %	99 %	100 %	100 %
<i>K. pneumoniae</i>	83 %	97 %	97 %	97 %	99 %	100 %
<i>P. aeruginosa</i>	89 %	52 %	85 %	85 %	93 %	90 %

Patrón de sensibilidad de los patógenos abdominales y partes blandas							
	Penicilina	Clindamicina	Cefoxitina	Metronidazol	A + C L	Imipenem	
<i>B. fragilis</i> (50)	—	74 %	72 %	85 %	100 %	99 %	
<i>C. perfringens</i> (60)	100 %	81 %	91 %	95 %	100 %	100 %	
Patrón de sensibilidad de los patógenos entéricos							
	Ampicilina	T+S	A+CL	Cloramfenicol	Cefotaxima	Ciprofloxacino	Eritromicina
<i>Salmonella</i> (482)	80 %	90 %	85 %	81 %	100 %	100 %	
<i>Shigella</i> (45)	50 %	60 %	90 %	100 %	100 %	100 %	
<i>Campylobacter</i> (290)	90 %	65 %		99 %			95 %
<i>Yersinia</i> (24)	—	100 %	100 %	75 %	100 %	100 %	
Patrón de sensibilidad de los patógenos hospitalarios							
	Piperacilina	Ciprofloxacino	Cefotaxima	Ceftazidima	Aztreonam	Amikacina	Imipenem
<i>E. coli</i> (760)	52 %	91 %	99 %	99 %	99 %	100 %	100 %
<i>P. aeruginosa</i> (683)	85 %	71 %	—	79 %	79 %	93 %	87 %
<i>Acinetobacter</i> (186)	41 %	50 %	—	82 %	—	89 %	94 %
<i>P. mirabilis</i> (130)	81 %	99 %	98 %	98 %	98 %	97 %	67 %
<i>K. pneumoniae</i> (106)	56 %	94 %	97 %	97 %	97 %	100 %	100 %

A+CL: amoxicilina+ácido clavulánico; T+S: trimetoprima-sulfametoxazol. Entre paréntesis se indica el número de cepas.

su mecanismo y tipo de acción (bactericida-bacteriostático), analizar la correlación entre concentraciones plasmáticas y actividad *in vitro*, para evaluar con más precisión su índice terapéutico (20-22).

Su vida media es de gran importancia para elegir los intervalos terapéuticos, así, dentro de las cefalosporinas, cefonicida, ceftriaxona y cefixima constituyen un avance significativo al permitir su uso clínico cómodo y eficaz cada 24 horas (23-25). Entre los macrólidos, roxitromicina y claritromicina permiten un uso adecuado cada 12 horas por su excelente farmacocinética, que en un futuro puede verse superado por azitromicina al permitir sus elevadas concentraciones y su mantenimiento, la administración cada 24 horas en el tratamiento de diversos procesos de vías respiratorias (26). De igual forma sucede con las nuevas quinolonas de la cual ofloxacino hasta el momento es el de mejores propiedades farmacocinéticas que permite dosis eficaces cada 12 horas, sin embargo los nuevos preparados (floxacinolona, temafloxacino) probablemente permitan dosis cada 24 horas dada su larga vida media y excelentes propiedades farmacocinéticas (27). Así mismo, otros antimicrobianos (ornidazol y teicoplanina) gracias a su larga vida media y mejor farmacocinética, han permitido el tratamiento de infecciones por anaerobios y por *S. aureus* resistente a meticilina con dosis aplicadas cada 12 ó 24 horas.

En cuanto a su distribución tiene interés para evaluar su toxicidad y en este sentido nuevos esquemas posológicos indican que el uso de la dosis por día de aminoglucósidos en una sola aplicación cada 24 horas se asocia con una menor toxicidad renal y óptica con una eficacia similar a la obtenida con los esquemas habituales de 2-3 dosis al día (28). Por último, en relación con la duración del tratamiento antibiótico, debe estar orientada de acuerdo con el tipo de infección, gravedad y enfermedad de base,

TABLA 2
ASPECTOS FARMACOLÓGICOS MÁS IMPORTANTES DE LOS
ANTIBIÓTICOS ORALES DE USO MÁS SIGNIFICATIVO

	Dosis	ABS	VM	CP*	CU	CE	CB	CPR	CO
Amoxicilina	750 mg.	75 %	1 H	10	1.000	0,35	10		
Amoxicilina+ácido clavulánico	500/125	75 %	1 H	10/4	1.000	1			
Cloxacilina	500 mg.	50 %	0,5 H	8	200				
Pivmecillinam	200 mg.	50 %	1 H	10	>1.000				
Cefaclor	500 mg.	90 %	1,2 H	15	>1.000	0,4			
Axetilcefuroxima	500 mg.	55 %	1,2 H	12	>1000	1,8			
Cefixima	200 mg.	52 %	8 H	7	50%	1,8	50 %		
Roxitronnicina	150 mg.	75 %	8 H	6,6		6			
Ofloxacino	200 mg.	95 %	4-8 H	4-6	90 %	3-4,3	4	5	0,6

ABS: absorción; VM: vida media; CP: concentración plasmática; CU: concentración urinaria; CE: concentración en esputo; CB: concentración biliar CPR: concentración prostática; CO: concentración ósea.

• Las concentraciones se expresan en µg/ml. Datos recogidos y adaptados de Neu (51) y Gómez (23-25).

TABLA 3
ASPECTOS FARMACOLÓGICOS MÁS IMPORTANTES DE LOS
ANTIBIÓTICOS I.V. DE USO MÁS SIGNIFICATIVO

	Dosis	VM	CP*	CU	CB	CE	CLCR	CO	CPR
Cefazolina	1g.	1,4 H	110	>1.000	50	2	—	30	
Cefuroxima	750 mg.	1,3 H	40	>1.000	30	2	1-3	13,5	
Cefonicido	1 g.	4,5 H	221	> 1.000	15	2,6			
Cefotaxima	1 g.	1,1 H	80	>1.000	15	1,4	20	12	
Ceftriaxona	1 g.	8 H	150	>1.000	200	2,3	20	24	
Ceftazidima	1 g.	1,7 H	80	> 1.000	10	3,2	20	31,1	
Aztreonam	1 g.	2 H	160	> 1.000	40	5	3	16	8
Ciprofloxacino	300 mg.	3-5 H	3	30 %	8	1,4	20 %	0,4	3,4
Imipenem	500 mg.	1	52	> 1.000	1,8	2,7	1-2		5,3

CLCR: concentración en ICR; para el resto de abreviaturas véase el pie de la tabla 2.

• Las concentraciones se expresan en µg/ml. Datos recogidos y adaptados de Neu (51) y Gómez (11).

sin antibióticos previos de moderado espectro, la combinación de glucopéptidos y ceftazidima o aztreonam es de gran valor en el tratamiento empírico inicial. En caso de haber recibido estos pacientes antibióticos betalactámicos de amplio espectro o, quinolonas, se aconseja la combinación inicial de glucopéptidos + imipenem. En alergias a betalactámicos ciprofloxacino y amikacina puede ser una interesante combinación por su mayor eficacia terapéutica, pudiendo opcionalmente en los hospitales con *S. aureus* con elevada tasa de resistencias a meticilina, añadir teicoplanina 10 mg/kg/día en una sola dosis.

En los servicios médicos y de cirugía general, las sepsis nosocorniales responden en muchos centros todavía a la clásica combinación de piperacilina y amikacina, si bien la aparición de nuevos inhibidores de betalactamasas (piperacilina y tazobactam) puedan suplirla en un futuro inmediato, constituyendo las nuevas líneas terapéuticas.

En los casos de sepsis comunitarias sin foco en pacientes de menos de 50 años es preceptivo, dado el aumento de incidencia del *S. aureus* en los últimos años, iniciar tratamiento con cefalosporinas de primera generación o cloxacilina o fosfomicina en combinación con aminoglucósido (genta o tobra). En edades superiores pueden usarse las combinaciones anteriormente comentadas.

En los pacientes neutropénicos la combinación que ha de utilizarse es la que muestre en cada hospital la mayor actividad antimicrobiana y eficacia clínica. Así, en la actualidad ceftazidima y glucopéptidos o amikacina según el tipo de microorganismos que con más frecuencia se aísla en estos casos es la combinación de uso empírico inicial.

Las nuevas líneas terapéuticas

Los inhibidores de betalactamasas constituyen probablemente la principal nueva línea terapéutica en el capítulo del tratamiento de las infecciones graves. Sus objetivos son, por una parte, restablecer la actividad antimicrobiana perdida por las penicilinas y así significar una buena alternativa al régimen de la monoterapia en el tratamiento de estos procesos. Por otra parte, merced a potentes inhibidores de betalactamasas (ácido clavulánico, sulbactam, tazobactam) evitar el desarrollo de betalactamasas como mecanismo de resistencias como sucede con alguna frecuencia con el uso de betalactámicos, así como disminuir la aparición de colonizaciones y superinfecciones por enterococos dada su buena actividad frente a dicho microorganismo y evitando la potencial toxicidad con las combinaciones de aminoglucósidos (41).

De ellos, amoxicilina y ácido clavulánico o ampicilina y sulbactam siguen constituyendo los fármacos de elección en el tratamiento ambulatorio de infecciones respiratorias de vías bajas, dentales y cutáneas, siendo de interés su uso por vía intravenosa en los cuadros de pelviperitonitis ginecológicas y fundamentalmente en la profilaxis quirúrgica de cirugía abdominal, obstétrica, neoplasias, laringe y maxilofacial.

La combinación piperacilina y tazobactam logra restablecer cerca del 100% la actividad de piperacilina pudiendo constituir una alternativa de gran interés en el tratamiento de las infecciones graves hospitalarias dado que cumple con los objetivos establecidos anteriormente, aunque necesita una mayor experiencia clínica que avale estas consideraciones microbiológicas.

Monodosis frente a tratamientos cortos

La duración del tratamiento en las infecciones urinarias bajas ha sido objeto de numerosos estudios. En la actualidad puede asegurarse que la monodosis, con antimicrobianos de elevada actividad antimicrobiana, altas concentraciones urinarias y mantenimiento de éstas durante largo tiempo y no inductores de resistencias, constituye el régimen terapéutico de elección en los pacientes sin enfermedad de base al asegurar el adecuado cumplimiento. De todos los antimicrobianos utilizados, probablemente en la actualidad la combinación fosfomicina y trometanol cumpla los requisitos expuestos y pueda ser considerado como el antibacteriano ideal para estos procesos al demostrar una eficacia clínica superponible a otros agentes (norfloxacino) administrados durante más tiempo (3 días) y con excelente tolerancia (42-44). Sin embargo, cuando el paciente tiene enfermedad de base (general o urológica) debe utilizarse el tratamiento con duración clásica de 10 días pudiendo prolongarlo con dosis de mantenimiento según las características de base del paciente (45-46).

Evaluación de la antibioticoterapia y factores que limitan su eficacia

Tras la valoración clínica, microbiológica, farmacológica y la selección del régimen terapéutico adecuado es fundamental el control de su eficacia, analizando los posibles factores que pueden limitarla.

El parámetro más importante es la obligatoriedad de su control clínico y microbiológico —si el caso está documentado— a las 72 horas tras el inicio del tratamiento antibiótico. Microbiológicamente pueden realizarse para su mejor control, cultivos, CMI, CMB, estudio efecto postantibiótico, poder bactericida de suero, en especial en infecciones graves (47). En ocasiones, es posible que se necesiten hasta 5 días para poder evaluar con mayor rigor el fallo terapéutico y decidir, por una parte, estudios diagnósticos encaminados a determinar su posible causa y, por otra, la modificación terapéutica más apropiada y eficaz según cada caso y de acuerdo con los protocolos de cada institución y la experiencia del clínico (47-51).

Entre los factores más importantes que limitan la eficacia de la antibioticoterapia y que tienen que ser sospechados en caso de fallo terapéutico o refractariedad, tenemos: *a)* dificultad de penetración de los antimicrobianos en el lugar de la infección; (p. ej., en-docarditis, osteomielitis, infecciones en partes isquémicas); *b)* presencia de foco séptico obstructivo (biliar, urinario, respiratorio); *c)* existencia de abscesos que contribuye a la persistencia del microorganismo que se encuentra fundamentalmente en fase de mitosis dificultando la actividad del antimicrobiano que sólo actúa en gran medida en la fase de reproducción celular bacteriana. En otras ocasiones, como en el caso de los aminoglucósidos, su actividad disminuye al tener los abscesos un pH ácido que es el medio ambiental de los anaerobios, y *d)* la presencia de cuerpo extraño (sonda vesical, prótesis articular o implante óseo, prótesis valvular, catéteres venosos).

La implicación de estos factores en la persistencia del cuadro clínico traduce la necesidad de combinar al tratamiento antibiótico el drenaje quirúrgico o espontáneo de estos focos (10-11).

Lo más importante es el conocimiento apropiado del llamado «sentido común», como base-guía fundamental de la terapéutica antimicrobiana, lo cual puede realizarse mediante: *a)* evaluación clínica cuidadosa y seguimiento apropiado; *b)* valoración microbiológica sobre los cambios etiológicos más significativos y los patrones de sensibilidad de los patógenos más frecuentes e importantes según las diversas áreas geográficas y hospitales; *c)* análisis farmacológico de acuerdo con las características generales del tipo de paciente e infección; *d)* diseño y realización de protocolos terapéuticos con dos alternativas según área geográfica, hospital o centro de salud con revisiones periódicas.

Finalmente hay que hacer constar que la utilización del «sentido común» en la práctica médica no sólo la facilita, sino que se traduce en una auténtica racionalización que es el objetivo fundamental de la terapéutica antimicrobiana y que constituye el avance de mayor significación y futuro de la terapéutica etiológica más eficaz: la antibioticoterapia.

Agradecimiento

Queremos agradecer a todos los médicos (del *staff*, residentes y de medicina comunitaria) su extraordinaria colaboración en la realización de nuestros estudios; a todas las Unidades de Enfermería del Hospital Virgen de la Arrixaca, su inestimable ayuda y constante apoyo en el trabajo diario y en el control de los pacientes, a todos los técnicos (ATS y auxiliares de clínica) de la Sección de Microbiología, su gran labor y extraordinaria ayuda técnica en la realización de todos los estudios microbiológicos, y, por último, a D. José Luis de la Vega y al del Servicio de Información Bibliográfica de Beecham S.A. por su inestimable ayuda en la búsqueda de ésta.

BIBLIOGRAFÍA

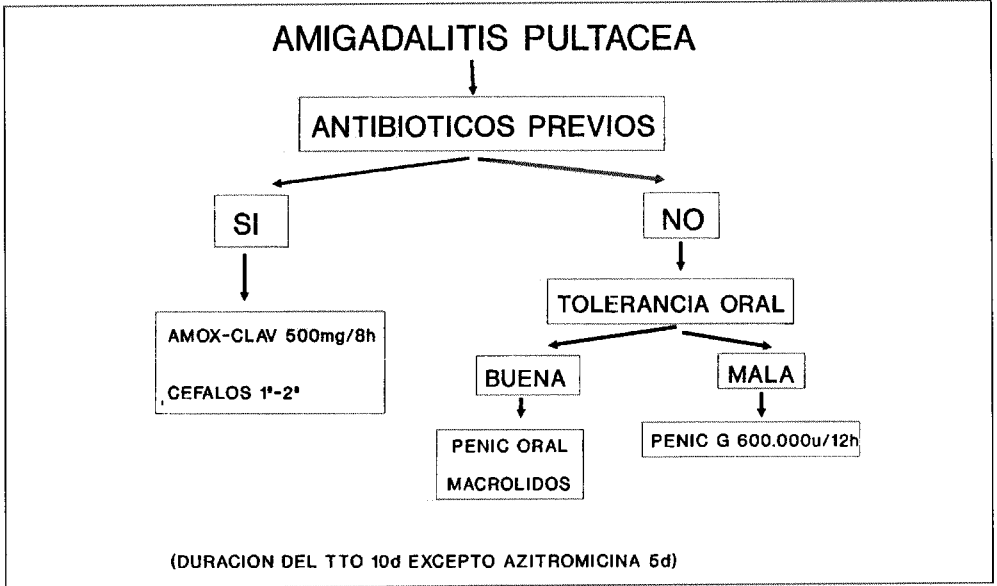
1. Gómez J., Parra Gassent A., Llopis A., Vázquez J., Sánchez Gascón F., Chumillas C. Bases Clínicas de la Antibioticoterapia. *Farmacoterapia* 1989; 6: 248-255.
2. Bartlett JG. Clinical management of patient with infectious disease. En: Harvey A.Mc, Johns R.J., McKusick V.A., Owens A.H., Ross R.S., eds. *The Principles and Practice of Medicine*, 22ª ed. Filadelfia: Prentice-Hall, 1988: 543-566.
3. Gómez J. Bases, significación actual y funciones de los comités de infecciones y de antibioticoterapia en los hospitales generales. *Med CLin (Barc)* 1988; 88: 693-695.
4. Gómez H., Moldenhauer F., Ruiz Gómez J. et al. Monoterapia (ceftazidima~nersus combinaciones (cefradina+amikacina) en bacteriemias por gramnegativos. Estudio prospectivo y aleatorio 1987. *Rev Esp Quimioterap* 1990; 3: 35-40.
5. Gómez J. Los antibióticos en la clínica práctica. *Antibióticos* 1984.
6. Gómez J. Nuevos aspectos del sentido común como base fundamental en la elección del tratamiento antibiótico. *Farmacoterapia* 1986: 288-297.
7. Parra A., Gómez J., Gutiérrez E. et al. Factores que posibilitan una optimización de la antibioticoterapia en medio hospitalario. II. Papel de los mecanismos de control. *Rev Esp Microbiol Clin* 1989; 4: 693-699.

8. Gómez J., Parra A. La optimización de la terapéutica antimicrobiana: una aproximación multidireccional. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 786-789.
9. Gómez J. Actualización del uso razonado de antibióticos en la práctica clínica. *Farmacoterapia* 1990; 7: 7-23.
10. Neu HC. General concepts on the chemotherapy of infectious diseases. *Med Clin of North Am* 1987; 71: 1.051-1.064.
11. Rees RE., Betts RF. Antibiotic Use. En: Rees RE, Betts RF, eds. *A practical approach to infectious diseases*, 3^a ed. Boston. Little Brown. 1991; 821-846.
12. Sturm AW. Rational use of antimicrobial agents and diagnostic microbiology facilities. *J Antimicrob Chemother* 1988; 22: 257-260.
13. Tung HH., Pan GZ., Chen MK. et al. Survey on use of antimicrobial agents and bacterial resistance in Huashan Hospital. *Chin Med J* 1991, 104: 402-408.
14. Gentry LO. Bacterial resistance. *Orthop Clin North Am* 1991; 22: 379-388.
15. Speller DC. The clinical impact of antibiotic resistance. *J Antimicrob Chemother* 1988, 22: 583-586.
16. Gómez J., Martínez Ros C., Baños V., Sempere M., García-Stañ J. Valdés M. Perspectivas actuales del tratamiento de las septicemias. *Rev Esp Quimioterap* 1991; 4: 115-120.
17. Gómez J., García Nieto MAJ., García Giménez C. et al. Epidemiología de las infecciones y uso de antibióticos en un servicio de Medicina Interna. Estudio Prospectivo. *Rev Esp Microbiol Clin* 1991; 6: 218-222.
18. O'Hanley P., Redondi L., Coleman R. Efficacy and costeffectiveness of antibiotic monitoring at a Veterans Administration Hospital. *Chemotherapy* 1991; 37 (supl. 3): 22-25.
19. Drusano GL. Human pharmacodynamics of betalactams, aminoglycosides and their combination. *Scand J Infect Dis* 1990; 74: 235-24.
20. Cars O. Pharmacokinetics of antibiotics in tissues and tissues fluids: A review. *Scand J Infect Dis* 1991, 74: 23-33.
21. Mattie H. A predictive parameter of antibacterial efficacy *in vivo*. based on efficacy *in vitro* and pharmacokinetics. *Scand J Infect Dis* 1991; 74: 133-136.
22. Schentag JJ. Correlation of pharmacokinetics parameters to efficacy of antibiotics: Relationships between serum concentration, MIC values, and bacterial eradication in patients with Gram negative Pneumonia. *Scand J Infect Dis* 1991; 74 (supl.): 218-234.
23. Carbon C. Significance of tissue levels for prediction of antibiotic efficacy and determination of dosage. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1990; 9: 510-516.
24. Dalhoff A., Ullman U. Correlation between pharmacokinetics, pharmacodynamics, and efficacy of antibacterial agents in animal models. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1990; 9: 479-487.
25. Gómez J., Palazón D., Baños V. et al. Nuevas perspectivas de las cefalosporinas y su uso en la clínica práctica. *Farmacoterapia* 1991; 8: 86-94.
26. Kirst HA., Sides GD. New directions for macrolide antibiotics: pharmacokinetics and clinical efficacy. *Antimicrob Agents Chem ther* 1989; 33: 1.419-1.422.
27. Neu HC. Chemical evolution of the nuoroquinolone antimicrobial agents. *Am J Med* 1989, 29 (Supl. 6C): 2S-9S.

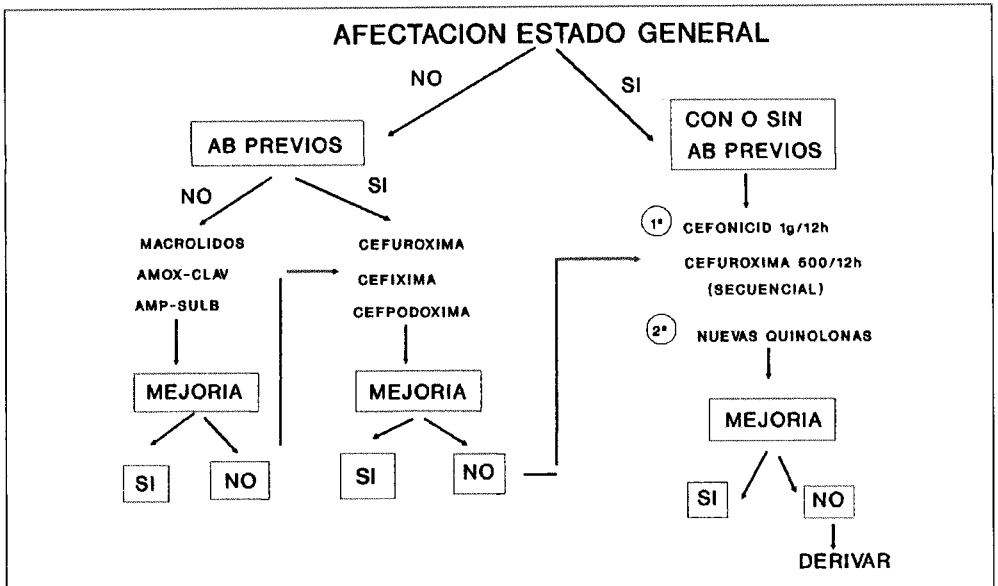
28. Tulkens PM. Efficacy and safety of aminoglycosides once-a-day: Experimental and clinical data. *Scand J Infect Dis* 1991;74(Suppl.): 249-257.
29. Norby SR. Efficacy and safety of antibiotic treatment in relation to treatment time. *Scand J Infect Dis* 1991; 74: 262-269.
30. Carlson JA. Antimicrobial formulary management: meeting the challenge in a health maintenance organization. *Pharmacotherapy* 1991; 11 (1-pts-2): 32S-35S.
31. Milatovic D., Bra-eny I. Development of resistance during antibiotic therapy. *Eur J Clin Microbiol* 1987; 6: 234-244.
32. Pechere JC. Resistance to the third generation cephalosporins: The current situation. *Infection* 1989; 17: 333-337.
33. Neu HC. The emergence of bacterial resistance and its influence on empiric therapy. *Rev Infect Dis* 1983; 5 (Supl.): S9-S20.
34. Knothe H. Antibiotic usage for initial empirical treatment of infections in hospitalized patients in West Germany *Infection* 1991; 19: 127-130.
35. Koeller JM. Rational use of antibiotics in the critically ill patients. *DICP* 1990; 24 (11 supl.): S17-S19.
36. Braber H. Rational antibacterial therapy: new drugs, changing concepts. *Ther Hung* 1990, 38: 95-105.
37. Bush LM., Levison ME. Antibiotic selection and pharmacokinetics in the critical ill. *Crit Care Clin* 1988 4: 299-324.
38. Gudmundsson S., Erlendsdottir H., Gottfredsson M., Gudmundsson A. The post-antibiotic effect induced by antimicrobial combination. *Scand J Infect Dis* 1991; 74: 80-93.
39. Isaksson B., Hanberger H., Maller R., Nilsson LE., Nilsson M. The postantibiotic effect of amikacin alone and in combination with piperacillin on Gram-negative bacteria. *Scand J Infect Dis* 1991; 74: 129-132.
40. Blaser J. Interactions of antimicrobial combinations *in vitro*: The relativity of synergism. *Scand J Infect Dis* 1991; 74: 71-79.
41. Kuck NA., Jacobus NV., Petersen PJ., Weiss WJ., Testa RT. Comparative *in vitro* and *in vivo* activities of piperacillin combined with the B-lactamase inhibitors tazobactam, clavulanic acid, and sulbactam. *Antimicrob Agents Chemother* 1989; 33: 1.964-1.969.
42. Gómez J., Hernández Cardona JL., Baños V. et al. Perspectivas actuales en el tratamiento de las infecciones urinarias. *Farmacoterapia* 1991; 8: 22-28.
43. Bump RC. Urinary tract infections in women. Current role of single-dose therapy. *J Reprod Med* 1990; 35: 785-791.
44. Gómez J. Fosfomicina y Polimixinas. *Antibióticos en Medicina*. Barcelona: Doyma (en prensa).
45. Tzias V., Dontas S., Petrikos G., Papapetropoulos M., Dracopoulos J., Giamarellou H. Three-day antibiotics therapy in bacteriuria of old age. *J Antimicrob Chemother* 1990, 26: 705-711.
46. Eliopoulos GM., Moellering RC. Principles of antibiotic therapy. *Med Clin North Am* 1982, 66: 3-15.
47. Grasela TH Jr., Welage LS., Walawander CA. et al. A nationwide survey of

- antibiotic prescribing pattern ad clinical outcomes in patients with bacterial pneumonia. DICP 1990, 24 1.220-1.225.
48. Gómez J., Ruiz Gómez J., Sánchez Gascón F., Lorenzo Cruz M., Cano A. Perspectivas actuales en el tratamiento de las infecciones respiratorias 11. Farmacoterapia 1989; 6: 130-136.
 49. Gómez J., Ruiz Gómez J. Sánchez Gascón F. Perspectivas actuales en el tratamiento de las infecciones respiratorias. 1. Farmacoterapia 1988, 5: 262-267.
 50. Gómez J., Hernández Cardona JL., Sánchez Gascón F., Ruiz Gómez J., Hernández Martínez T., Villaescusa M. Papel y significación de los nuevos antibióticos en el contexto actual de la terapéutica antimicrobiana. Farmacoterapia 1989; 6: 95-102.
 51. Neu HC. Therapy and Prophylaxis of bacterial infections. En: Wilson JD., Braunwald E., Isselbacher KK., Petersdorf RG., Martin JB., Fauci AS., Root RK., eds. Principles of Internal Medicine, 12a ed. Nueva York: McGraw-Hill, 1991; 478-493.

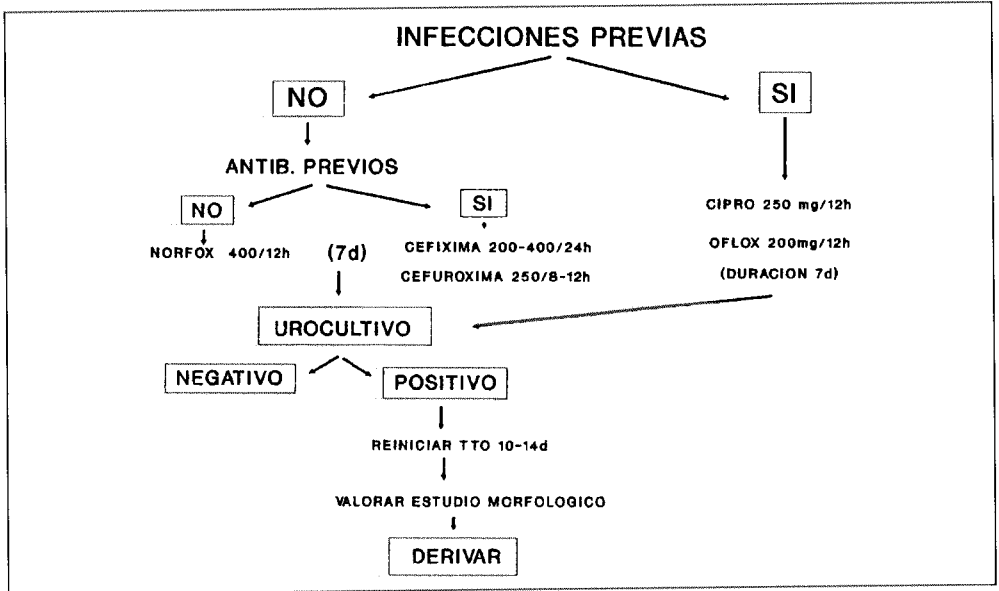
CUADRO 4
AMIGADALITIS PULTACEA



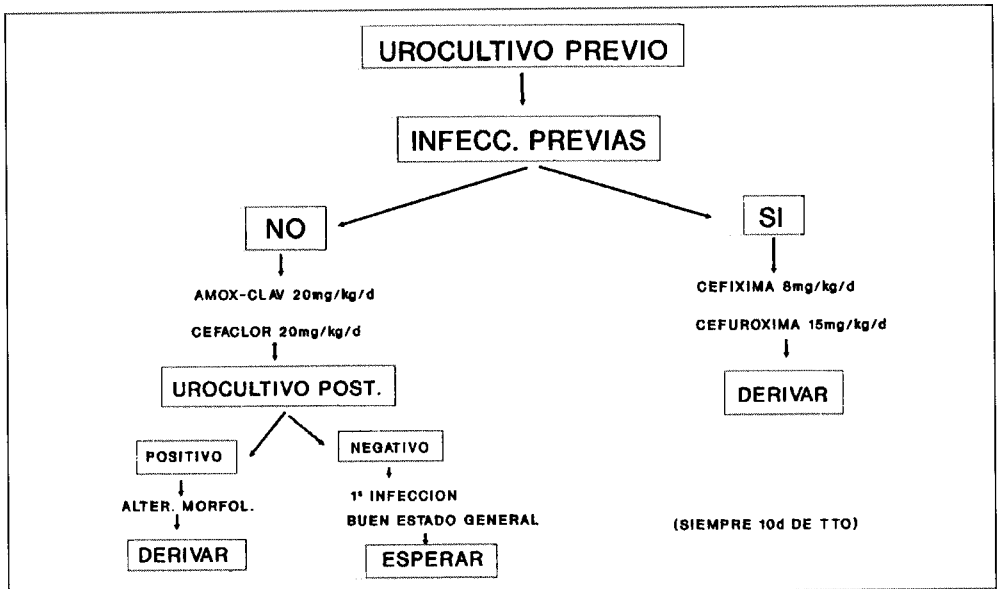
CUADRO 5
EXACERBACIÓN EPOC



CUADRO 8
INFECCIÓN URINARIA. ANCIANOS



CUADRO 9
INFECCIÓN URINARIA. NIÑOS



6. VALOR DE LA PROTOCOLIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN EL CENTRO DE SALUD

M. C. Gómez Gotor

Introducción

Las enfermedades infecciosas son responsables del 20 % de todos los problemas agudos y crónicos que se ven en enfermos no hospitalizados. Es erróneo considerar, que asistimos a su desaparición, cuando realmente lo que está ocurriendo es un cambio en su espectro. En las últimas décadas han aparecido infecciones relacionadas con la prolongación de la supervivencia de muchas enfermedades y con el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas, aunque el hecho más importante de los últimos años ha sido la aparición del SIDA (1).

La patología infecciosa y sobre todo la respiratoria es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria (AP).

El tratamiento antibiótico constituye el avance más importante de la terapéutica de todos los tiempos, ya que se trata de un tratamiento etiológico de alta y comprobada eficacia (2).

Los antibióticos tanto en AP como en los hospitales, se usan en exceso, unas veces en tratamientos inadecuados y otras ni siquiera están indicados. Recordemos la alta incidencia de tratamientos antibióticos en infecciones respiratorias víricas (3-4).

Este uso indiscriminado del tratamiento antibiótico lleva consigo un aumento de los efectos secundarios y de la toxicidad de los propios fármacos así como un aumento de las resistencias bacterianas, además de un costo excesivo e innecesario.

Consumo de antibióticos en la Comunidad Autónoma de Murcia 1992

Del subgrupo JO1 (antibióticos sistémicos), se han consumido en 1992, 1.735.836 envases por un costo de 1.891.357.000 ptas., lo que supone el 11.67 % del total de envases de especialidades y el 11.97% del costo total de especialidades.

Los antibióticos más utilizados han sido:

	Nº envases	% envases	costo/miles	% costo
Penicilinas	678.182	4.56	381.284	2.41
Cefalospor	317.872	2.13	591.269	3.74
Macrolidos	253.982	1.70	427.780	2.70

Hay que destacar que de los antibióticos en asociación (grupo JO1K) se han consumido 346.399 envases, lo que supone un 2.33 % del total de envases, con un costo de 378.971.000 ptas., lo que supone un 2.39 % del total (5).

Creo que el problema ha quedado suficientemente planteado y la solución no es única, hay que insistir en: la formación continuada de los facultativos, la realización de protocolos, creación de comisiones de política antibiótica en AP, etc. (6-7).

La protocolización, podría ser el punto de partida que arrastraría consigo los otros aspectos.

Concepto de protocolo

Se define como un protocolo (dentro de las muchas definiciones que existen en la literatura), «una construcción ordenada sobre un tema específico que permite definir una pauta de actuación unificada y consensuada entre los profesionales que van a utilizarla, sencilla y eficiente, que crea un formato de registro de datos que permite evaluar su aplicación y resultados con objeto de mejorar la calidad asistencial (8-9).»

El protocolo ayudaría a la toma de decisiones que a diario nos enfrentamos los profesionales, utilizando sin saberlo un sistema de probabilidades. Por otra parte serviría para unificar criterios acerca de cual es el mejor tratamiento antibiótico ante una determinada patología.

Ventajas del protocolo

- No asegura un estándar mínimo de calidad asistencial, ya que racionaliza las pautas terapéutica.
- Mejora la eficiencia, puesto que racionaliza los recursos.
- Introduce elementos de control de calidad: registro, criterios y evaluación.
- Favorece la investigación.
- Facilita la dolencia.

Inconvenientes de un protocolo

- No puede reflejar todas las situaciones clínicas.
- Enlentece la actividad asistencial.
- Produce aumento de la burocracia.
- Deben ser actualizados periódicamente, puesto que son instrumentos de trabajo.
- Pueden llegar a ser muy complejos y como consecuencia poco prácticos.

El protocolo es una estructura metodológica, con una rigidez relativa que no pretende estrangular la capacidad del clínico para utilizar la información recogida. Su sentido es mejorar la calidad asistencial y no crear callejones sin salida, al contrario, pretende ser un instrumento de trabajo que facilite la toma de decisiones en nuestra práctica diaria.

Conocido el problema y examinadas las características de la protocolización, parece claro que un protocolo terapéutico sobre el uso de antibióticos, mejoraría notablemente su utilización.

Criterios de inclusión

Enfermos de nuestra consulta diaria, con sospecha clínica de enfermedad bacteriana y en los que el profesional considera necesario el uso de un antibiótico.

El protocolo se pone en marcha, en el momento que tomamos de decisión de utilizar estos fármacos.

Criterios de actuación

Las pautas terapéuticas que hemos utilizado, están basadas fundamentalmente en las BASES PARA EL USO RAZONADO DEL ANTIBIÓTICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA del Dr. Gómez Gómez (10).

Una vez tomada la decisión de que el enfermo es susceptible de tratamiento antibiótico, debemos considerar tres aspectos fundamentales para apoyar nuestra elección.

1. *Situación clínica*: Edad del enfermo, existencia o no de alergias medicamentosas, presencia de patología de base (EPOC, DM, etilismo, etc.), situación actual del enfermo (afectación del estado general, tolerancia oral, etc.) y existencia de antibióticos previos (< de 6 semanas).

2. *Aspectos microbiológicos*: Mapa microbiológico de la zona, análisis de sensibilidades y resistencias para los antibióticos más utilizados (11-12).

3. *Aspectos farmacológicos*: Conocimiento exacto del antibiótico utilizado, absorción, biodisponibilidad, capacidad de difusión a tejidos, concentración plasmática, vida media, etc.

Consideraciones a tener en cuenta antes de iniciar un tratamiento antibiótico:

- No usar antibióticos de amplio espectro en infecciones leves.
- No usar antibióticos como profilaxis de forma rutinaria.
- No utilizar combinaciones de antibióticos en AP.
- No usar antibióticos con mala difusión tisular (aminoglucósidos en pulmón).
- No utilizar antibióticos tóxicos en pacientes de riesgo.
- No utilizar intervalos largos con antibióticos de intervalos corto-medio.
- No usar antibióticos en enfermos con buen estado general y diagnóstico incierto de enfermedad bacteriana.
- No utilizar antibióticos en procesos catarrales de vías altas.
- No utilizar antibióticos de poca actividad frente a los gérmenes habituales de nuestra zona.

Pautas terapéuticas (10 - 12)

Sinusitis y otitis agudas (cuadros 1 y 2).

Sinusitis y otitis crónicas (cuadro 3).

Amigdalitis pultáceas (cuadro 4).

Exacerbación de la EPOC (cuadro 5).

Neumonías extrahospitalarias (cuadro 6).

Infecciones urinarias (cuadro 7).

Infecciones urinarias en ancianos (cuadro 8).

Infecciones urinarias en niños (cuadro 9).

Infecciones urinarias en embarazo (cuadro 10).

Pielonefritis (cuadro 11).

Registro

Monitorizar cada cuadro clínico tratado con antibióticos, consideramos que es bastante farragoso e inoperante.

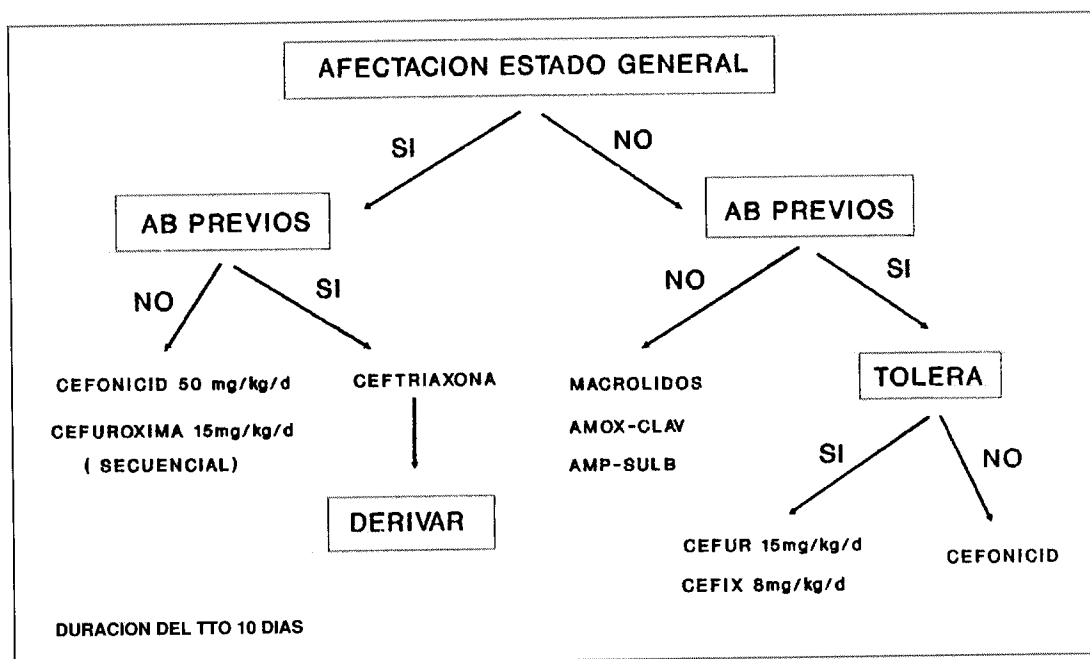
Proponemos introducir una hoja de registro en cada historia clínica donde se puedan recoger varios episodios, esta hoja se renovarí cada vez que se realice una evaluación (1-2 años).

La historia clínica se identificará en la carátula, para así hacer más fácil la recogida de la muestra.

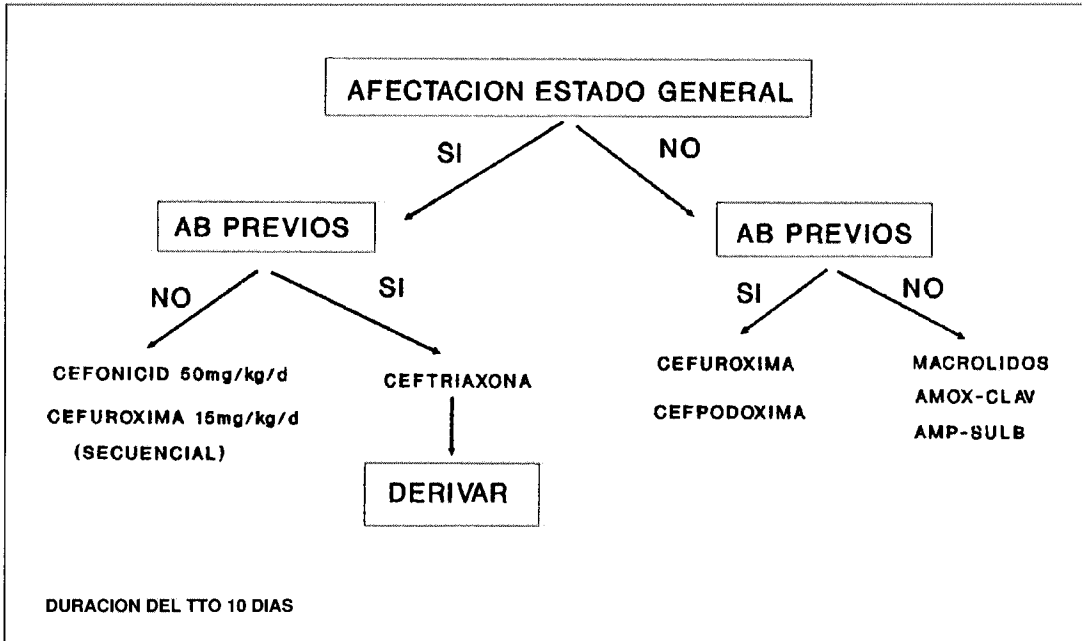
En la hoja de registro se recogerán: nombre y apellidos del enfermo, número de historia clínica, fecha del episodio, diagnóstico, estado general, enfermedad de base, antibiótico previos, alergias, antibiótico utilizado, dosis, duración y observaciones.

Es absolutamente necesario que exista en cada centro un profesional responsable de modificar y actualizar el protocolo, así como de organizar comisiones de estudio coordinados con otros centros para establecer una política antibiótica en AP.

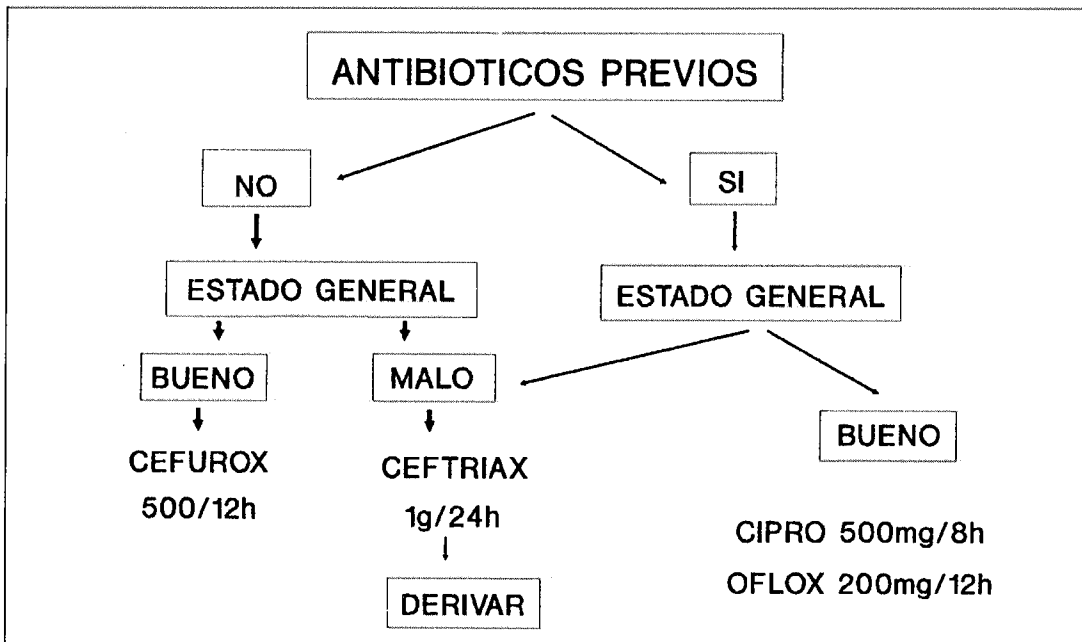
CUADRO 1
SINUSITIS Y OTITIS AGUDAS. MENORES DE 12 AÑOS



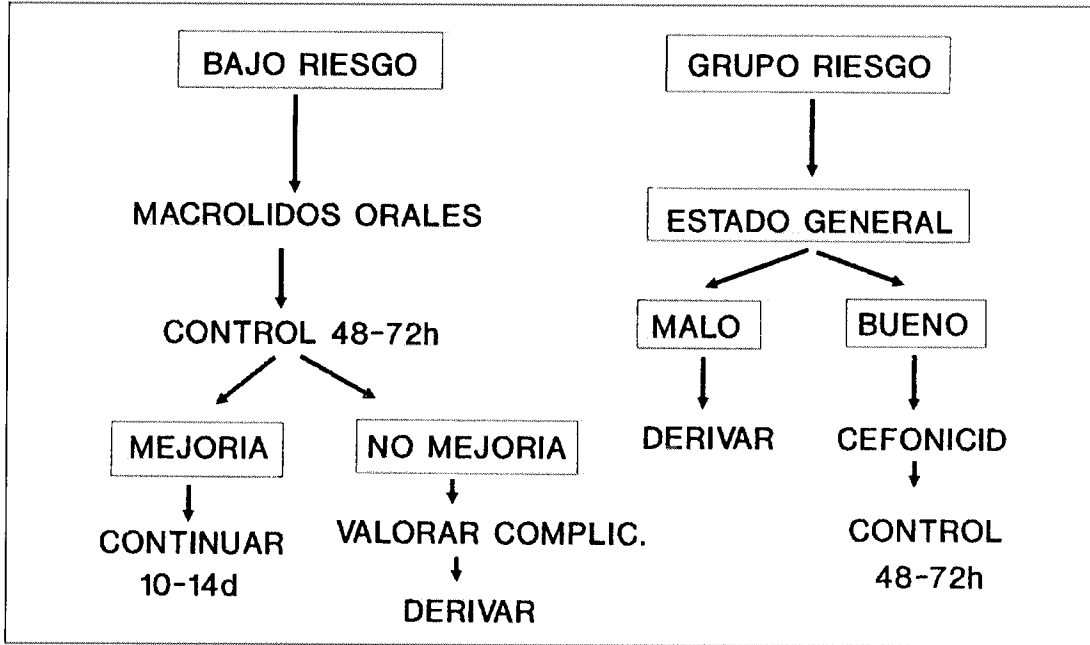
CUADRO 2
SINUSITIS Y OTITIS AGUDAS. MAYORES DE 12 AÑOS



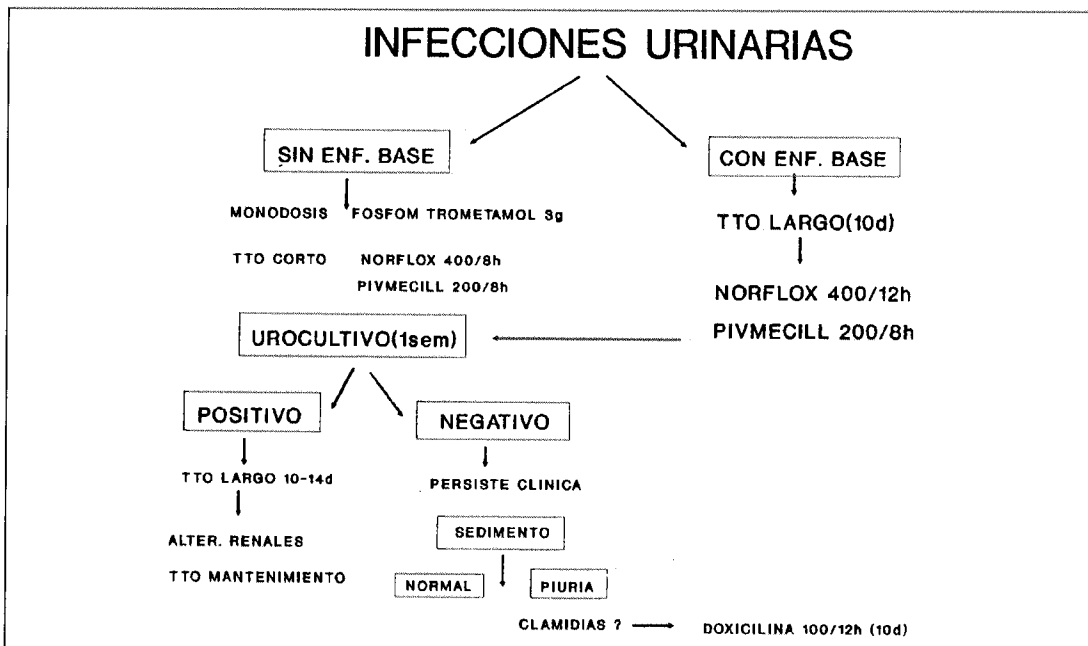
CUADRO 3
SINUSITIS Y OTITIS CRÓNICA



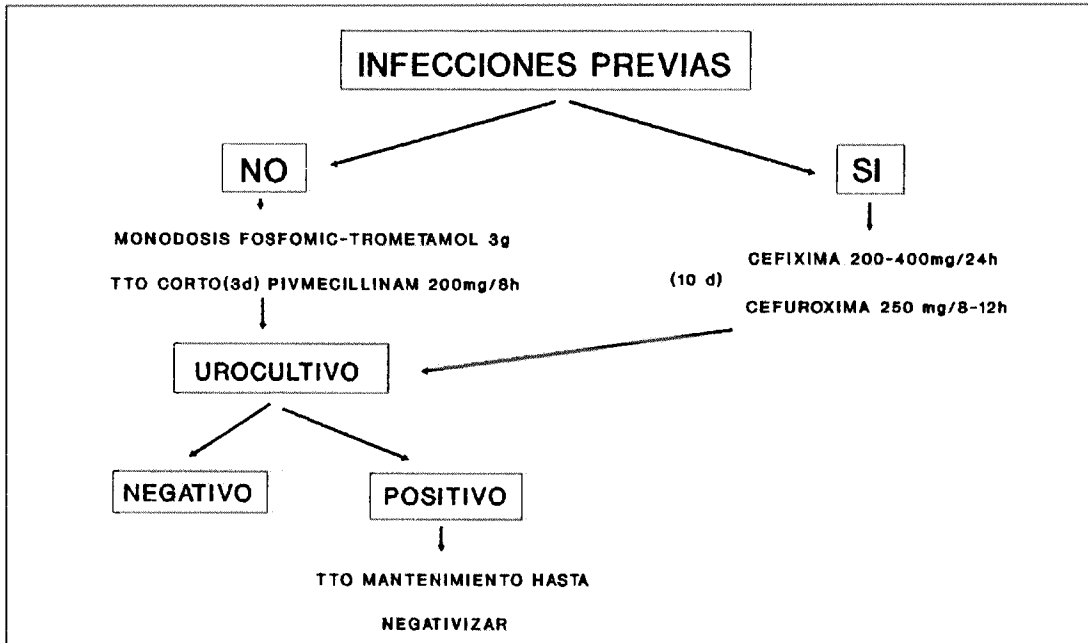
CUADRO 6
NEUMONÍAS EXTRAHOSPITALARIAS



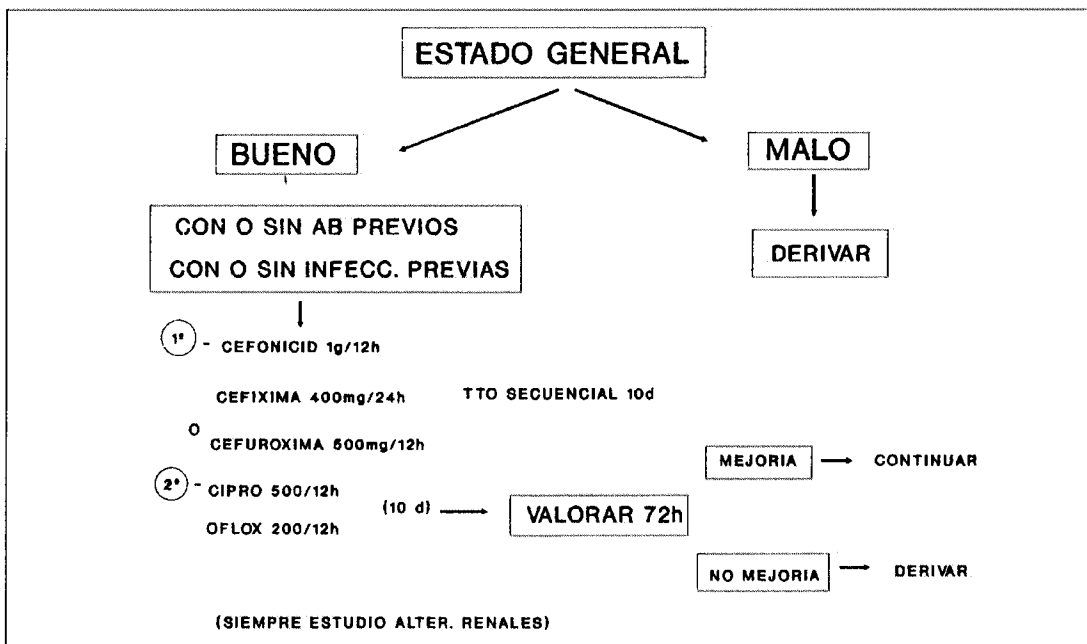
CUADRO 7
INFECCIONES URINARIAS



CUADRO 10
INFECCIÓN URINARIA. EMBARAZO



CUADRO 11
PIELONEFRITIS



BIBLIOGRAFÍA

1. Buzón L. Aspectos clínicos generales de las enfermedades infecciosas, en: Perea E. Enfermedades infecciosas. Barcelona: Doymna, 1991. 70-75.
2. Gómez J. Actualización del uso razonado de antibióticos en la práctica clínica. *Farmacoterapia*. 1990; 7: 7-23.
3. Gómez J. Bases, significación actual y funciones de los comites de infecciones y de antibioticoterapia en los hospitales generales. *Medicina Clínica*. 1988; 88: 693-695.
4. Carton J. A. et al. tendencias registradas en el empleo de antimicrobianos en un hospital español entre 1986-1991. *Medicina Clínica*. 1993; 100: 761-765.
5. Consumo de antibióticos en la Comunidad Autónoma de Murcia en 1992. *Insalud*. Murcia. Datos sin publicar.
6. Font M., Madrilejos R. et al. Mejorar la prescripción de fármacos en atención primaria: Un estado controlado y aleatorio sobre un método educativo. *Medicina Clínica*. 1991; 96: 201-205.
7. Casado I. Intervención para mejorar la calidad de prescripción de antibióticos en un área básica de salud. *Atención Primaria*. 1993; 11: 37-39.
8. Guarda A., Marquet R. Protocolización de actividades, en: Martín Zurro A., Cano Pérez J. F. *Manual de Atención Primaria*. 2ª Ed. Barcelona: Doyma, 1989. 268-283.
9. Saura Llamas J. Protocolos y protocolización. Documento mimeografiado. Murcia 1990.
10. Gómez J. et al. Bases clínicas de la antibioticoterapia. *Farmacoterapia*. 1989; 6:248-255.
11. Gómez J. et al. Antibióticos y EPOC: situación actual y nuevas estrategias. 1994. En prensa.
12. Gómez J. et al. Bases del uso de antibióticos en las infecciones urinarias. *Farmacoterapia*. 1993; 10:78-86.
13. Gómez J., Parra A. Optimización de la terapéutica antimicrobiana: una aproximación multidireccional. *Medicina Clínica*. 1989; 93: 786-789.
14. Valencia ME et al. Uso clínico de los antibacterianos de forma empírica: actualización y consideraciones prácticas. *Farmacoterapia*. 1992; 9: 303-310.
15. Mozota Duarte J. Nuevos antibióticos y atención primaria. *Atención Primaria*. 1992; 10: 621-624.
16. Jaén Díaz J. et al. Control de calidad de la asistencia prestada en las infecciones urinarias. *Atención Primaria*. 1992; 10:883-887.
17. Gómez J. et al. Bases del uso antibióticos en las infecciones respiratorias de la comunidad. *Farmacoterapia*. 1992; 9: 386-393.
18. Gutiérrez Rodero F. et al. Neumonías, en: Gutiérrez Rodero F. y García Díaz J. de D. *Manual de Diagnóstico y terapéutica médica*. 2ª ed. Madrid: Servicio de publicaciones 12 de octubre, 1990. 281-291.
19. Vinyes-Miralpeix i Gasso A. Infecciones urinaria. Sensibilidad extrahospitalaria a los antibióticos en la provincial de Girona. *Atención Primaria*. 1992; 10: 534-538.

Mesa Redonda:

ASPECTOS SOBRE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA

Autores:

Juan E. Pereñíguez Barranco

Especialista en MF y C, Coordinador de los EAP, área IV,V y VI de la Gerencia de AP de Murcia y Coordinador de esta Mesa Redonda.

Rosario Cobo González

Enfermera y Coordinadora del EAP de Cartagena Oeste.

Amor Gea Serrano

Trabajadora Social del Centro de Salud de Jumilla.

Fuensanta Sánchez Sánchez

Especialista en M.F. y C. y Técnico de Salud de la UD de MF y C de Murcia.

Ángel L. García González

Médico y Técnico de Gerencia de AP de Cartagena.

Enrique Ortín Ortín

Especialista en MF y C del Centro de Salud de Ceutí.

AGRADECIMIENTOS

José García Ruiz

Alumno Interno de la Cátedra de Economía Aplicada, Universidad de Murcia.

Fuensanta M^a Castillo García

Unidad de Informática de la Gerencia de AP de Murcia.

INTRODUCCIÓN

En primer lugar, debo agradecer al comité organizador y especialmente a su presidente, el terrible riesgo que ha corrido al encargarnos esta ponencia y depositar una gran confianza en unos profesionales de a pie, que tienen como único mérito su inmenso amor a todo lo que ha supuesto y supone la ATENCIÓN PRIMARIA y concretamente, los Equipos de Atención Primaria (E.A.P.).

Agradecer, como no, a mis compañeros de mesa, el trabajo realizado, el esfuerzo que han tenido que realizar y la satisfacción que me produce el espíritu de diálogo y colaboración que a lo largo de estos meses han mostrado. Os lo agradezco profundamente.

Debo a continuación presentarlos. Se trata de:

- **Doña Charo Cobo.** Enfermera y coordinadora del EAP de Barrio Peral de Cartagena, maestra de enfermería en los equipos a los que ha pertenecido, organizadora nata y sobre todo y a lo largo de los años, *amiga*.
- **Doña Amor Gea.** Trabajadora Social del Centro de Salud de Jumilla, inquieta, seria y reflexiva, un auténtico descubrimiento y que pone sobre la mesa, el trabajo en equipo como aportación fundamental a la ATENCIÓN PRIMARIA. Mi reconocimiento como Trabajadora Social y como componente de esta mesa.
- **Doña Fuensanta Sánchez.** Especialista en medicina familiar y comunitaria y técnico de salud de la Unidad Docente de medicina familiar y comunitaria de Murcia, que durante muchos años fue y es nuestra musa.
- **Don Ángel L. García.** Médico, técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Cartagena, por su aportación callada pero eficaz.
- Por último, el **Dr. D. Enrique Ortín.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria, que desarrolla su labor en el Centro de Salud de Cieza, si se me permite, alma de este trabajo. Gracias por tus orientaciones, por tus discrepancias y por tu poesía, a veces críptica en el abordaje de esta mesa y que sólo la profunda reflexión, hace ver la hermosa luz de tu imaginación.

La ponencia gira sobre tres ejes fundamentales que son:

- a. Análisis histórico de la Atención Primaria en la Región de Murcia.
- b. Búsqueda de metas y objetivos del Sistema de Salud y de los E.A.P.
- c. Aportaciones a la organización y el funcionamiento de nuestros E.A.P.

Por último, la elaboración de una encuesta, dirigida a todos los estamentos de los E.A.P., refrenda la mayoría de las afirmaciones que se efectúan en este trabajo.

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA

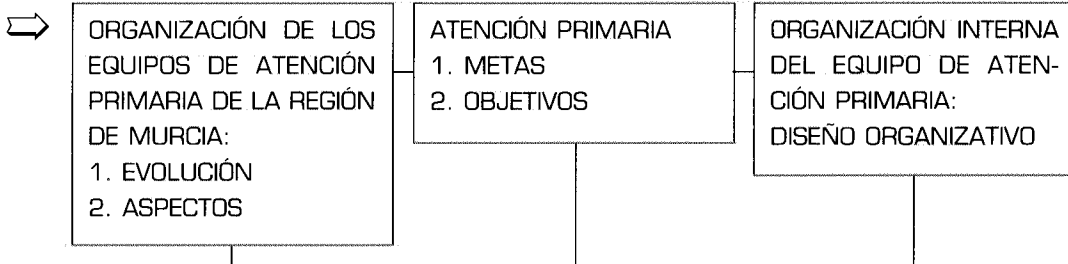
Como refiere el título de esta mesa redonda, hacer un análisis de la organización y funcionamiento de los E.A.P. no es tarea fácil en tan breve espacio de tiempo.

Desde el Real Decreto 137/84 vemos que se han vertido grandes caudales de tinta hablando unos de lo bueno del modelo y otros de la catástrofe que se avecina (1).

Comentar constantemente que la Atención Primaria está en crisis es un desconocimiento de la propia Atención Primaria y de la múltiple bibliografía que asevera lo contrario, sirvanos de ejemplo el propio informe «Abril Martorel».

PONENCIA:
**ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
 EN LA REGIÓN DE MURCIA**

⇒ INTRODUCCIÓN



⇒ RESUMEN

No es malo que nos analicen, pero aún es mejor que nos analicemos, porque disponiendo de buena información y suficientes conocimientos, encontraremos argumentos para rechazar críticas infundadas y especialmente podremos dar solución a las múltiples disfunciones que detectamos.

Es necesario para poder analizar estas disfunciones en los E.A.P. retrotraernos al punto de partida y analizar «DE DÓNDE VENIMOS».

El cambio de gobierno del año 82 propicia lo que posteriormente se denominó Reforma Sanitaria, avalada inicialmente por un grupo minoritario de profesionales que reclamaban entre otras cosas:

*«UN SERVICIO SANITARIO DE CARÁCTER UNIVERSAL.
 PROFESIONALIZACIÓN DE LA GESTIÓN.
 VINCULACIÓN EXCLUSIVA AL SISTEMA SANITARIO MEDIANTE RETRIBUCIÓN SALARIAL.
 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.» (2)*

Esta reforma genera pugna entre los agentes que influyen sobre el sistema sanitario que queda reflejada en la Ley General de Sanidad (3). Tanto por el tiempo que tarda en aprobarse, como por su ambigüedad, pese a todo si nos ofrece un horizonte que sirve como referencia, para las sucesivas reformas del sistema sanitario y de ellas la que nos ocupa que es la de Atención Primaria.

Uno de los pilares básicos de la reforma de la A.P. es la creación de los E.A.P.

Se inicia su funcionamiento en 1985, siendo la Región de Murcia pionera con quince E.A.P.

El cuatrienio 1986 y 1989 es un período expansivo, donde llama la atención el poco interés que se presta a los resultados y obedece más a una política de crecimiento, que consolide el nuevo modelo (4).

ASPECTOS NEGATIVOS CON LOS QUE SE INICIAN LOS E.A.P.

— Déficit estructurales:

Los E.A.P. se instalan en viejos ambulatorios, la mayoría de las veces, recursos insuficientes y escasez de equipamiento (5).

— Humanos:

Profesionales que veían el sistema negativamente o estaban en contra. Profesionales motivados, pero sin la formación adecuada.

— Gestión:

No hay directrices claras, objetivos cambiantes, poco interés por el cómo y mucho por el cuánto, escasez de profesionales gestores.

En el año 1989 el 58% del E.A.P. sólo tenía acreditado un programa de salud y entre los acreditados y no acreditados algo menos de dos programas (6).

No hay prácticamente participación ciudadana y las actividades promoción y prevención son escasas.

La explicación de este fracaso relativo de la A.P.S. puede ser, que en una primera fase, sea necesario captar a la población mediante una asistencia médica correcta (los tiempos por consulta médica han aumentado) para posteriormente desarrollar las otras actividades (7).

A pesar de todos estos aspectos negativos con que comienzan a funcionar los equipos, es un hecho evidente que el modelo está consolidado hacia 1989-1990, gracias al esfuerzo de un puñado de profesionales entusiastas, que muchas veces mediante el voluntarismo, fueron haciendo actividades propias del nuevo modelo y consiguieron que la población se fuera identificando y aceptando como más satisfactoria la atención prestada en los E.A.P.

Pero una vez consolidado el modelo de A.P.S., surge la llamada «Crisis de la Reforma» y que subjetivamente puede pensarse que esos profesionales que han desarrollado el modelo se han «quemado», porque no ven cumplidas sus expectativas (8).

Analicemos esas expectativas y veamos porque no se han cumplido.

Cuando los profesionales llegan a los E.A.P., el nuevo modelo les ofrece unas alternativas en cuanto a su forma de trabajo mediante:

- TRABAJO EN EQUIPO.
- TRABAJO POR PROGRAMAS.
- TRABAJO POR OBJETIVOS.
- FORMACIÓN CONTINUADA.
- INVESTIGACIÓN.
- ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA.
- CARRERA PROFESIONAL.
- INCENTIVACIÓN SALARIAL.
- PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

El concepto de trabajo en equipo muchas veces se ha quedado en eso, en «un concepto», quizás porque los profesionales no estaban lo suficientemente preparados, no ha habido comunicación o ha fallado la figura del coordinador, como un líder que sepa aglutinar a todos los profesionales.

En cuanto al trabajo por programas, la literatura científica muestra la inoperancia de los grandes programas, según la concepción clásica (9).

No todos los profesionales conocen la metodología de su elaboración. Es un gasto de personal habitualmente fuera del horario laboral y sin reconocimiento alguno.

En cuanto al trabajo por objetivos, son los objetivos de los A.P.S. los que más ha cambiado a lo largo de estos diez años, hemos pasado de trabajos por programas donde sólo se evaluaba el cuánto sin ningún criterio de calidad, a la cartera de servicios, ésta ya con unos criterios de coste-efectividad que supone un paso cualitativo muy importante (10).

La formación continuada, «uno de los pilares básicos del buen funcionamiento de los equipos», ya que para muchos profesionales es un elemento incentivador y para otros es necesaria por la carencia de conocimientos con que llegaron al E.A.P. No siempre ha respondido a las expectativas de los profesionales, unas veces porque hay que realizarla fuera de la jornada laboral y otra porque representa un coste económico para quien la recibe.

En cuanto a la investigación, son muy pocos los profesionales que están preparados para hacer un trabajo de investigación, analítico o experimental. Hasta ahora lo poco que se ha hecho no deja de ser meramente descriptivo; el fallo radica en la administración, que no ha marcado claras líneas de investigación ni ha incentivado esta actividad.

En cuanto a la especialidad de Enfermería de A.P., son quizás estos profesionales, los que con más ilusión llegaron a la A.P. por el cambio tan sustancial que representaba en su forma de trabajo, hasta el momento meramente técnico-asistencial, a pasar a ser agentes de salud, prestadores de cuidados y de educación para la salud, pero esto se puede quedar en letra escrita si no se dota a los profesionales de la preparación adecuada, para poder desarrollar estas actividades y para ello sería necesario la especialidad de Enfermería en A.P. o Enfermería Comunitaria.

Atendiendo a la carrera profesional, la profesionalización de la gestión, es una de las asignaturas pendientes de las A.P.S., los profesionales comprometidos en su inicio con la reforma, fueron ocupando los puestos claves de la gestión (tecnestructura) con lo cuál, dentro de los E.A.P., quedaron pocos profesionales capacitados para la gestión, ya que tanto en la Universidad, como en las Escuelas Universitarias la preparación y la formación es eminentemente clínica, para nada se nos ha hablado de cómo tomar decisiones sanitarias, ni cómo se han de utilizar los recursos dependiendo de las necesidades de la población, esto se contrapone a lo que realmente debería de ser, ya que al conocer los profesionales cuales son las necesidades de su población, serían ellos, los que adecuando la utilización de los recursos económicos, pueden optimizar el gasto sanitario (11). «Pensamos que las cosas deben de cambiar si queremos que vayan mejor».

La incentivación salarial, ha pasado por la tan traída y llevada productividad variable, hasta el pago capitativo, es quizás más justa esta forma de retribución variable, pero puede tener efectos perversos y no siempre mide la calidad ni la capacidad profesional, sino que sea mejor aceptado por la población. Esto en lo referente al facultativo, pero a nivel de enfermería el modelo no está perfeccionado ya que el paciente puede elegir médico pero no enfermero/a, si enfermería sigue

funcionando por cupos médicos puede llegar a plantearse un agravio comparativo.

Participación comunitaria: La ambigüedad de la Ley General de Sanidad en el aspecto de la participación comunitaria, ha impedido que se desarrolle, porque no ha establecido los mecanismos necesarios para su implantación.

Para los profesionales, es muchas veces algo alejado de la práctica cotidiana de la atención sanitaria y desprovista de una dimensión técnica (12). Pero muchas veces, esto encubre el miedo que tenemos a enfrentarnos sin la experiencia y la preparación necesaria, a una población a la que vemos como controladores de los profesionales o con intereses confrontados.

A finales de 1990, siete comunidades tenían reglamentados los consejos de salud de la zona básica, en otras siete sólo se contempla el Consejo Autonómico y el Área de Salud. En el resto no existe legislación (13). Siendo la Región de Murcia una de las que más equipos tienen con Consejo de Salud constituido, en la mayoría de los casos estos tienen poca o ninguna participación.

Hecho este repaso histórico de la implantación del modelo en nuestra comunidad, hemos creído oportuno conocer la realidad en el presente. Para ello hemos utilizado una encuesta semiestructurada, dirigida a los coordinadores de los 44 E.A.P. de nuestra región, en un sobre con tres copias de la misma para ser cumplimentadas por los miembros de los E.A.P.

Se pedía fueran remitidas a una de las tres direcciones que se indicaban en la carta, un Centro de Salud, la Unidad Docente de M.F. y C. y una gerencia.

La encuesta se compone de 4 grandes bloques, que analizan los aspectos de: organización del E.A.P., motivación, satisfacción e incentivación.

Cada uno de los apartados se divide en 4 ítems que recogen diversos aspectos del bloque al que pertenecen (realiza un organigrama de tu E.A.P., si existen diferencias de motivación entre los miembros del E.A.P., de qué crees que depende, y cuál es tu grado de satisfacción, motivación e incentivación). (Anexo I)

RESULTADOS

De los 44 equipos que consultamos, han contestado 23, la mayoría sin identificarse y han remitido la encuesta: 11 a un Centro de Salud, 10 a la Unidad Docente de M.F. y C. y 2 a la gerencia.

En sólo 7 equipos han cumplimentado la encuesta los 3 estamentos (médico, enfermería y personal de apoyo), el resto se ha presentado de un modo muy heterogéneo.

Aunque la globalidad de la encuesta, es una imagen especular de los centros, encontrándonos con 27 encuestas de médicos, 30 encuestas de enfermería y 12 de personal de apoyo.

RESULTADOS POR VARIABLES

1. Organización de los equipos

La mayoría de los encuestados, saben a quien dirigirse para la resolución de

problemas y son capaces de diseñar un organigrama funcional. No en todos los equipos existe un reglamento de régimen interno, en aquellos que lo poseen, la mayoría, manifiestan que se cumple pero que no se actualiza periódicamente.

2. Motivación

Un elevado porcentaje de los encuestados reconoce que existen diferencias entre los miembros del equipo en los aspectos de motivación. Señalando como primer motivo causas personales y como segundo aspectos formativos.

El mantenimiento de la motivación en el trabajo depende, según los encuestados, del buen funcionamiento del equipo (buena organización, buenas relaciones, etc.), aspectos personales (ganas de trabajar, estar satisfecho con lo que se hace, etc.) y aspectos administrativos como: recursos necesarios, flexibilidad horaria, locales adecuados, etc...

3. Satisfacción

En este apartado continúan existiendo diferencias entre los profesionales de un mismo equipo. Como primer motivo vuelven a considerar las causas personales, señalando como segundo a la Administración y con igualdad de frecuencia motivos económicos, presión asistencial y estabilidad laboral.

Vuelve a aparecer como primer responsable del mantenimiento de la satisfacción, el propio equipo, seguido de motivos personales, Administración y de la percepción de nuestro trabajo por parte del usuario.

4. Incentivación

Se mantiene la opinión entre los encuestados que existen diferentes grados de incentivación.

Señalando como primera causa aspectos económicos, seguida de la Administración (como relaciones, reconocimiento profesional, valoración del trabajo, etc.) y como tercera causa continúa apareciendo el propio equipo.

El incentivar a los profesionales, los encuestados opinan en su mayoría que depende de la Administración en primer lugar, del coordinador en segundo lugar, seguido del Equipo y en cuarto lugar del usuario.

Atendiendo a la percepción individual de la motivación y satisfacción dentro de una escala, la media de los encuestados manifiesta una motivación y satisfacción medianamente alta.

No ocurre lo mismo con la incentivación que se considera baja.

Para terminar con este análisis de la situación me gustaría resaltar que la mayoría de los profesionales consideran que aspectos tan importantes como la motivación y la satisfacción dependen fundamentalmente de aspectos personales y del propio equipo. Por tanto, las soluciones a los conflictos nos son próximas en muchas ocasiones.

La Administración debe incluir sin demora políticas rigurosas de incentivación.

Y pedir a los profesionales que seamos críticos con nosotros mismos, y asumamos

la parte de responsabilidad que nos corresponde en el completo desarrollo del nuevo modelo de Atención Primaria.

ATENCIÓN PRIMARIA: METAS Y OBJETIVOS

Analizar en «que momento nos encontramos» y «de dónde venimos» es fundamental para comprender no sólo nuestro trabajo, sino cualquier acción que decidamos emprender. Normalmente, esto no es una tarea fácil; sin embargo, en el caso que nos ocupa existen los suficientes conceptos para articular la definición de lo que hacemos: «lo que somos», y los indicios y datos necesarios para comprender nuestro origen e historia: «de donde venimos». No obstante, este análisis sería estéril si no lo completáramos con una aproximación a la siguiente cuestión: «hacia donde nos dirigimos».

A lo largo de los años, esta pregunta ha sido interpretada de formas diferentes y formulada en función de su operatividad en otra: «hacia donde queremos ir», quedando definidas de esta manera las metas y objetivos que sucesivas políticas sanitarias han pretendido conseguir. La política, por otra parte, aspira más a construir un futuro prometedor, que a elaborar análisis globales, tarea no de políticos, sino de intelectuales, profesionales o teóricos. Nosotros, no somos ni políticos, ni intelectuales, ni mucho menos teóricos, si bien sí profesionales; y en este sentido nuestro análisis, si bien centrado en los objetivos quiere reparar en una cierta globalidad.

En efecto, incluso a nivel conceptual, reflexionar sobre metas y objetivos requiere meditar sobre conceptos tales como «definición», «intención», «motivación» y «función» (14): es decir, preguntarnos por metas y objetivos de la Sanidad en general o de la Atención Primaria en particular, precisa de un debate profundo sobre la definición misma de Sanidad, y de Atención Primaria, sobre sus intenciones más genuinas, sobre la motivación de sus agentes y sobre la función social que realiza.

Por otro lado, nuestra sociedad está demandando constantemente respuestas hacia sus miedos futuros sobre la asistencia sanitaria, es decir, sobre nuestras metas. Estas deberían haber quedado esclarecidas hace mucho tiempo, pero si no ha sido así, quizás sea no por la ausencia estricta de políticas sobre objetivos y metas sanitarias, sino por un debate profesional sobre nosotros mismos y nuestra esencia. Si nos preguntamos por las metas de la Atención Primaria, será porque o no están claramente definidas (definición), motivadas (motivación); o porque así estando, no resuelven el cumplimiento de su función social.

De modo que en esta reflexión debemos conjugar adecuadamente los conceptos de función social de la sanidad, y concretamente de la Atención Primaria, con su propia definición, la motivación con que se realiza ésta directamente la conducta con la meta, o los objetivos internos personales con los generales. La conducta no se concibe sociológicamente como algo determinado por el objetivo hacia el que se orienta, sino por alguna condición anterior del agente (16). Es decir, no siempre la mera construcción de buenos objetivos y metas nos va a reportar una mejora en cuanto a la función social de la Sanidad, para la cuál tenemos que tener muy en cuenta más la actitud y conducta de los agentes que motivan la acción. Las metas y objetivos individuales no tienen porqué coincidir con las metas y objetivos generales. Todos sabemos empíricamente, que muchas veces nuestros esfuerzos profesionales se identifican más con

otros objetivos que con los planteados desde las altas instituciones, y esto evidentemente reporta una cierta desmotivación, lo cuál supone disfunciones claras.

Si hacemos un breve repaso de las metas y objetivos que orientan nuestro trabajo en la actualidad, constatamos qué poco, en realidad, queda por construir en cuanto a grandes objetivos institucionales (17):

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución de que «la primera meta social de la OMS en las décadas venideras debe ser conseguir que en el año 2000 todos los ciudadanos del mundo gocen de un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económica adecuada».

Según la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata, en 1978*, la clave para conseguir este objetivo es la atención primaria de la salud.

El Comité Regional para Europa de la OMS, reunido en Fez, Marruecos, en 1980, adoptó como primera prioridad una estrategia de *Salud para Todos en el año 2000* y aprobó en 1984, 38 metas que describían el mínimo de progresos que había de realizarse en la mejora de la salud. Son seis temas fundamentales los que expresa.

- Salud para todos significa equidad.
- Dar a la gente un sentido positivo de la salud, poniendo énfasis por tanto en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Es primordial contar con una comunidad participativa, ya que es ella misma la que conseguirá la salud para todos.
- Es imprescindible la cooperación multisectorial.
- El énfasis del sistema de cuidados de salud debe estar colocado en la Atención Primaria.
- La cooperación internacional.

Así mismo, en 1989, los miembros de la Región Europea de la OMS, adoptaron la *Carta Europea sobre el Medio Ambiente y la Salud*, donde se expresa el objetivo de adoptar unos estilos de vida saludables en un medio ambiente limpio y armonioso; considerando la promoción de la salud fundamental, debiendo ser añadida ésta a la protección de la salud.

La aprobación de nuestra *Constitución Española* en 1978 vino a reafirmar dichas propuestas, reconociendo en los artículos 43 y 49 el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud.

Siguiendo todas estas previsiones, la *Ley General de Sanidad*, en 1986 vino a formular una organización y concepto de servicio sanitario público que sentaría las bases para la puesta en práctica de las metas y objetivos que desde hace años venían fraguándose. Así mismo, prevé la formulación del Plan Integrado de Salud.

En 1989, fueron aprobados por el Pleno del Consejo Interterritorial, los *Criterios Generales de Coordinación Sanitaria*, a los que debían dar cumplimiento los Planes de Salud orientados a la consecución de unos objetivos generales, siendo temas fundamentales de ellos: la extensión de la asistencia sanitaria pública a toda la población; promoción de la salud y prevención de la enfermedad; superación de los desequilibrios territoriales y sociales; garantía de calidad; cooperación intersectorial; participación ciudadana, etc...

Siendo finalmente todo ello plasmado concretamente en la elaboración del *Plan de Salud de la Región de Murcia* (18).

Si analizamos todos estos documentos, cuyo eje principal gira entorno a la finalidad que el trabajo por la salud ha de procurar conseguir, comprobamos la similitud de todos ellos coincidiendo algunos exactamente. Lo cual no debe sorprender pues es comprensible que orientaciones de carácter general como los propuestos por la OMS se encuentren reflejados en la legislación nacional y autonómica.

Así pues, si algo falla no parece que sea debido a una ausencia de objetivos amplia y variadamente consensuados, sino a la propia estructuración del sistema que desatiende reiteradamente la actitud y motivación de sus agentes a la hora de llevar los objetivos a la práctica. Pero esto no es específico de nuestro campo y ocurre en la generalidad de los sectores productivos, incluyendo los privados, los empresariales; si bien dotan de gran protagonismo al factor tiempo y administran unos bienes y recursos exactamente mensurados, lo que permite una organización más eficaz.

En efecto, en el contexto de funcionamiento de los Centros de Salud, los profesionales del EAP están sujetos a ritmos diversos: la inmediatez exigida por el usuario en la solución urgente de su problema; la brevedad impuesta por una Administración siempre pendiente de evitar insatisfacciones del usuario y por último, la necesidad por parte del profesional respecto a la fijación de estrategias que contemplen una actuación socio-sanitaria a más largo plazo para cumplir los objetivos de promoción, prevención, educación... El factor tiempo, ejerce tal presión para que se ofrezcan resultados, que muchas veces impide respetar una sucesión racional de actividades, pudiendo convertirse la intervención profesional en una actuación compulsiva que sólo generaría repeticiones sin modificaciones algunas (19).

El problema temporal está relacionado causalmente con una falta de comunicación y feed-back entre diferentes agentes: profesionales, administración y comunidad, que impide el intercambio de ideas, la discusión de decisiones... en definitiva, un mayor éxito en la tarea. Los dos aspectos de la comunicación en el trabajo (19): el referido a la producción laboral y la relativa a los caracteres psico-afectivos de los profesionales, quedan así desatendidos en su función primaria, estableciéndose un marco poco propicio para el desarrollo personal y profesional.

La otra vertiente a considerar es la del valor y la medida. Sabemos lo que vale un ladrillo, o un chocolate, pero ¿sabemos el precio de la Salud, de la tranquilidad de unos usuarios ante la posibilidad de acudir en cualquier momento a los servicios sanitarios más cercanos, o la alegría de un anciano ante una vejez saludable? Esto nos dificulta la medida, y parece que la organización; pero no tendría que ocurrir así en cuanto a la motivación, que si cabe, debería ser mayor.

En cuanto a estos problemas, ciertamente nos llevan ventaja las empresas privadas, ya que pueden articular mejor la variable temporal y pueden permitirse el establecimiento de catálogos sobre el valor de servicios y recursos. La selva en que se convierte el mercado no deja más opción, y se progresa o desaparece. Esto ha llevado a un fortalecimiento de las organizaciones privadas que administran adecuadamente sus recursos o desaparecen. Esta necesidad les ha reportado toda una serie de conocimientos organizativos muy interesantes, que nosotros deberíamos estudiar y en su caso amoldar, siempre conscientes de que aunque nuestros objetivos y metas sean estrictamente distintos, los recursos, como para ellos, son limitados.

La organización empresarial ha evolucionado bastante desde principios de este

siglo. Nosotros apenas conocemos la fiebre taylorista, que de alguna manera padecemos: máxima especialización, tareas sencillas y fáciles de llevar a cabo, sobre todo en muy poco tiempo, incentivación económica por trabajo... es la típica cadena de producción (20). Pero las llamadas «empresas excelentes» ya hace tiempo que deploraron este sistema. Las empresas innovadoras, las mejores empresas europeas y norteamericanas, hace años que entienden la organización empresarial y productiva de otra manera. No podía ser de otra forma en un mercado donde las máquinas, cada vez más sofisticadas, suplen con infinita rentabilidad los trabajos especializados, concretos y donde el tiempo cuenta mucho.

Estas empresas han concluido que no se trata tanto de objetivos sino de motivaciones individuales, y han potenciado esto mismo estableciendo marcos laborales flexibles, agradables y humanos. Han confiado en sus agentes a través del refuerzo de la innovación, la originalidad y la cooperación interdisciplinar. No necesariamente les ha supuesto una incentivación económica, pero sí han facilitado en la medida de lo posible la integración humana en un mundo hasta entonces duramente competitivo, agresivo y deshumanizado. Medidas practicadas han sido: la potenciación de la reunión interdisciplinar, la incentivación de las ideas innovadoras sin importar procedencia, flexibilidad en las condiciones de trabajo en horarios y tareas, y la fértil comunicación entre la directiva, los empleados y los clientes (20).

Todo esto es sorprendente, pues en el fondo, nuestra Reforma de la Sanidad tiene como objetivos muchas de estas aportaciones empresariales, y sin embargo, parece ser que hay un total desencanto con ellas. Observamos que no se mantienen, que aunque se ha intentado no progresan. De nuevo, nos aparece el problema de la motivación. Se nos ha olvidado el factor principal de la «empresa excelente»: la capacidad animadora de sus miembros directivos, o la presencia de miembros con la suficiente capacidad directiva para impulsar una verdadera reforma. De nada sirven los grandes objetivos si se operan con agentes desmotivados, pero esto no es una razón para retroceder al taylorismo, sino en todo caso para insistir en nuestra Reforma.

ORGANIZACIÓN INTERNA DEL E.A.P.: DISEÑO ORGANIZATIVO

En este capítulo pretendemos exponer algunos recursos de Organización Interna que pueden ser de utilidad en nuestro trabajo diario.

Es necesario que el equipo de Atención Primaria articule determinados mecanismos de organización interna que permitan a los profesionales dar salida a situaciones de «baja moral» y para ello es necesario incidir sobre los obstáculos más frecuentes en cualquier grupo humano que realiza una actividad:

- Miedo al cambio.
- Participación interna.
- Boicot dentro del equipo.

En ningún caso pretendemos tratar exhaustivamente estos aspectos, sino proponer opciones y despertar inquietudes entre los profesionales.

El planteamiento de estas posibles soluciones no significa que toda la responsabilidad de los problemas de los E.A.P. recaiga exclusivamente sobre los profesionales, pero en tanto no hayan modificaciones sustanciales del Sistema, hemos de buscar vías

que permitan realizar nuestro trabajo en las mejores condiciones posibles y conseguir una mayor eficacia y eficiencia.

La premisa de partida es que en organización no existen «recetas» sino «ingredientes» y por tanto, las formas de diseño organizativo tendrán aplicaciones distintas en cada caso particular.

1. Atención Primaria y empresa

Los E.A.P. tienen características propias de una empresa de servicios (24), cuyas peculiaridades radican en:

- Realización de un proceso simultáneo de producción y venta del servicio (SERVUCCIÓN), delante del propio usuario. En definitiva, intentamos dar respuesta a las necesidades detectadas por la población o por nosotros mismos en el momento de la consulta.
- Producto de la actividad difícil de medir.
- Evaluación de la calidad compleja.
- Calidad subjetiva del usuario por el servicio percibido.

Los condicionantes expuestos dan lugar a un trabajo complejo que requiere una organización ágil y flexible que permita solucionar las necesidades de trabajo interno del centro y las relaciones externas con los servicios secundarios o terciarios.

2. Problemas de la actividad del E.A.P.

Como ya ha quedado expuesto en el capítulo de:

«Organización y funcionamiento de los E.A.P. de Murcia», hay una serie de aspectos de la Atención Primaria que requieren atención especial. Con el fin de justificar la necesidad de desarrollo de sistemas de organización, volveremos aquí a hacer referencia a algunos de ellos:

2.1. Política de recursos humanos basada en criterios numéricos

En toda empresa es necesario instaurar «climas» de motivación del personal (25) mediante una adecuada política de incentivos, ya que las conductas individuales responden a la motivación personal, y ésta sólo puede modificarse cuando hay una «influencia ambiental» adecuada.

Las dotaciones de recursos humanos y materiales de los E.A.P., no se han acompañado del desarrollo de los incentivos necesarios para la consecución de metas y trabajo en equipo. Por otra parte, se han formado equipos con gran número de profesionales, que requieren una amplia infraestructura y hacen difícil la comunicación interna y el trabajo en equipo.

2.2. Metas generales del equipo no definidas explícitamente

La indefinición de la meta provoca gran disparidad de criterios a la hora de tomar decisiones, situación que provoca una pérdida de energías en disensiones internas y

secundariamente una disminución de la productividad y bienestar de los profesionales en la actividad diaria. Creemos que una de las causas de la desmotivación de algunos profesionales radica en la indefinición de nuestra actividad.

2.3. Déficit de conocimientos en organización a todos los niveles de la empresa

«Aunque los profesionales frecuentemente comprenderán un objetivo y estarán de acuerdo en que es deseable, a menudo no saben como cumplirlo». (Humphrey Watts).

La organización forma parte de la estructura y es tan importante como los recursos humanos y materiales. Sin embargo, tras 10 años de funcionamiento de los E.A.P., son contados los que han sido capaces de desarrollar instrumentos internos de organización que les permitan funcionar como verdadero equipo (grupo de trabajo) de forma continuada.

2.4. Falta de concienciación y conocimientos en administración por parte de los trabajadores del E.A.P.

La realidad concreta es que MANEJAMOS RECURSOS Y PERTENECEMOS A UNA ESTRUCTURA EMPRESARIAL QUE ADMINISTRA RECURSOS, en este sentido TAMBIÉN SOMOS ADMINISTRADORES DIRECTOS DE RECURSOS.

2.5. Aumento de las consultas burocráticas

Cada día son mayores las demandas de la firma del Médico de Familia (inspección, colegios, servicios sociales y un largo etcétera), circunstancia que ayuda a saturar considerablemente nuestras consultas a demanda y las áreas de admisión.

2.6. Acceso ilimitado y en el mismo día de los usuarios

El acceso ilimitado de los usuarios y la ausencia de mecanismos disuasorios del sistema, hacen necesario que el equipo establezca fórmulas para el control de la demanda. La priorización y protocolización de actividades, la disminución de la consulta burocrática y el manejo de la demanda generada por nuestra propia actividad (26), deben ser objetivos prioritarios del E.A.P. Sin los adecuados controles, la tendencia de los profesionales es «atender la demanda», pero los usuarios que demandan consulta son sólo una parte (reducida) del total de la población asignada al Centro de Salud.

No es nuestro objetivo abordar cuestiones que rebasan nuestro ámbito de influencia, por tanto nos referiremos solamente a los aspectos relacionados con la organización interna de los E.A.P.

3. Maduración del equipo

Al igual que las personas, las organizaciones presentan problemas de juventud y madurez. La dinámica de grupos (27) nos enseña que desde la formación del equipo,

hasta su pleno funcionamiento hay una serie de fases intermedias «normales» de maduración.

La forma de tomar decisiones en los E.A.P. nos indica la maduración del marco de relación interna. En los coordinadores médicos y de enfermería es en quienes habitualmente recae la responsabilidad de solucionar los problemas internos y muchos de los externos. Esta situación se podría considerar normal en las primeras fases del trabajo en equipo, pero cuando posteriormente no hay ayuda y compromiso del grupo, la coordinación-dirección se hace difícil, poco efectiva y frustrante.

La ausencia de recambio en el liderazgo (coordinador) o la no evolución a un sistema más participativo producen desmotivación en los profesionales y una cierta astenia (baja moral). El resultado final es que algunos Centros de Salud se parecen más a los antiguos ambulatorios que a los pretendidos Equipos de Atención Primaria.

3.1.- Necesidad y reacción al cambio

Como hemos comentado, el Centro de Salud es una empresa de servicios que maneja recursos y está sometida a una situación de cambio tanto del entorno como de la propia organización, lo que hace necesario que el E.A.P. «CAMBIE» y se adapte a las nuevas necesidades.

El cambio por definición provoca en los profesionales ansiedad e inseguridad (21 y 22). La ansiedad y el miedo al cambio será mayor en la medida en que no exista la adecuada motivación o que la necesidad del cambio no sea percibida por los profesionales (23).

3.2.- La democracia en el Centro de Salud

Con el inicio de la Reforma Sanitaria floreció la forma democrática en la toma de decisiones del E.A.P., quizá fomentado por el momento sociológico del nacimiento de la democracia en España. Años después asistimos con frecuencia al fracaso de este método en los E.A.P. La democracia aunque válida, en raras ocasiones se ha mostrado suficiente en situaciones de «no consenso». La alternativa ha sido la aparición de líderes naturales que en ocasiones han conseguido la autoridad y el respeto de sus compañeros, provocando temporalmente un revulsivo para la organización y la dinámica de trabajo.

3.3. Coordinador y/o Director

El poder es la capacidad de causar acción, permite ejercer la potestad de premio y de castigo y es al mismo tiempo un elemento de motivación (Hertzberg).

Desde el inicio de la Atención Primaria los coordinadores y cargos intermedios tienen poca capacidad de ejercicio real del poder. El Centro de Salud requiere, como cualquier estructura empresarial tomar decisiones y dirigir. Por ello, es preciso que la figura de coordinador evolucione a DIRECTOR y pueda disponer de una amplia capacidad de maniobra a la hora de tomar decisiones y ejercer el liderazgo.

La forma en que los directores de la empresa privada tratan a sus empleados,

produce una enorme diferencia en la calidad del trabajo de estos (28), por tanto, la puesta al servicio del coordinador-director de determinados recursos, no significa que éste realice una dirección autocrática. El poder que actualmente otorga la empresa será más efectivo en la medida en que sea reconocido por el grupo y se ejerza con habilidad por el coordinador-director (estilos de dirección) (29).

El equipo, por su parte, debería establecer de la forma más consensuada posible una línea de AUTORIDAD interna (poder consentido por los integrantes del E.A.P.), con el fin de delimitar responsabilidades en áreas concretas que puedan ser asumidas por otros integrantes del grupo.

4. Organización

Las organizaciones se caracterizan por: «la división del trabajo y una determinada jerarquía» (SCHEIN) (30). Como explica Theodore Levitt es necesario tener en cuenta que:

«Una organización no es una pandilla. Puede ser encantadoramente participativa, pero no es democrática. Es jerárquica por necesidad, pero todo lo demás se hace por elección, casualidad, indiferencia o negligencia» (31).

El Dr. Wayne W. Dyer lo define como: «Una manera útil de actuar y no un fin en sí misma» (32). Nos organizamos para trabajar y conseguir las metas, no es correcto el planteamiento de trabajar para servir a la organización (meta interna). Con frecuencia éste punto de vista deja de ser percibido, dando paso al espíritu burocrático-funcionario. En este momento, el trabajo se convierte en «hacer el favor» a la sociedad de producir un servicio. Las metas de nuestra actividad son externas a nosotros y a nuestra empresa (standares de salud DE LA POBLACIÓN), y es la sociedad la que al menos en teoría, puede prescindir de muchos de nosotros.

4.1. Incertidumbre de la actividad

Al realizar una actividad, todos los trabajadores estamos sometidos a un déficit de información que viene dado por la diferencia entre la experiencia previa y la información adicional necesaria para la correcta realización de esa actividad. Esta deficiencia genera inseguridad e INCERTIDUMBRE en los profesionales y es constante ante cualquier circunstancia. Joaquín Tena Millán, en su libro «Organización de Empresa», denomina a esta situación como: «la consecuencia de los PROBLEMAS NO RESUELTOS». El apoyo informativo de la organización nos proporcionará las vías de solución de problemas y la incertidumbre disminuirá.

Existen diferentes formas de diseño organizativo que permiten disminuir los «problemas no resueltos»:

1. La fijación de objetivos.
2. La planificación de actividades.
3. El marco de relación y el organigrama.

En los Centros de Salud, los «problemas no resueltos», provocan que la mayoría de las decisiones pasen por el coordinador, saturándole y causando, en muchos casos, que estos queden sin respuesta.

4.2. Quemarse

Es el fenómeno de alejarse del trabajo. Un estudio de la Universidad de Chicago halló, que el quemarse está causado por el sentimiento de estar atrapado inexorablemente en un trabajo sin sentido. No está relacionada con el exceso de trabajo, la edad o el agotamiento, sino que es un mecanismo de defensa de la autoestima ante la falta de estímulos en el trabajo [34]. Es responsabilidad de los directores estimular a los profesionales mediante la asignación de responsabilidades y evitar el trabajo rutinario que origina niveles mediocres de eficacia.

Intentaremos definir cuál sería el MARCO DE RELACIÓN ideal de un E.A.P. que permitiera el desarrollo posterior de los medios de diseño organizativo expuestos anteriormente.

5. Marco relacional del E.A.P.: reglamento de regimen interno (R.R.I.)

Tras la realización de la Planificación Estratégica por parte de los gestores nos encontramos con unos profesionales que han de comenzar a trabajar en grupo dentro de un ámbito más o menos conocido. El trabajo en grupo requiere organizarse y el equipo debe plantearse una serie de preguntas:

- ¿Cuál es la meta? [¿Para qué estamos?] [33].

Como punto de partida, es necesario que el Equipo defina cuál es la META DE SU ACTIVIDAD. El objetivo del E.A.P. es MEJORAR LOS STANDARES DE SALUD DE LA POBLACIÓN ATENDIDA, SEGÚN LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LOS PLANES DE SALUD Y CARTERAS DE SERVICIOS.

Tanto las metas generales como las específicas deben ser conocidas por los trabajadores. SIN UNA META DEFINIDA NO ES POSIBLE ESTABLECER UNA ORGANIZACIÓN ADECUADA PARA CONSEGUIRLA Y DIFÍCILMENTE SEREMOS CAPACES DE REALIZAR UN PROCESO EFICAZ Y EFICIENTE.

- ¿Qué criterios tenemos para elaborar nuestras metas específicas?
Durante años, los métodos de elaborar metas específicas han sido la priorización de actividades y los programas de salud. Esta circunstancia daba lugar a grandes diferencias en la actividad y calidad asistencial de los equipos. En la actualidad tanto los Planes de Salud como la Cartera de Servicios, [todavía en fase de desarrollo] permiten establecer unos criterios homogéneos mínimos de actividad y con ello las grandes metas institucionales, comienzan a tomar una forma aplicable.
- ¿Por qué nos organizamos?
 - a) Porque está demostrado que el trabajo en equipo es más eficaz, eficiente y motivador.
 - b) Porque la Atención Primaria a la Zona de Salud requiere el concurso de personal multidisciplinario con distintos conocimientos, intereses y formas de realizar su trabajo.

Esta diversidad requiere un considerable esfuerzo de integración y organización.

- ¿Cómo nos vamos a organizar según los recursos disponibles?
Es necesario empezar a trabajar como método de detección de problemas y necesidades. Un error frecuente es plantear sistemas de organización antes de

comenzar a funcionar, valgan como referencia los pormenorizados diagnósticos de salud de hace unos años, que aunque con algunas excepciones, han resultado ineficaces en la aplicación real y hoy duermen en estanterías de bibliotecas de Centros de Salud y Gerencias.

Una vez detectados los problemas iniciales, el conjunto del equipo debe construir un marco de relación, que le permita una dirección efectiva y la corresponsabilidad en las tareas, tanto asistenciales como no asistenciales.

La misión del R.R.I., es recoger las respuestas del equipo a las preguntas anteriores y así establecer las reglas internas de juego. Es por tanto, una declaración de principios de forma explícita.

Los reglamentos existentes de nuestros Centros de Salud suelen ser listados pormenorizados de tareas, dándose como asumidas y compartidas por todo el Equipo formas de trabajo, motivaciones, metas y conductas que realmente no lo son.

El objetivo final del R.R.I. es aumentar la participación interna en los procesos, de esta forma la coordinación-dirección se realizará «por excepción», o lo que es igual, el coordinador intervendrá sólo cuando haya imposibilidad manifiesta de solución a otros niveles del equipo.

Contenidos del marco de relación (R.R.I.):

- a) METAS GENERALES DEL EQUIPO.
- b) MODELO ASISTENCIAL Y LÍNEA DE AUTORIDAD ENTRE LOS PROFESIONALES.
- c) COMPROMISO DE LLEGAR A ACUERDOS.
- d) TÉCNICAS DE REUNIÓN Y DECISIÓN.
- e) RESPETO A LA INDIVIDUALIDAD.
- f) FORMA DE SOLUCIONAR LOS CONFLICTOS: COMISIÓN DE CONFLICTOS.

Fijar las metas explícitamente (ver organización del E.A.P.), modelo asistencial (como se articulan los trabajadores para ofrecer el servicio a la población) y una línea clara de autoridad-responsabilidad interna, permiten disminuir la «incertidumbre».

Los conflictos y las discusiones son normales en las organizaciones complejas, y deben ser tratados abiertamente. Aunque en determinados momentos ante situaciones de «no acuerdo», el equipo debe poner en marcha sistemas que permitan dar salida a los problemas, para ello la formación de comisiones puede ser de utilidad.

5.1. La comisión de conflictos

Las características de las «comisiones de conflictos» deben estar claramente definidas en el R.R.I.: composición, normas de funcionamiento y duración en el tiempo (lo ideal es que tras solucionarse el problema la comisión se disuelva).

Inicialmente hay una determinada tendencia a formar excesivas comisiones, pero ésta fase suele ser transitoria. Como regla general, las comisiones sólo deberían formarse cuando no hay otra forma de acuerdo.

Los objetivos de la «comisión de conflictos» son:

1. Evitar la votación democrática cuando no hay acuerdo en las preferencias de los individuos. La votación en estos casos generará «perdedores» que posteriormente tenderán a boicotear el trabajo.

2. Buscar puntos de acuerdo entre las partes, de forma que los bandos enfrentados, comprendan lo que tienen que perder y lo mucho que pueden ganar si llegan a un acuerdo. La atención se debería centrar más en los temas que en las personas.

El R.R.I. exige el compromiso de llegar a acuerdos y mantener una cierta disciplina interna, por ello debe ser elaborado por el propio equipo de forma dialogada, con autonomía de las gerencias. El fin primordial es estimular la comunicación a todos los niveles del grupo.

Es importante tener en cuenta en todo momento que dependerá del grado de desarrollo (maduración) del equipo, la forma ideal de llegar a acuerdos y establecer el liderazgo (29).

El problema más importante en el equipo se produce cuando alguno/s de sus integrantes no comparten las metas o los criterios para conseguirlas. En estos casos las dinámicas de boicot activo o pasivo que se establecen agudizan el cansancio dentro del grupo y sirven de refuerzo negativo para posteriores intentos de acuerdo y liderazgo. La apelación al marco laboral de los trabajadores como forma de resolver conflictos no ha aportado grandes soluciones, llegando a provocar en ocasiones el enfrentamiento entre estamentos.

Así pues, debemos buscar otras soluciones y para ello los componentes del E.A.P. deben adoptar una postura activa, llegando si es necesario a prescindir de aquellos individuos que no desean realizar el trabajo de forma grupal. En definitiva, no podemos esperar que las situaciones de enfrentamiento sean resueltas desde fuera del propio equipo. Las Gerencias, en parte por carencia de instrumentos o por simple inhibición, no suelen (ni deben, al menos inicialmente) tomar cartas en el asunto.

Finalmente, es necesario aclarar que la función del marco de relación del equipo, no es penalizadora sino facilitadora de la adaptación al cambio según las necesidades. Aunque obviamente, permite el «no premio» de aquellos que decidan no trabajar bajo unas normas mínimas.

6. Organigrama

El organigrama es un procedimiento derivado del R.R.I., permite conocer «el cómo» de los canales de trabajo y la estructura de la propia organización. La existencia de un medio gráfico permanente, permite en cada momento a los integrantes del equipo conocer los cauces para solucionar los problemas.

Existen varias formas de organigrama (24), desde el tradicional modelo piramidal por estamentos pasando por el organigrama funcional, hasta el modelo matricial. Haremos una breve exposición y crítica de los diferentes tipos:

6.1 Organigrama por actividades

Se basa en la realización de listados de actividades que son responsabilidad de cada estamento. Su limitación viene dada porque los listados siempre suelen ser incompletos y difíciles de realizar e introducen elementos de rigidez en el trabajo dando lugar a revisiones constantes ante los cambios de la organización. El actual Reglamento del Personal Estatutario sigue esta pauta, haciéndolo poco útil en la práctica diaria.

6.2. Organigrama matricial

Se basa en que la «unidad» compuesta por uno o varios individuos dependen funcionalmente de más de un responsable. En teoría es el organigrama ideal, pero requiere de una gran infraestructura que permita dar soporte a complicados sistemas de información. Requieren además bastante tiempo y esfuerzo para su implantación.

6.3. Organigrama funcional

Se basa en generar núcleos de actividad y responsabilidad en áreas concretas de trabajo, cada área es autónoma y se responsabiliza de los temas que le afectan. Las áreas incluyen todas las actividades y el personal necesario (independientemente del estamento a que pertenezca) para su correcta realización.

La delimitación (no excesiva) de parcelas de trabajo tiende a simplificar el conjunto de la actividad.

El organigrama funcional tiene una estructura piramidal de 2 a 4 escalones (ver ejemplo de organigrama) (Anexo II).

En algunas Comunidades Autónomas, donde existe un mayor desarrollo de la estructura del E.A.P., se ha formado «la Comisión Asesora» compuesta por los responsables de cada área. Su misión es asesorar y proponer soluciones al Coordinador-Director.

Creemos que es el tipo de organigrama más adecuado a nuestro medio de trabajo.

El organigrama del centro junto con los responsables de cada área, debería estar permanentemente expuesto en el tablón de anuncios del equipo, de forma que pueda ser consultado con rapidez y permitir así el acceso rápido a las vías de solución.

7. Resumen

Es necesario que los E.A.P. definan sus metas de actuación y a partir de ellas, los medios disponibles y el entorno, desarrollen instrumentos de organización interna, que les permita conseguir una mayor eficacia y motivación de los profesionales. La puesta en marcha de estos mecanismos depende de dos variables:

1. Nuestra voluntad de asumirlos.
2. Los incentivos (económicos o no) que se establezcan desde los órganos directivos y gerenciales.

En situaciones como la actual crisis económica, los incentivos no materiales ofrecen posibilidades interesantes cuando se transmite a los trabajadores una idea de futuro del conjunto de la empresa. Ya que en definitiva, la ambición del trabajo bien hecho y de mejores resultados personales y organizativos, son unas de las circunstancias más estimulantes para la gran mayoría de las personas que trabajan.

El trabajo de un Centro de Salud es una tarea difícil, con una complejidad en aumento y a veces no suficientemente valorada, incluso por nosotros mismos. Realizamos un considerable número de actividades que van más allá de la pura asistencia. Al mismo tiempo las demandas de eficacia y eficiencia son cada vez mayores por parte de la sociedad y de la propia empresa. El cambio se está produciendo y es necesario adaptarse a las nuevas necesidades.

«Las organizaciones nacen gracias a las personas, son ellas las que le dan vida y quienes aseguran su funcionamiento. De lo que ellas hagan dependerá en gran medida el futuro de esa organización» (J. Gaviria) (35). Nosotros además añadiríamos, que de las personas y de su capacidad para organizarse depende también nuestra calidad real de vida en el trabajo diario.

Por último, haremos especial hincapié en las necesidades de:

1. Autonomía del equipo.
2. Apoyo por parte de instancias superiores.

La autonomía, acompañada de la adecuada organización interna permitirán aumentar la participación y el compromiso de los trabajadores de los E.A.P., así como dar salida a las situaciones de «baja moral» en que se encuentran muchos equipos.

RESUMEN MESA REDONDA

Expuestos los argumentos, sólo me cabe felicitar a los intervinientes por el esfuerzo realizado, y en el marco que se nos avecina de «autonomía en la gestión» para los E.A.P., la organización de la actividad, de los recursos humanos y materiales, etc..., el personal sigue manteniendo un alto nivel de motivación, en el que gestores y dirigentes sociales deben incidir con políticas de satisfacción e incentivación para conseguir metas y objetivos bastante bien definidos, según la mesa redonda.

El análisis previo, la encuesta, la búsqueda de metas y objetivos y las aportaciones organizativas, sólo son una pequeña muestra del amplio debate que sobre la gestión de nuestros E.A.P. se abre en nuestro país. (Importancia de la Microgestión).

Como es lógico, no hemos querido entrar en debate sobre administración o gestión sanitaria, gestión pública o privada, establecimiento de mercado interno dentro del sector sanitario público etc., porque pensamos que forma más parte del debate sanitario político, en el que creemos que los profesionales deben opinar y debatir, pero las decisiones forman más parte del modelo político que se opte en este país. En cualquier caso, la organización debe dar respuesta al diseño sanitario que se pretenda seguir.

Por último, de nuevo agradecer al Comité organizador la posibilidad de exponer ideas sobre organización interna de los E.A.P. y espero que el debate que se produzca a continuación sea fructífero en matices, críticas, aportaciones y que demuestre que fuera de los muchos augurios que algunos sectores promulgan, la A.P.S. está viva.

GRACIAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez Díaz, J.; De León García, J. ¿Equipos de Atención Primaria? Atención Primaria vol. 8 N^o espec. Dic. 1991, p.
2. Elola Somoza, F.J. Crisis y Reforma de la Asistencia Sanitaria Pública en España (1983-1990). Madrid, Editado por el autor y el F.I.S.S.S. 1991, p. 83.
3. Idem, p. 104.

4. Idem, p. 140.
5. Idem, p. 143.
6. Idem, p. 146.
7. Cabrera, A. Los Equipos en el Centro en Gaceta Canaria de Atención Primaria, 2º Trimestre 1992, p. 8.
8. Benítez del Rosario, M. A. Comentarios de pasillo, Actitudes nocivas y crisis de la A.P.S. en Gaceta Canaria de Atención Primaria, 2º Trimestre 1992, p. 4.
9. Martínez Aguallo, C. La Atención Primaria y el 93, en Centro de Salud feb. 1993, p. 33.
10. Vázquez Díaz, J. R. Equipos de Atención Primaria. A.P. Vol. 10, nº 9 diciembre 1992.
11. A.P. Vol. 9 nº 2 febrero Martínez Aguallo, C. La Atención Primaria y el 93, en Centro de Salud feb. 1993. P. 33.
12. Antón, I.; Antoñanzas, A. Consejos de Salud. A.P. Vol. 9, 15 de mayo. P. 8. Editorial.
13. A.P. Vol. 9 nº 8 mayo, 1992, p. 8.
14. Ferrater Mora, J.: «Diccionario de Filosofía». Buenos Aires, Ed. Sudamericana, 1971, vol. 1, p. 705.
15. Varios: «Social Psychology». Ed. The Dryden Press, New York. 1950, p. 79.
16. Merton, R.: «Teoría y estructuras sociales». México. FCE. 1964.
17. «Compendio de legislación sanitaria de la Región de Murcia». Servicio de Salud de la Región de Murcia. Murcia, 1992.
18. «Plan de Salud de la Región de Murcia». Servicio de Salud de la Región de Murcia. Murcia, 1992.
19. Actis, L. y otros: «El Trabajo Social y el marco institucional». Treball Social, conceptes i eives bàsiques. E.U.T.S., I.C.E.S.B., Barcelona, 1988.
20. Rodríguez Aramberri, J.: «Organizaciones» de SALUSTIANO DEL CAMPO: «Tratado de Sociología». Ed. Taurus, Madrid, 1992.
21. Peters, Tom. «DEL CAOS A LA EXCELENCIA». Ed. folio. Barcelona, 1989.
22. Maslow, H., Abraham. «MOTIVACIÓN Y PERSONALIDAD». Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1991.
23. Pumpin, Cuno y García Echevarría, Santiago. «CULTURA EMPRESARIAL». Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1988.
24. Irene, Vázquez. «EMPRESA Y GRUPO». Ed. 2000, S.A. Barcelona, 1990.
25. Heskett L., James. «LA GESTIÓN EN LAS EMPRESAS DE SERVICIOS». Ed. Plaza y Janés. Barcelona, 1988.
26. Ruiz Téllez, Ángel. «GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA». Rev. Rol de enfermería nº 133; 15-18.
27. Muchielli, Roger. «LA DINÁMICA DE GRUPOS». Ed. IEE, 1969.
28. Tracy Kidder, The soul of a new machine. P. 63.
29. H. Vroom, Victor y G. Jago, Arthur. «EL NUEVO LIDERAZGO». Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1990.
30. Vázquez, Irene. «EMPRESA E INDIVIDUO». Ed. 2000, S.A. Barcelona, 1990.
31. Levitt, Theodor. «REFLEXIONES EN TORNO A LAS EMPRESAS DE SERVICIOS». Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1991.

32. Tena Millán, Joaquín. «ORGANIZACIÓN DE LA EMPRESA». Ed. 2000. Barcelona, 1992.
33. M. Goldratt, Eliyahu y Cox, Jeff. «LA META» Ed. Taular. Madrid, 1989.
34. Humphrey S. Watts. «DIRECCIÓN E INNOVACIÓN» Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1989.
35. Gaviria, J. «APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DEL DESARROLLO ORGANIZACIONAL» Rev. Este nº 63 y 64.

ANEXO I

ESTAMENTO:

Por favor, indicamos (marcando con una x) el estamento al que perteneces dentro de tu E.A.P.

MÉDICO GENERAL O PEDIATRA:	_____
ENFERMERA/O:	_____
MATRONA:	_____
FISIOTERAPEUTA:	_____
TRABAJADOR SOCIAL:	_____
AUXILIAR CLÍNICA:	_____
AUXILIAR ADMINISTRATIVO:	_____
CELADOR:	_____

A) ORGANIZACIÓN:

1. Cuando tienes un problema de organización en tu E.A.P. ¿Sabes a dónde dirigirte? (Sí o No)

- ¿A quién?
- ¿Es siempre el mismo?
- ¿Te aporta soluciones? (Sí o No).

2. Realiza un organigrama funcional de tu E.A.P.

3. ¿Existe en tu E.A.P. un Reglamento de Régimen Interno? Sí o No.
Si has contestado negativamente indica si crees necesaria su existencia: (Sí o No).

3.1. En caso afirmativo, responde Sí o No:

- ¿Se revisa periódicamente?
- ¿Tienes una copia del mismo?
- ¿Crees que se cumple? Si crees que no se cumple indica los puntos en los que crees que se incumpla más.

B) MOTIVACIÓN:

La podemos definir como: «Causa o razón que mueve a hacer una cosa».

1. ¿Existen diferencias dentro de los miembros de tu E.A.P. en los aspectos de motivación?

2. En caso afirmativo señala al menos dos motivos:

- a)
- b)

3. ¿De qué crees que depende mantener la motivación en el trabajo? Señala las 3 ó 4 causas de la misma en orden de mayor a menor:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

C) SATISFACCIÓN:

La podemos definir como: «Cumplimiento del deseo, esperanza o necesidades sentidas».

1. ¿Existen diferencias dentro de tu E.A.P. en los aspectos de satisfacción?

2. En caso afirmativo señala al menos dos motivos:

- a)
- b)

3. ¿De qué crees que depende mantener la satisfacción en el trabajo? Señala las 3 ó 4 causas de la misma de mayor a menor:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

D) INCENTIVACIÓN:

La podemos definir como: «Cosa externa a nosotros que mueve a hacer una cosa».

1. ¿Existen diferencias dentro de tu E.A.P. en los aspectos de incentivación?

2. En caso afirmativo señala al menos dos causas:

- a.
- b.

E) ¿CUÁL ES TU GRADO DE MOTIVACIÓN EN EL TRABAJO?

Índica mediante un círculo y en la escala de 1 a 6, donde 1 es el mínimo y 6 el máximo, cuál es la puntuación que se acerca más a tu situación.

1 2 3 4 5 6

F) CUÁL ES TU GRADO DE SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO?

Índica mediante un círculo y en la escala de 1 a 6, donde 1 es el mínimo y 6 el máximo, cuál es la puntuación que se acerca más a tu situación.

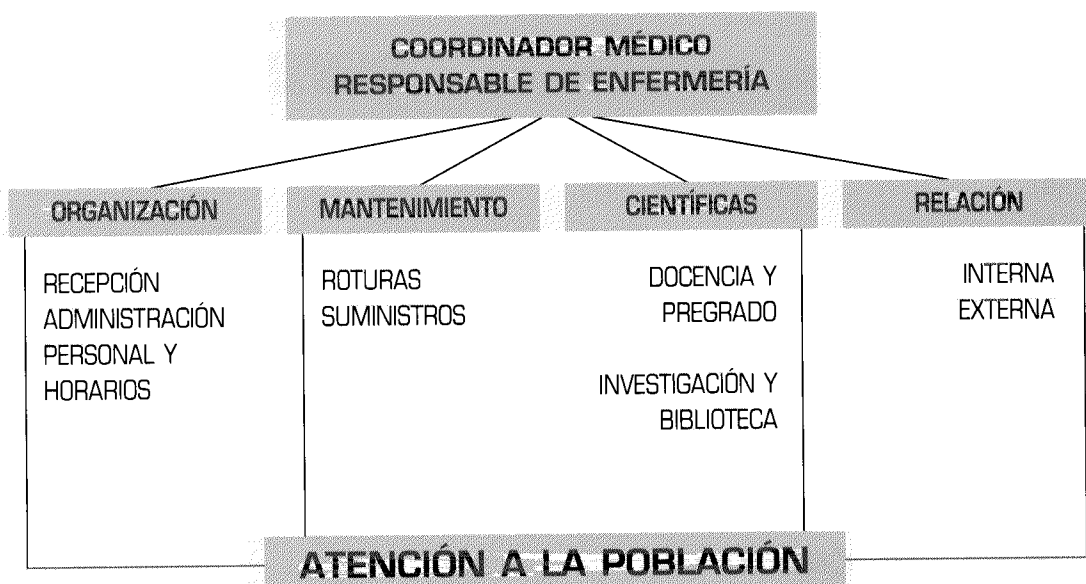
1 2 3 4 5 6

G) ¿CUÁL ES TU GRADO DE INCENTIVACIÓN EN EL TRABAJO?

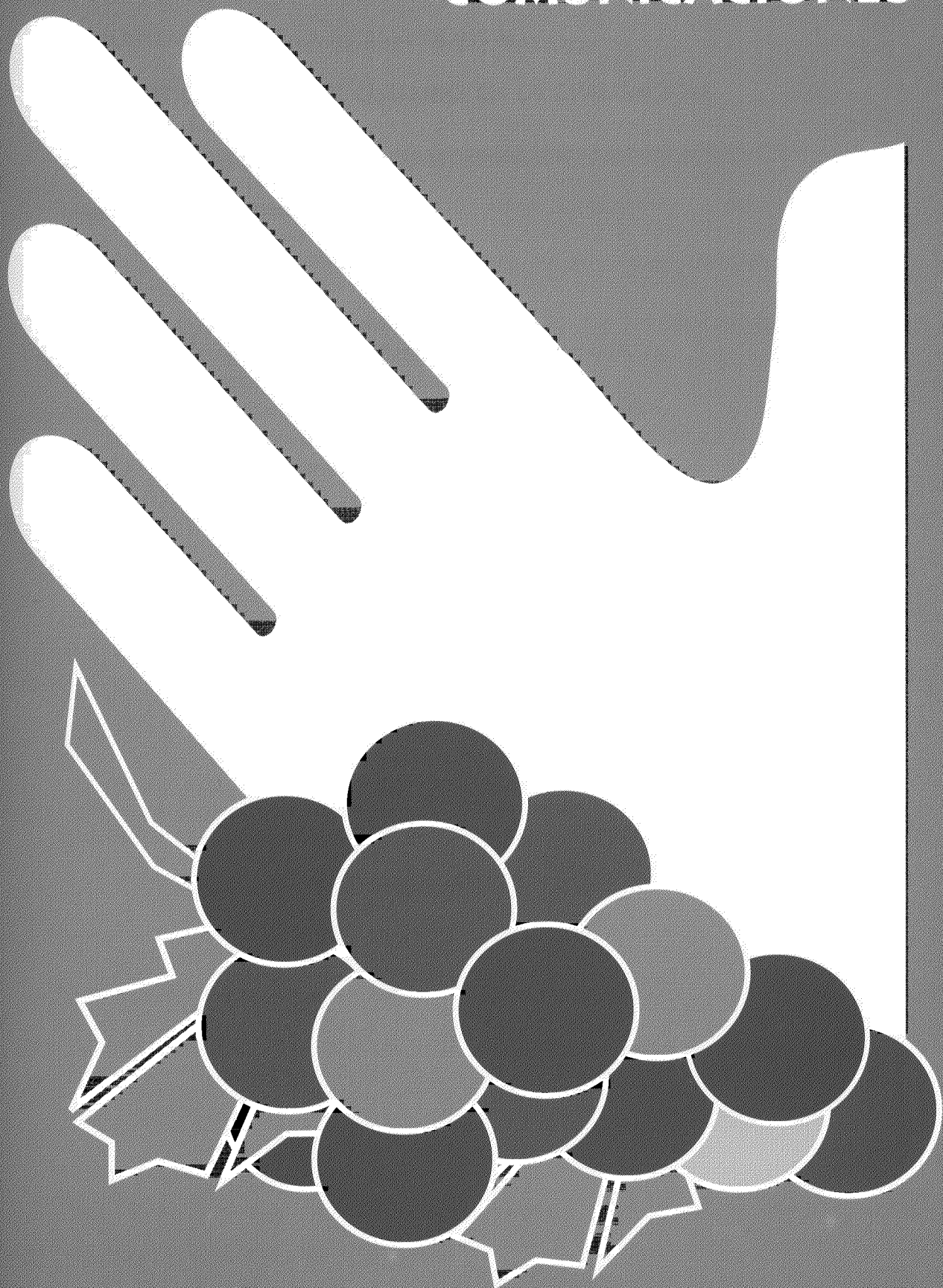
Índica mediante un círculo y en la escala de 1 a 6, donde 1 es el mínimo y 6 el máximo, cuál es la puntuación que se acerca más a tu situación.

1 2 3 4 5 6

ANEXO II



COMUNICACIONES



COMUNICACIONES A LA MESA REDONDA:

«LA PARTICIPACIÓN DEL USUARIO EN LA EVALUACIÓN Y MEJORA DE CALIDAD»

Lugar: Hotel Monreal • 4-3-94

- 11.30 h. «Control de calidad en el diagnóstico y tratamiento de las hiperlipemias».
- 11.40 h. «¿Comprenden nuestros pacientes lo que les explicamos sobre el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad?»
- 11.50 h. «Control de Calidad. Nuestra realidad».
- 12.00 h. «Garantía de Calidad en Planificación Familiar».
- 12.10 h. «Evaluación de la calidad de la atención prestada en un Centro de salud a pacientes con patología crónica».

Control de calidad en el diagnóstico y tratamiento de las hiperlipemias

Control calidad / Hiperlipemias

Santo González, A.; Guillén Pérez, M.; Gómez Gotor, M. C.

E. A. P. Beniaján

C/. Dr. Marañón, 2 3º A. 30008 Murcia. Telf.: 247656

Objetivos

Se han pretendido dos objetivos fundamentales, por un lado evaluar la actividad del personal facultativo en cuanto al diagnóstico y tratamiento de las dislipemias en nuestro centro, y por otro iniciarnos en actividades de este tipo.

Material y método

Estudio descriptivo-retrospectivo sobre toda la población historizada y registrada en el centro como dislipémica, analizando datos de proceso asistencial valorados siguiendo siete criterios consensuados con anterioridad por el equipo, tres correspondientes a diagnóstico y cuatro a tratamiento.

Resultados

Se aprecia un alto cumplimiento del primer y segundo criterio, diagnóstico de dislipemia con dos determinaciones de colesterol total y triglicéridos con menos de tres meses de intervalo y registro de factores de riesgo cardiovascular respectivamente, así como un bajo cumplimiento del tercero, valoración del riesgo cardiovascular del paciente.

Por otro lado, el cuarto criterio, constancia de indicación de dieta hipolipemiente, y el quinto, mantenimiento de la misma, al menos, seis meses antes del tratamiento farmacológico, se han cumplido suficientemente, siendo el cuarto el único criterio que casi siempre se ha dado.

El sexto y séptimo criterios se han cumplido en menor medida, debido a un error metodológico, ya que ambos eran criterios bipolares. El sexto media el registro de la evolución del peso del paciente y la disminución del mismo, mientras que el séptimo media las actividades de control de cifras de lípidos y la disminución de las mismas.

Analizando el número de criterios cumplidos, se observa que un tercio de nuestra población es diagnosticada en base a los tres criterios diagnósticos considerados, mientras que tan sólo en un 17% de los casos se cumplen los cuatro criterios terapéuticos consensuados. Por último, la mayor parte de los casos presentan globalmente un cumplimiento por encima de cuatro criterios, encontrándose un pico máximo en cinco.

Conclusiones

1. La información que ofrece un registro de datos planificado y completo es precisa para poder medir el nivel de calidad asistencial.
2. Mejorar la calidad de los servicios ofertados a nuestra población sólo es posible mediante el desarrollo de mecanismos de control en base a criterios ampliamente consensuados entre los profesionales.
3. La formulación de criterios ha de ser cuidadosa para poder obtener medidas válidas y fiables que nos permitan incidir en nuestros resultados para variarlos positivamente en el futuro.
4. La valoración del riesgo cardiovascular es fundamental para orientar la actuación profesional. El interés por cambiar los resultados obtenidos en el cumplimiento de este criterio debe plantearse como objetivo para mejorar controles posteriores.
5. Hemos conseguido concienciarnos de la importancia terapéutica de la dieta en el tratamiento de las dislipemias, cumpliéndose este criterio en casi la totalidad de los casos.
6. Dos tercios de nuestra población ha sido diagnosticada y tratada siguiendo al menos cinco de los criterios evaluados.
7. De los resultados del trabajo se deriva la necesidad de ulteriores controles periódicos que permitan establecer comparaciones y valorar la eficacia de nuestro esfuerzo por mejorar.
8. Como medidas correctoras proponemos la implantación definitiva del programa de prevención de la enfermedad cardiovascular diseñado por nuestro centro y acreditado por los servicios centrales.

¿Comprenden nuestros pacientes lo que les explicamos sobre el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad?

Calidad / Diagnóstico / Tratamiento

A. Velasco Soria, E. Rodríguez Fernández, C. Ariza Copado, C. Iniesta Bernal, J. García Sánchez

Centro de Salud de Jumilla. Murcia.

Av. Reyes Católicos, s/n. 30520 Jumilla (Murcia). Telf.: 783464

Objetivo

Conocer el nivel de comprensión de nuestros pacientes, en lo referente al diagnóstico y tratamiento que se les da.

Material y método

La población objeto (11.472 habitantes) se refiere a la atendida por los seis médicos generales que componen el Equipo de Atención Primaria (E.A.P.). Estudio descriptivo transversal, por medio de una encuesta. El tamaño de la muestra, aleatoria, fue de 246 pacientes ($P=80\%$, riesgo $\alpha=5\%$, precisión= 5%). Se definió como paciente elegible, aquel que era mayor de 17 años de edad, perteneciente al E.A.P. y que acudiera a consulta de medicina general por un problema de salud. La encuesta (18 preguntas), validada, fue administrada por un médico no perteneciente al E.A.P. y contrastada en la historia clínica de manera cruzada.

Resultados

De las 265 encuestas realizadas, 252 se consideraron válidas. En comparación con la población cubierta por el E.A.P., existe un ligero predominio de las mujeres, de los mayores de 65 años seguido por los de 40-64 años y de analfabetos seguidos por estudios primarios.

Un 63,1% tenía historia clínica, de estos el 71,7% tenían reflejado el motivo de consulta, lo que implica que en un 45'2% de los encuestados existe constancia del motivo de consulta.

De los 252 encuestados, un 72,2% \pm 5,5 manifestaron que se les había explicado el Diagnóstico. De los 76 pacientes con historia clínica, diagnóstico reflejado en ella y a los que el médico les explicó el diagnóstico y lo entendieron, sólo en un 7,9% \pm 6,1 esto era incongruente con los registrados en la historia clínica.

Del total de encuestados, a un 86,9% se le prescribió tratamiento farmacológico, al 7,9% otros tipos de tratamientos y a un 24,6% exámenes complementarios. En aquellos sujetos en los que se pudo contrastar con la historia clínica (159), el mayor nivel de infrarregistro se produjo en el tratamiento farmacológico. A 219 pacientes se les prescribió un total de 344 fármacos y en los que se pudo contrastar el plan de tratamiento con la información contenida en la receta, el 86% \pm 3,6 comprendieron de forma correcta el mismo. Aunque parece existir ($P<0,04$) una mejor comprensión en aquellos pacientes a los que se les prescribió tres fármacos o más, estos resultados deben ser tomados con cautela debido a que en este mismo grupo existe un déficit en la información registrada ($P < 0,0002$).

Solamente un 1,6% de los encuestados se muestran insatisfechos con la consulta médica.

Conclusiones

Existe un nivel de comprensión del diagnóstico y del tratamiento muy aceptable. Sin embargo, estos resultados están empobrecidos por el bajo porcentaje de historias abiertas y por su infratutilización hacia lo cual hay que dirigir las medidas correctoras.

Control de calidad. Nuestra realidad

Control de calidad / evaluación interna / estándar óptimo

Sarmiento Gallego, M.; Cantos García, E.; López Lozano, J. M.; López Martínez, F.; Serrano Navarro, A.

Centro de Salud de Alcantarilla

C/. Carmen, s/n. Alcantarilla. Telfs.: 808706 / 806646

Resumen

La historia clínica es el documento más válido para cualquier control de calidad, tanto interno como externo (3). La aparición de las Normas Técnicas Mínimas (8) permite disponer de una base metodológica estandarizada a la hora de medir y comparar la calidad del proceso científico-técnico en distintos EAPs y/o proveedores de servicios sanitarios. Este trabajo responde a dos objetivos que internamente asumió el EAP:

A. Conocer y cuantificar el grado de calidad de la asistencia prestada, y B. determinar el estándar óptimo asistencial, válido hasta el siguiente período de evaluación.

Los servicios evaluados son: Consulta del adulto. Historia clínica; Vacunación antitetánica; Atención a crónicos: HTA; Captación precoz y seguimiento de la embarazada; Revisión del niño sano: 0-24 meses; Vacunación infantil. La evaluación se realizó durante los meses de julio y agosto de 1993 por muestreo de las historias clínicas, habiendo estratificado previamente por cupos médicos.

El total de historias revisadas es de 1.456, distribuidas entre los distintos servicios evaluados.

Probablemente lo más interesante de esta evaluación interna corresponde al consenso alcanzado para el estándar óptimo para el siguiente período de evaluación. Podemos concluir que esta primera evaluación, al igual que señalar otros autores (10), nos ha descubierto una práctica francamente mejorable, permitiéndonos cohesionar y dotar de objetivos comunes a todo el EAP. Coincidiendo con Palmer (23) en señalar como esencial para un programa de control de calidad la implicación real y afectiva de los profesionales implicados.

Garantía de calidad en Planificación Familiar

Garantía de calidad / Planificación Familiar

Calderó Beá, M.D.; Piqueras González, R.; Albaladejo Nicolás, E.; Sánchez Sánchez, J. A.; Navarro Nuño de la Rosa M.

Centro de Salud B^o Carmen (Murcia)

Prolongación Pedro Flores s/n Centro de Salud Infante (Goya) Murcia. Telf.: 253543 / 843670

Resumen

Un programa de garantía de calidad lleva implícito 3 tipos de actividades complementarias. 1. Detección de situaciones mejorables, 2. Evaluación de la calidad y sus características y 3. Monitorización de indicadores para asegurar unos niveles. En nuestro Centro de Salud, donde estamos llevando a cabo actividades de Planificación Familiar desde 1986, hemos realizado una evaluación sobre calidad asistencial de los últimos 5 años, siendo el objetivo de este trabajo presentar los primeros resultados de garantía de calidad de este programa de salud.

El diseño se realizó en base a la caracterización de los nueve componentes de la evaluación de R.H. Palmer, tal como propone el Programa Ibérico de Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial en A. Primaria.

Destacamos que la dimensión estudiada es la calidad científico-técnica y la accesibilidad. No se evalúa la satisfacción del paciente. El tiempo evaluado ha sido desde mayo 1988 - mayo 1993. El tipo de datos han sido de proceso asistencial y de resultados. Muestra sistemática. Fuente de datos las historias clínicas y las hojas de programas. Revisión interna.

En base a ello se diseñaron unos criterios de calidad aceptados por todos los profesionales implicados, en relación al conocimiento sobre la actividad sexual y métodos anticonceptivos utilizados, actuación correcta en cada método, cumplimiento de los controles y actividades del programa, y presencia de hechos no deseados: Embarazos no deseados, embarazos con período intergenésico menor de 12 meses e interrupciones voluntarias de embarazo.

Con la recogida de datos de las H. clínicas, con muestras distintas dependiendo de cada criterio y su cuantificación se obtuvo el grado de cumplimiento de cada criterio.

Para conocer la cobertura se revisaron las 4.306 H. clínicas de mujeres de 15-49 años, para ver cuantas eran controladas en el centro de salud y COF de referencia. También se calculó la tasa de IVE en todas las mujeres.

Algunos datos se compararon con datos de una evaluación anterior.

Resultados

Destacamos el aumento en el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos utilizados (de 18,89% en 1988 a 33,8% en 1993) y de las mujeres en programa en el centro de salud (de 211 [6,8%] en 1988 a 502 [11,66%] en 1993). La cobertura en cuanto a métodos que precisan control (mujeres en programa en C. salud y COF referencia con ACH y DIU) alcanza a un 17,92% (13,6% en 1988); y la tasa de cobertura incluyendo método barrera y definitivos alcanza un 30,6% de las mujeres en edad fértil.

La evaluación de los criterios de actuación correcta para ACH nos indican un alto cumplimiento de recogida de datos de anamnesis sobre factores de riesgo [90,2%] y entre las que presentaban algún factor de riesgo en 62,5% se había realizado actuación y control del mismo. El cumplimiento de las consultas adecuada es de un 82,35% y el cumplimiento de las actividades en cada control estaba realizado correctamente en 58,8%.

En cuanto a los resultados del programa hubieron 133 embarazos entre las mujeres en programa, 16 (12,03%) de los cuales fueron no deseados. No hubo ningún embarazo con período intergenésico menor de 12 meses y ningún caso de IVE.

Discusión

Creemos que el aumento en la tasa de cobertura es importante, lo que nos muestra que la accesibilidad ha mejorado. De los resultados obtenidos creemos que hay algunos que son claramente mejorables sobre todo el seguimiento de las mujeres con factores de riesgo y las actividades previstas en cada control, así como el resultado en cuanto al número de embarazos no deseados.

Destacamos la necesidad de tomar unas medidas correctoras que son fundamentalmente educativas y de tipo organizativo y con los datos de la evaluación hemos identificado aspectos que pueden ser mejorados y proponemos monitorizar algunos indicadores con un umbral de evaluación para realizar un programa de garantía de calidad completo y estructurado.

Evacuación de la calidad de la atención prestada en un Centro de Salud a pacientes con patología crónica

Evaluación de calidad / Atención Primaria / Patología crónica

Menárguez Puche, J. F.; Alcántara Muñoz, P. A.; Aroca García, M. D.; Alcaraz Martínez, J.; Martínez Martínez, P.

Centro Salud Antonio García/Molina de Segura
Avda. Levante, s/n. 30500 Molina de Segura (Murcia). Telf.: 610545

Objetivo

Evaluar la Calidad de atención prestada en nuestro Centro de Salud (CS) a pacientes hipertensos, diabéticos y dislipémicos; para identificar las causas de los déficits e intervenir sobre ellas.

Material y método

Realizamos un estudio retrospectivo de Evaluación de Calidad (EC) sobre el 100% de pacientes incluidos en el registro de crónicos de los 4 cupos docentes de nuestro CS. Utilizamos la metodología de auditorías hasta su 3ª fase (análisis de hallazgos y detección de deficiencias).

Realizamos la medición a través de criterios explícitos y normativos del proceso de atención sobre estas tres patologías (Normas Técnicas Mínimas). Empleamos como fuente de datos la Historia Clínica evaluando de forma cruzada los cupos (peerreview). El período analizado fue de 1 de febrero de 1992 a 31 de enero de 1993. Obtuvimos el índice de cumplimiento de los diferentes criterios de Calidad, eliminando del cálculo las excepciones.

Resultados

Auditamos 832 Historias (350 hipertensos, 144 diabéticos y 338 hiperlipémicos).

Entre los resultados encontrados para la Diabetes destacamos el elevado nivel de confirmaciones diagnósticas correctas (97,2%). La anamnesis de Factores de Riesgo obtuvo buenos resultados en relación a otros estudios, salvo para los hábitos tóxicos (39,6%). La repercusión visceral fue insuficientemente valorada, sobre todo en lo que respectaba a la neuropatía (13,9%). En cuanto a las peticiones de analítica obtuvimos resultados similares a los de otros estudios, salvo en lo que se refiere a la creatinina (40,3%), fuera de los perfiles habituales de petición de nuestro CS. En el apartado de exploración física los resultados fueron muy pobres para el Fondo de Ojo (18,1%) y exploración nerológica (9,7%) de forma similar a lo que ocurre en otros medios.

Los criterios de Calidad de Hipertensión Arterial eran difícilmente comparables, por ser poco homogéneos respecto a los de otros estudios. La correcta confirmación del diagnóstico con tres tomas se cumplió en un 72,3%. La exploración física tuvo resultados pobres, básicamente por la escasa cumplimentación de la talla (47,2%). Las peticiones de iones se situaban sólo en un cumplimiento del 14,6%, al no estar prevista de forma rutinaria su petición en nuestro protocolo de seguimiento. El EKG anual se situó a niveles similares a los de otros casos (72,2%).

Los resultados obtenidos sobre dislipemias no son comparables al no haber encontrado estudios de referencia. Aunque mejorables podemos considerarlos a un buen nivel, probablemente como consecuencia de la realización durante el año evaluado de una actividad de Evaluación y Mejora de la Calidad sobre esta patología.

Conclusiones

- Los estudios de EC son útiles para identificar los problemas causantes de déficits de Calidad en Atención Primaria de Salud.
- Las Normas Técnicas Mínimas son criterios válidos para su aplicación en nuestro medio, y permitirán en el futuro mayor fiabilidad en las evaluaciones.

COMUNICACIONES A LA MESA REDONDA:

«EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA»

Lugar: Hotel Monreal • 4-3-94

- 17.50 h. «Educación socio-sanitaria de un barrio marginal, hábitos bucoden-
tales como experiencia piloto».
- 18.00 h. «Educación y Salud: Una experiencia multidisciplinar».
- 18.10 h. «Uso correcto de los inhaladores en Atención Primaria. Evaluación
de un protocolo de Educación Sanitaria. Papel de enfermería».

Educación Socio-Sanitaria de un barrio marginal, hábitos bucodentales como experiencia piloto

Atención Primaria / Participación Comunitaria / Educación Sanitaria

Pérez Muñoz, M. C.; Sánchez Estévez, V.; Barco Fernández, V.; Saiz Carboneras, C.; Nieves González, G.; Fernández Saura, M. R.

Centro de Salud de La Ñora

C/. Cabrera, 35. La Ñora (Murcia). Telf.: 805153

Resumen

Esta intervención demuestra la posibilidad de establecer contactos estables, entre los equipos de Atención Primaria y colectivos ciudadanos que por su idiosincrasia particular, o por las características de su propio entorno, son víctimas de la marginación.

Esta experiencia recoge tareas de Prevención y Promoción de la salud, caracterizándose por dos rasgos innovadores:

Educación en el propio barrio.

Educación no sólo Sanitaria, sino complementada por la parte social, o sea intervención Socio Sanitaria.

Se utiliza una metodología participativa, con un diseño anteroposterior. Se procede al análisis de contenido a través de los documentos recogidos tras la impartición de las sesiones.

La intervención se centra en la adquisición de hábitos si bien transversalmente, se tratan otros muchos aspectos deficitarios de un barrio marginal, con el fin de minimizar al máximo este toque de marginalidad y potenciar el acercamiento al Centro de Salud.

Escuela y Salud: una experiencia multidisciplinar

Educación para la Salud / Escuela

Carmen Mondéjar Gil; José Cruzado Quevedo; Encarnación Martínez Sánchez; Felipe Hernández Hernández y Julián Alcaraz Martínez

Concejalía de Salud, Consumo y Medio Ambiente.

Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de Molina

Centro de Servicios Sociales

C. P. El Romeral, C. P. El Sifón, C. P. El Taller, C. P. La Purísima

C. P. Ntra. Sra. de Fátima, C. P. San Antonio, C. P. Vega del Segura

Avda. de Levante, s/n. 30500 Molina de Segura (Murcia). Telf.: 615650

Introducción

La Educación Sanitaria es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos.

Proponemos un programa de *Educación para la Salud (EpS)* en la Escuela como un proceso de información, de responsabilización del individuo, a fin de potenciar los aspectos saludables de la vida del centro, transformar colectivamente aquellos aspectos que no sean saludables y conseguir que el alumno y alumna interiorice hábitos, actitudes, valores, conocimientos y habilidades para la defensa y la promoción de la salud individual y colectivamente.

Objetivos

La escuela es el campo de acción en el que resulta más rentable la EpS. Los alumnos y alumnas no han desarrollado todavía hábitos insanos, por lo que este programa de EpS tiene por objetivo aumentar los conocimientos de los componentes de la comunidad escolar y potenciar actitudes y hábitos positivos de salud en materia de *Alimentación y Nutrición, Educación Sexual, Salud Ambiental*, así como corregir actitudes y creencias en relación con el *Consumo Excesivo de Alcohol* y otras sustancias nocivas.

Resulta prioritario en esta actuación la *Formación del profesorado en temas de EpS*, ya que deben ser ellos los principales agentes de la Educación Sanitaria en la Escuela; así como también es fundamental la *participación y colaboración de los padres y madres de alumnos/as*.

Material y método

Nuestra intervención se dirigió a toda la comunidad escolar y el número de colegios participantes en esta experiencia fue siete de un total de 18 a los que se le informó de este programa de EpS.

Se creó un equipo multidisciplinar (7 docentes, 2 sociosanitarios 1 especialista en Sexualidad y otro en Medio Ambiente).

Se acordó trabajar con 4 módulos: *Alimentación y Nutrición, Educación Sexual, Salud Ambiental y Prevención del Alcoholismo*, con las siguientes líneas de trabajo.

- Formación del profesorado en EpS: a través de Seminarios, grupos de trabajo y talleres sobre la integración curricular de la EpS y la adquisición de conocimientos en estos temas.
- *La labor con el alumnado en el aula y fuera de ella*: donde cada profesor con ayuda de los sociosanitarios y otros profesionales, desarrolla uno o varios de dichos temas.
- Trabajo con las familias y población en general en temas de salud, conjuntamente por los profesores y sociosanitarios.

Resultados

Los resultados obtenidos de este programa de EpS se han valorado a través de una encuesta evaluativa a los profesores/as participantes en el mismo.

La participación del Profesorado en las actividades de formación en EpS es de 34 profesores en el módulo de Alimentación y Nutrición, 22 en Educación Sexual, 25 en Salud Ambiental y 9 en Prevención del Consumo Excesivo de Alcohol.

El 80% del *profesorado* admite haber ampliado sus conocimientos en estos temas de salud, además de servir de intercambio de nuevas experiencias en este campo de la EpS. Admiten haber conseguido una mejora en los hábitos y actitudes del *alumnado* (con una participación de 3.200 alumnos/as, que ha realizado las actividades y talleres propuestos, con un grado de participación distinto según los siete centros escolares y ha estado en función del nº de profesores participantes de cada uno de ellos.

La participación de los *padres y madres de alumnos/as* no ha sido la deseada (unos 548 padres/madres). Las reuniones y coordinación con las familias no han sido todo lo intensas como creemos necesario, con una muy baja asistencia e interés por conocer y colaborar en las actividades desarrolladas por sus hijos/as.

Los sociosanitarios implicados en esta experiencia fueron 7 médicos, 4 enfermeras, 1 trabajadora social, 1 psicólogo y 1 especialista en medio ambiente.

Conclusiones

Se hace necesario *continuar y ampliar esta labor de introducción de la EpS en la Escuela* con la formación de un grupo multidisciplinar, a través de grupos de trabajo y talleres con el asesoramiento y participación de sociosanitarios y especialistas en sexualidad y medio ambiente, así como con el apoyo de las instituciones (Ayuntamiento y Centro de Salud).

Hemos dotado al profesorado de mayor información, cursos y material didácticos para la experimentación de los más de Eps en el aula, por ser ellos los auténticos vectores de la Educación Sanitaria en la Escuela.

Es difícil conocer los cambios de actitudes y habilidades de los componentes de la comunidad escolar, por estar muy arraigados. Vemos necesario realizar muestra de cambios de actitudes para evaluar los resultados de nuestra intervención con temas de EpS.

Se precisa incorporar todo tipo de actividades al horario escolar del profesor y que se reconozca como una continuidad del trabajo que se desarrolla en la escuela.

Uso correcto de los inhaladores en atención primaria. Evaluación de un protocolo de Educación Sanitaria. Papel de Enfermería

Atención Primaria / Inhaladores

Talave, J.; Gomariz, C.; Cervantes, A.; T. Amorós

Centro de Salud de Santomera
C/. Gloria s/n. Telf.: 860251

Resumen

Fueron evaluados 55 pacientes de la zona de salud de Santomera que usaban inhaladores (IA). El 78,18% de ellos cometían uno o varios errores al realizar la técnica inhalatoria.

Se realizó un protocolo de Educación Sanitaria para el uso correcto de IA y los enfermos fueron citados en consulta programada de enfermería. El enfermero/a les realizó una demostración práctica y revisó al mes y a los dos meses a los que seguían cometiendo errores en el uso del IA. En algunos casos (niños y ancianos sobre todo) se recomendaron con éxito cámaras de inhalación.

A los 9 meses, solamente 15,56% de los pacientes que recibieron educación sanitaria cometían errores en el uso de IA.

La Educación sanitaria mejora la técnica de administración de IA, contribuyendo a alcanzar su verdadera eficacia y obteniendo mejoras en la relación coste/beneficio, siendo fundamental el papel de enfermería en la realización de este protocolo.

COMUNICACIONES A LA MESA REDONDA:

«ANTIBIÓTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA»

Lugar: Hotel Monreal • 5-3-94

10.30 h. «Uso de los antibióticos en patología respiratoria de un Centro de Salud».

Uso de antibióticos en patología respiratoria de un Centro de Salud

Antibióticos / Enf. Respiratorias / Atención Primaria

Santo González, A.; Guillén Pérez, M.; Gómez Gotor, M. C.; Cerezo Corbalán, J. M.; Arnaldos J. D.

E. A. P. Beniaján

C/. Dr. Marañón, 2 3ªA. 30008 Murcia. Telf.: 247656

Objetivos

Se han pretendido analizar el uso que se ha hecho de los antibióticos tomando como patrón de referencia el mapa microbiológico que para nuestra región realizó la Unidad de Infecciosas de Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Material y método

Estudio descriptivo-retrospectivo sobre un total de 168 casos seleccionados aleatoriamente del fichero de historias clínicas, definiendo como caso aquellas patologías respiratorias que han sido tratadas con antibioticoterapia. La revisión de los casos ha sido realizada por los mismos médicos intercambiando cupos. El tratamiento estadístico se ha realizado con el programa EPIINFO de la O.M.S.

Resultados

Las patologías que ocasionaron la antibioticoterapia fueron en el 70% de los casos las amigdalitis pultaceas y las traqueobronquitis. Una pequeña porción de la muestra, 9%, representa los pacientes con diagnóstico de IRA o gripe tratados con antibióticos.

Los grupos antibióticos usados con más frecuencia son los macrólidos, 28,5%, las penicilinas solas, 22,62%, o asociadas a inhibidores de las β -lactamasas, 25%. Con estos grupos se han tratado las tres cuartas partes de los pacientes estudiados.

Cuando coexiste una enfermedad de base parece que las cefalosporinas de tercera generación y las quinolonas son seleccionadas con más frecuencia.

Por otra parte, a los casos de la muestra con enfermedad de base que habían recibido antibióticos previos le fueron administradas cefalosporinas de tercera generación o quinolonas. Por contra, cuando en este mismo grupo de pacientes no se han administrado antibióticos previamente, el grupo de los macrólidos toma relevancia terapéutica.

En cuanto a la correlación entre grupo antibiótico empleado y entidad nosológica diagnosticada encontramos que la mayor parte de las IRAs-gripe, amigdalitis pultaceas y sinusitis-otitis han sido tratadas con penicilinas solas o asociadas a inhibidores de las β -lactamasas (dos tercios del total de casos con estas patologías).

Las reagudizaciones de E.P.O.C., más frecuentes en el grupo de fumadores, son tratados sobre todo con cefalosporinas de tercera generación y quinolonas. Los pacientes diagnosticados de traqueobronquitis o de «otras patologías», teniendo en cuenta que en este último grupo están incluidas las neumonías, han tomado macrólidos como tratamiento de elección.

Conclusiones

1. Los grupos antibióticos más utilizados en nuestro centro son las penicilinas unidas o no a inhibidores de las β -lactamasas, seguidas de los macrólidos.
2. Detectamos casos diagnosticados de enfermedades de etiología viral tratados con antibióticos.
3. Hemos sobreutilizado los macrólidos en el grupo de pacientes con enfermedad de base.
4. Presentamos una infrautilización de fármacos de que se pueden considerar como de segunda elección, como cefalosporinas de segunda generación, amoxicilina-clavulánico o ampicilina-sulbactam, frente a otras consideradas como de tercera elección, cefalosporinas de tercera y quinolonas.
5. Consideramos necesario entablar vías de diálogo entre los servicios de microbiología del área y sus equipos de atención primaria para acercar en lo posible el empirismo a la realidad microbiológica de cada zona.
6. Creemos necesario desarrollar protocolos de diagnóstico y tratamiento en patología infecciosa del aparato respiratorio para conseguir una mayor eficacia y eficiencia de los fármacos pautados.

COMUNICACIONES A LA MESA REDONDA:

«ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA REGIÓN DE MURCIA»

Lugar: Caja de Ahorros del Mediterráneo • 5-3-94

- 18.00 h «Propuesta de una clasificación de actividades en Atención Primaria de Salud».
- 18.10 h. «Participación de la colectividad en la identificación de los problemas de salud. Experiencia en la realización de la primera fase del diagnóstico de salud participativo».
- 18.20 h «La consulta telefónica: ¿Una alternativa asistencial en Atención Primaria?»
- 18.30 h «Trabajo social y Atención Primaria de salud».
- 18.40 h. «Organización y puesta en funcionamiento de un Centro de Salud. Evaluación de 10 meses de trabajo».

Propuesta de una clasificación de actividades en Atención Primaria de Salud

Atención Primaria / Actividades / Clasificación

José Saura Llamas

Centro de Salud B^o del Carmen-Murcia

C/. Atenea, nº 21, 30120 El Palmar (Murcia). Telf.: 846271

Objetivos

Tras justificar la necesidad de introducir una nueva clasificación de actividades, ya que la actualmente existentes para la Atención Primaria de Salud, son incompletas e ineficaces; con esta propuesta se pretende alcanzar los siguientes objetivos: Ofrecer a los profesionales una adecuada Clasificación de Actividades, que pueda cumplir funciones de Planificación y Funcionamiento en los E. A. P., poder definir una auténtica Cartera de Servicios posibles a la población, utilizar códigos iguales para actividades iguales, como base de distintos Sistemas de Información, para establecer criterios de archivo y bibliometría, para facilitar la elaboración de repertorios bibliográficos y con carácter docente.

Material y métodos

Tras la elaboración de un documento inicial en base a la bibliografía más importante, se distribuyó entre distintos expertos de Atención Primaria, de distintas instituciones. Y tras una reelaboración aceptando las sugerencias y modificaciones, se presenta aquí el resultado documental del consenso de dichos profesionales.

Resultados

Se recoge aquí la propuesta inicial de una clasificación de actividades en Atención Primaria, cuyos apartados o ítems fundamentales son:

- I. De Administración en Salud:
 - 1.1. Planificación y Programación en Salud.
 - 1.2. Organización del Trabajo.
 - 1.3. Funcionamiento.
 - 1.4. Sistema de Información.
 - 1.5. Coordinación - Dirección.
 - 1.6. Gestión.
 - 1.7. Atención Administrativa a la Población.
 - 1.8. Evaluación.
- II. De atención directa a la población:
 - 2.1. Promoción de la Salud.
 - 2.2. Prevención de la Enfermedad.
 - 2.3. Atención a la Demanda. Atención individualizada.
 - 2.4. Los Servicios de Apoyo de la A. P. S.
 - 2.5. Atención Protocolizada.
 - 2.6. Atención a la Familia.
 - 2.7. Atención P^a. Orientada a la Comunidad: Los Programas.
 - 2.8. Recuperación de la Salud.
 - 2.9. Trabajo Social.
- III. Docencia.
- IV. Investigación.
- V. Participación.

Observaciones

Por el tipo de trabajo realizado, este documento se adapta mal a los requisitos normativos de las comunicaciones.

Participación de la colectividad en la identificación de los problemas de salud. Experiencia en la realización de la primera fase del Diagnóstico de Salud Participativo

Diagnóstico de Salud / Participativo / Participación Comunitaria

Cervantes, M. A.; Nicolás Marín, C.; Gozalo, P.; Montoya, I.; Marset, P.

Centro de Salud de Santomera y Departamento de Ciencias Sociosanitarias.
Facultad de Medicina.

C/. La Gloria, s/n. Santomera. Telf.: 860251

Resumen

Se expone la experiencia obtenida con la elaboración del Diagnóstico de Salud Participativo del Centro de Salud de Santomera realizado con la intención de incorporar a la colectividad en la identificación de los problemas de salud más importantes para la población y así conseguir la participación de la misma en la erradicación de sus causas. Por otra parte se muestran los resultados de la tarea hecha por el EAP del Centro de Salud para caracterizar mediante indicadores adecuados el estado de salud de la población de Santomera, Diagnóstico de Salud «clásico» (datos demográficos, registro de crónicos, tasa de frecuentación al Centro por motivos de consulta, ILT, frecuentación a urgencias hospitalarias, ingresos hospitalarios, EDO y mortalidad). Finalmente se contrastan los resultados obtenidos por ambos procedimientos, concluyendo la gran concordancia existente, así como la importante participación de la población en la identificación de sus problemas (340 encuestas de una muestra aleatoria y estratificada).

Los principales problemas de salud señalados hacen referencia a los trastornos musculoesqueléticos, los asmáticos y alérgicos, cardiovasculares, y digestivos, planteándose propuestas de intervención colectiva acorde con las causas aducidas para su presencia y desencadenamiento.

Se comentan las dificultades para el pleno desarrollo de las tareas de participación comunitaria en APS.

La consulta telefónica: ¿Una alternativa asistencial en Atención Primaria?

Primary Care / Telephone / General Practice

Capitán Guarnizo, E.; Saura Llamas, J.; León Martínez L.; Regojo Almela, M.; Parra Hidalgo, A.

Centro de Salud B^º del Carmen
C/. Prolongación Pintor Pedro Flores, s/n. 30011 Murcia. Telf.: 253543

Objetivo

Valorar la utilidad de la consulta telefónica como alternativa a las consultas sucesivas ambulatorias o de seguimiento en Atención Primaria.

Material y método

Diseño: Se trata de un trabajo prospectivo y de intervención. Realizado en dos cupos de Medicina de Familia. Duración 1 año.

Emplazamiento: Atención Primaria de Salud. Centro de Salud del B^º del Carmen. Murcia.

Pacientes u otros participantes: Pacientes que acuden a la consulta, y que como consecuencia de su proceso de atención precisan reconsultas. Criterios de selección: Pacientes con los que se concertaba una consulta telefónica. Médicos y Enfermeras de dos cupos de Medicina de Familia.

Intervenciones: Selección de los pacientes a llamar por teléfono. Realización de las reconsultas a través del teléfono. Seguimiento del resultado de esas consultas telefónicas.

Mediciones: Se han evaluado las siguientes variables: —n^º de Historia Clínica. —Sexo. —Edad. —Motivo de consulta. —Petición o no de analítica. —Tipo de consulta. —Hora de la llamada. —Resultado de la consulta.

Tratamiento estadístico: Paquete estadístico EPI Info y CD Base. Estudio descriptivo: distribución de frecuencias absolutas y porcentajes de cada variable. Estudio analítico: Relación entre variables aplicando el test de Pearson y análisis de residuos.

Resultados

Existe un claro predominio de mujeres (77,7%) que utilizan este tipo de consulta. El mayor número de llamadas concertadas (83,8%) se realizaron para informar sobre el resultado de la analítica y/o pruebas complementarias.

Destaca el alto porcentaje de casos (92,7%) en los que la consulta se resolvió con una sola llamada telefónica, independiente del tipo de actividad que se desarrolló durante la misma.

Conclusiones

La consulta telefónica concertada ha demostrado en este estudio ser una alternativa asistencial eficaz y con una gran aplicabilidad en Atención Primaria.

Trabajo Social y Atención Primaria de Salud

Trabajo Social / Modelo de Salud

Lourdes Matas Pita; Pilar Gozálo Jorge; Amor Gea Serrano; M^a Carmen Carrión María; Antonio Lozano Monreal

Centros de Salud de Vistabella, Sta. María de Gracia, Santomera, Jumilla y Cieza. IFP Jumilla.

Avda. Reyes Católicos, s/n. 30520 Jumilla (Murcia). Telf. y fax: 783464

El objetivo

De nuestro estudio es conocer la opinión de los sanitarios de los EAP acerca de los trabajadores sociales, como un recurso humano más de nuestro sistema de salud.

Material y método

Para ello se diseñaron dos encuestas paralelas para T. Sociales y sanitarios de las áreas de Cartagena y Murcia.

De los 503 sanitarios de estas áreas, sólo se pasan encuestas a 455 (90,45%) y de estos, las contestan 323 (un 70,98% de los encuestados), lo que, para un nivel de confianza del 99,7%, supone un margen de error del ± 5 .

Resultados y discusión

De los profesionales sanitarios que contestan la encuesta, un 82,352% considera al T. Social miembro del EAP. Un 98,142% considera necesaria la figura del T. Social en los EAP; un 84,82% opina que ésta no podrá ser sustituida por una coordinación con los Servicios Soc. Municipales y como consecuencia lógica de lo dicho, un 94,736% piensa que el T. Social favorece el funcionamiento de los EAP.

Por otro lado, un 84,210% de los profesionales sanitarios han derivado alguna vez al T. Social, aunque resulta relevante que más del 50% (54,323%) lo haya hecho hace más de 1 mes, y esto a pesar de que el 82,72% de los profesionales que han derivado en alguna ocasión mantienen haber notado los efectos de la intervención del T. Social.

Sin embargo, también los datos revelan una infrutilización del T. Social en los EAP: Un 69,34% de los sanitarios y un 80% de los T. Sociales piensa que está siendo infrutilizado en su Centro. Y a todo esto hay que añadir las confusiones en cuanto a las funciones propias de este profesional en AP ya que, frente a un 69,04% de los sanitarios que dicen creer conocer las funciones del T. Social, un 80% de éstos, opinan que son desconocidas por sus compañeros; lo cual parece corroborarse si pensamos que un 75,32% de los sanitarios atribuyen al T. Social funciones de gestión económica.

Pero resulta alentador que ya más de 1/3 de estos sanitarios marquen entre las funciones propias del T. Social las de prevención, así como el alto porcentaje (un 64,396%) que cree necesaria la participación del T. Social en todas las actividades encomendadas a los EAP y, en todo caso, en aquellas de promoción (un 75,52% del resto).

Los profesionales sanitarios conocedores de las actividades que los T. Sociales realizan en los Centros:

Actividad	Sanitarios que conocen que se realizan	T. Sociales que las realizan
Tto. individual-familia	79,876%	80%
Grupos de autoayuda	56,346%	26,66%
G. EpS y/o promoción de Salud	62,222%	80%
Participación comunitaria. Consejos de Salud	71,207%	86,66%

Y conocedores de la importancia que el aspecto psicosocial tiene en el binomio salud-enfermedad, ya que en una puntuación de 0 a 5 el 40,247% da un 4 y el 43,343% da un 5; son

capaces de comprender la infrautilización del T. Social en cuanto nos encontramos inmersos en un sistema de salud eminentemente curativo, según afirma la mayoría de los sanitarios (el 65,63%) y el total de los T. Sociales. Ambos se mostraron de acuerdo en que sólo en un modelo promotor de salud el T. Social podría desarrollar plenamente sus funciones (un 71,51% de sanitarios y el 100% de los T. Sociales).

Conclusiones

1. La labor de los T. Sociales en los EAP es ampliamente reconocida por sus compañeros, sobre todo en lo que se refiere al aspecto asistencial.
2. Los T. Sociales en los Centros de Salud de la Región de Murcia, están siendo infrautilizados por los EAP en todo aquello que traspasa lo asistencial.
3. Los sanitarios conocen las actividades que los T. Sociales realizan en los centros, aunque desconocen sus funciones; asimismo son capaces de vislumbrar el potencial profesional de esta figura en un modelo más promotor de salud para el que estaban orientados.
4. Algo se está moviendo en la AP y en el modelo en que ésta se basa; en este movimiento los T. Sociales están teniendo mucho que ver y así es reconocido por sus compañeros.
5. Sería necesario un cambio en la formación de los sanitarios (menos clínica) y en la filosofía que mantienen las políticas, así como la introducción en el sistema de más agentes capaces de abordar ese aspecto psicosocial para alcanzar estudios más adecuados hacia un modelo verdaderamente promotor de salud, donde la comunidad activa y dinámica juega el papel principal.

Organización y puesta en funcionamiento de un Centro de Salud. Evaluación de 10 meses de trabajo

Atención Primaria / Organización

Martínez Núñez, Valero; Salvestrini Rodríguez, Mario; Bort García, Gaspar; Escribano Abellón, Silvia; García Conesa, Sebastián

Centro de Salud «La Paca» (Lorca) - Telf.: 491111

El trabajo consiste en una evaluación de los objetivos trazados antes de la entrada en funcionamiento del Centro de Salud tras 10 meses de actividades.

Objetivos

1. Ordenar la actividad asistencial.
2. Mejorar la satisfacción del usuario.
3. Introducir actividades de promoción de la salud, de prevención y recuperación de la enfermedad mediante la implantación de programas de salud.
4. Potenciar la participación comunitaria.
5. Fomentar el concepto de grupo en el E.A.P.
6. Introducir en el E.A.P. actividades de formación continuada docencia e investigación clínico-epidemiología.

Metodología

Para conseguir los objetivos marcados, se informatizarán todos los sistemas de información del Centro, a fin de tener disponibles mes a mes los indicadores del E.A.P.

Se potenciarán las actividades del programa mostrador para medir la accesibilidad de la población.

La organización del P.A.C. se basará en protocolos de actuaciones en casos de Urgencia, tratando de derivar lo menos posible al Hospital y de conocer los motivos de consulta.

Durante 1993 y 1994 se introducirán los programas del niño sano, H.T.A., atención a la mujer, diabetes, atención a domicilio, salud buco-dental y vacunaciones.

Durante 1993 se establecerán relaciones con los informadores de la comunidad, a fin de que a principios de 1994 se constituya el Consejo de Salud.

La organización del E.A.P. se basará en los principios de la dirección por objetivos. La delegación de responsabilidades y la creación de área de trabajo, se establecerá la realización de una sesión Clínica semanal, la rotación del personal por Urgencias Hospitalarias y la realización de una investigación Clínico-Epidemiología anual.

Resultado

Están informatizados todos los sistemas de registro del Centro de Salud, lo que nos permite conocer mensualmente todos los indicadores de Medicina y Enfermería de la zona e introducir factores de corrección. Durante el tiempo transcurrido las actividades de Medicina y enfermería se han dirigido fundamentalmente a la puesta en marcha de programas de Salud. Durante estos 10 meses se han atendido 3.325 URGENCIAS en el P.A.C., se han derivado al Hospital 4.5%. Por cada usuario atendido se le ha ahorrado al hospital 3.963 ptas. al no ser derivados o atendidos en primera instancia por la puerta de URGENCIAS del hospital.

Se han puesto en marcha los programas del Niño Sano, Mujer y H.T.A.

En marzo de 1993 se formó el Consejo de Salud.

Conclusiones

1. Es necesario disminuir los indicadores de presión asistencial y frecuentación mediante la implantación de programas de Salud.
2. La implantación del P.A.C. ha supuesto un importante beneficio social y económico.
3. El Consejo de Salud debe asumir más responsabilidades y formar parte activa de las dedicaciones del Centro de Salud.

COMUNICACIONES LIBRES:

Lugar: Hotel Monreal • 4-3-94

- 13.00 h. «Evaluación económica del programa de Atención continuada de un Centro de Salud rural»
- 13.10 h. «Hábito tabáquico y actitudes de los profesionales de un Centro de Salud».
- 13.20 h. «Vacunación antigripal personalizada».
- 13.30 h. «Absentismo laboral en relación con los factores de riesgo de una zona de salud».
- 13.40 h. «Abordaje integral de la ansiedad en Atención Primaria».
- 13.50 h. «Diagnóstico prenatal y consejo genético en la zona de Cieza. Evaluación de un año».

Lugar: Caja de Ahorros del Mediterráneo • 4-3-94

- 19.30 h. «El paciente que multiconsulta en Atención Primaria de salud».
- 19.40 h. «Estudio de la prescripción de fármacos a través de la cartilla de largo tratamiento en un Centro de Atención Primaria».
- 19.50 h. «Relación entre la calidad química del agua de bebida y la salud de la población de la Región de Murcia».
- 20.00 h. «Las remisiones de pacientes desde la Atención Primaria hasta la atención especializada en un área de salud».
- 20.10 h. «Análisis de la publicación científica en Atención Primaria en la Comunidad Murciana en el período 1988-1992».
- 20.20 h. «Cobertura e inmunorespuesta a la vacunación sistemática antihepatitis B en preadolescentes de la ciudad de Elche».

Evaluación económica del programa de atención continuada de un Centro de Salud Rural

Coste-Beneficio / Urgencias / Atención Primaria

Usera Clavero, Marisa; Gris Peñas, Antonio; García Conesa, Sebastián; Salvestrini Rodríguez, Mario; Escribano Abellón, Silvia

Consejería de Sanidad, Centro de Salud La Paca
Ronda de Levante, 11. 30008 Murcia. Telf. 362246

Objetivos

1. Evaluar aplicando la Técnica Coste-Beneficio, la rentabilidad social del Programa de Atención Continuada del Centro de Salud de La Paca.
2. Valorar la relación entre la demanda del servicio y la oferta, en función del grado de accesibilidad.

Metodología

Los costes y beneficios del Programa corresponden el periodo de tiempo del 1 al 30 de junio de 1993, se ha utilizado la clasificación de CULLIS Y WEST:

- 1) Costes tangibles directos:
 - Costes de personal y funcionamiento del centro (material, fungible, farmacia, luz, gasolina, etc.).
- 2) Costes tangibles indirectos:
 - Gastos del usuario al desplazarse al Centro de Salud en sus medios.
 - Gastos del usuario que se desplaza al Centro de Salud y después es derivado al hospital en sus propios medios. Se han calculado a una media de 6 litros de gasolina por 100 Km. (103 ptas. litro).
- 3) Costes intangibles directos:
 - Tiempo de trabajo perdido por los usuarios al desplazarse al Centro de Salud (parte proporcional del salario mínimo).
- 4) Beneficios tangibles directos:
 - Ahorro del coste de la utilización del Servicio de Urgencias del hospital de referencia, pedido en U.P.A.S. no ingresadas.
- 5) Beneficios tangibles indirectos:
 - Ahorro del coste de desplazamiento de los usuarios al Hospital de referencia.
- 6) Beneficios intangibles directos:
 - Tiempo de trabajo productivo ganado por el usuario al no desplazarse al hospital.
 - Ahorro en pruebas complementarias de LABORATORIO y RADIOLOGÍA por parte del profesional del Centro de Salud.

Resultados

El coste total por hora de funcionamiento del P.A.C. es de 2.395 ptas. El coste por cada paciente atendido en el P.A.C. es de 3.412 ptas.

Durante el mes a estudio se ha producido un ahorro de 1.446.565 ptas. al ser atendidos en el P.A.C. 365 pacientes y sólo derivados el 5%.

Por cada habitante de la zona de salud se produce un ahorro mensual de 370,25 ptas.

Se obtiene un beneficio de 3.963 ptas. por cada usuario que es atendido en el P.A.C. y no derivado al hospital.

Condiciones

- 1) La implantación de un P.A.C. en una zona de salud rural supone aparte del beneficio social, un importante beneficio ECONÓMICO.
- 2) Por cada persona atendida en el P.A.C. y no derivada al hospital se le ahorra al sistema 3.960 ptas.
- 3) El ahorro mensual al sistema sanitario que ha representado la puesta en marcha del P.A.C. es de 1.446.656 ptas.
- 4) La razón BENEFICIO / COSTE es de 2,16.

Vacunación antigripal personalizada

Inmunization / Influenza / Informatic Records / Risk Factor

Llorca Bueno, Vicente; Paredes Pardo, Joaquín; Alonso Díaz, José Luis;
Defior Monter, Sara

Periférico Bº de la Concepción. Cartagena
Centro de Salud del Pego. Alicante
Forense
Registro Civil. Cartagena

C/. Alfonso X el Sabio, nº 10 - 3º. 30204 Cartagena. Telf.: 509914

Objetivo

Aumentar el porcentaje de vacunación de la población de riesgo frente a la gripe.

Material y Método

Estudio transversal y descriptivo. Actuación sobre el cupo médico 2.371 historias clínicas informatizadas con el programa FIMÉDIC. Envío de carta personalizada a todos los pacientes con los factores de riesgo recomendados (852).

Resultados

De los 852 pacientes citados por carta 453 acuden a vacunarse y 94 justifican su ausencia por diversos motivos. El porcentaje de vacunación pasa del 26,88% de la campaña del año pasado al 53,17% del actual. La mejor respuesta se obtiene por parte de los pacientes citados por EPOC, siendo la de los fumadores más baja que la de los demás.

Conclusiones

La campaña de carta personalizada aumenta mucho la cooperación de los pacientes en campañas sanitarias a un coste razonable, siempre que se disponga de ficheros informatizados de los historiales clínicos de los pacientes.

Aunque se dobla el porcentaje de vacunación no se llega a los niveles recomendados del 80%.

Según el factor de riesgo por el cual se cita a los pacientes, la respuesta a la citación es desigual, siendo máxima en los EPOC y significativamente menor ($p < 0,001$) en los fumadores; lo que nos lleva a la conclusión de que en este colectivo es necesario potenciar las campañas de educación sanitaria.

La carta individualizada y firmada por el médico de familia aumenta la respuesta y mejora la relación médico-paciente al sentirse tratado de forma más personal.

Absentismo laboral en relación con los factores de riesgo en una zona de salud

Absentismo Laboral / Factores de Riesgo Laborales / Accidentes Laborales

Cruzado Quevedo, J.; Alcaraz Martínez, J.; García Sánchez, A.; Herranz Valera, J. J.; Brotons Pompou, M. L.

Centro de Salud de Molina de Segura
Avda. Pío Baroja, 5 3ºH. 30011 Murcia. Telf.: 253454

Objetivo

Conocer la relación existente entre cada riesgo y las bajas por accidente laboral, por enfermedad común e incluso con el absentismo que no precisó de baja oficial.

Material y método

Es un estudio transversal descriptivo realizado a través de una encuesta de base poblacional con 124 preguntas cerradas, realizada por personal adiestrado y de las que analizamos 37 para cubrir los objetivos de este estudio.

La población diana han sido los individuos mayores de 18 años incluidos en el padrón municipal de 1986 y del que se extrajo una muestra de 1.071 personas obtenida aleatoriamente. La confianza fijada fue del 95% y la precisión de 3%.

Las preguntas relacionadas con la salud laboral, fueron contestadas únicamente por los ocupados que habían trabajado más de tres meses en el último año (440 encuestados), con el fin de evitar sesgos debido a períodos laborales muy cortos.

La significación estadística de los resultados obtenidos fue determinada mediante el test de la Chi-cuadrado de Pearson y el análisis de residuos.

Resultados

En relación a las condiciones sanitarias de medio laboral, se identificaron como los más frecuentes los siguientes riesgos: trabajar de pie (65,1% del total de trabajadores encuestados) y ruidos (37,5%).

Como indicadores de absentismo laboral identificamos el número de bajas por enfermedad común (9,7%), bajas por accidente laboral (3,4%) y personas que faltaron a su trabajo por enfermedad sin precisar baja (4,8%).

Encontramos que existía asociación estadísticamente significativa entre el padecer calor y baja laboral por enfermedad común de menos de 60 días ($p < 0,05$), y entre no conducir vehículos y baja laboral por enfermedad común ($p < 0,01$).

Al cruzar la variable «baja laboral por accidente de trabajo» con los diferentes riesgos laborales, encontramos asociación estadísticamente significativa en los individuos que señalaron como riesgo la mala iluminación ($p < 0,006$), la mala ventilación en el lugar de trabajo ($p < 0,0004$) y los que declararon manejar máquinas ($p < 0,01$). No encontramos asociación estadística entre bajas por accidente de trabajo y el resto de riesgos laborales.

En relación con el «absentismo laboral sin causar baja laboral» (por motivos de salud o visita al médico), se encontró significación estadística en su relación con mala iluminación en el puesto de trabajo ($p < 0,03$) y mala ventilación ($p < 0,05$).

Conclusiones

El «trabajar de pie» y «trabajar con ruidos» pese a ser señalados como los riesgos de mayor frecuencia, no se relacionan con situaciones que ocasionen absentismo laboral.

El riesgo laboral de «padecer calor» se encuentra con mayor frecuencia de lo esperado entre los que refirieron haber estado en baja laboral por enfermedad común.

La «mala ventilación», «la mala iluminación» y «el trabajar con maquinaria pesada» se relacionan con mayor frecuencia de lo esperado con los que refirieron haber estado en baja laboral por accidente de trabajo y a su vez los dos primeros de los señalados con los que consultaron al médico con mayor frecuencia.

Abordaje integral de la ansiedad en atención primaria

Abordaje social / Ansiedad / Atención Primaria

Menárguez Puche, J. C.; Alcántara Muñoz, P. A.; Cazorla González, M. A.; Mayoral Sánchez, M. T.; Plaza Monteagudo, A.

Centro de Salud Molina de Segura
Avda. Levante, s/n. 30500 Molina de Segura (Murcia). Telf.: 610545

Objetivo

Abordar la ansiedad desde un punto de vista integral, identificando los aspectos sociales que nos permitan elaborar estrategias de intervención global e individual sobre nuestros pacientes ansiosos.

Material y método

El estudio se realizó con una primera fase de captación y una segunda de entrevista estructurada. Identificamos los pacientes a través del Sistema de Información de Centros de Atención Primaria (S.I.C.A.P.), concertando posteriormente una cita. Tras confirmar el diagnóstico con la DSM-III-R, se realizó un protocolo de estudio en el que se preguntaba sobre variables socio-demográficas básicas. Analizamos el nivel de ansiedad a través de la Escala de Hamilton. Utilizamos de forma autoadministrada el Perfil d Bell para valorar la adaptación social en 5 campos: familiar, social, emocional, profesional y de la Salud. Usamos como test estadísticos el coeficiente de correlación lineal de Pearson, T. de Student y análisis de la varianza.

Resultados

Incluimos en el estudio a 55 personas de las que el 80% eran mujeres. La edad media fue de 44,3 años ($s=15,3$). El nivel educacional del 72,7% de la muestra era inferior a bachiller elemental. Destacar entre los diagnósticos un 65,4% de ansiedad generalizada y un 21,8% de trastornos de angustia con agorafobia.

El nivel de ansiedad se situó en una media de 20,9 puntos ($s=9,2$). Los peores resultados en cuanto a la adaptación social se obtuvieron para los aspectos emocionales.

Respecto a la edad encontramos mayor nivel de ansiedad a mayor edad ($p=0,021$), en relación con una peor adaptación a la salud ($p=0,026$), consecuente al padecimiento de enfermedades o molestias orgánicas.

En un medio con gran índice de paro y enorme conflictividad laboral detectamos una peor adaptación profesional ($p=0,006$) reflejando el descontento hacia el trabajo y ambiente laboral. El nivel de ansiedad fue mayor entre los parados.

Los individuos de más bajo nivel cultural presentaron menor adaptación social ($p=0,010$) con mayor sumisión y retraimiento en la forma de relacionarse con los demás.

Aspectos como el sexo o estado civil no influyeron en el nivel de ansiedad o adaptación social.

Aunque no observamos relación entre nivel de ansiedad y de adaptación social de forma global, sí influyeron los mayores niveles de ansiedad en una menor adaptación a la Salud ($p=0,002$) y emocional ($p=0,00001$).

Conclusiones

a) Debemos replantearnos el abordaje integral de los problemas de ansiedad, introduciendo los aspectos sociales en el análisis de estos pacientes, con vistas a intervenir.

b) El cuestionario de adaptación de Bell, permite de forma asequible identificar aspectos sociales abordables en el proceso de atención a nuestros pacientes.

c) Debemos valorar en nuestro medio, la intervención sobre la adaptación profesional, elaborando estrategias que nos permitan actuar con mayor eficacia en los problemas de ansiedad.

Diagnóstico prenatal y consejo genético en la zona de Cieza. Evaluación de un año

Diagnóstico Prenatal / Consejo Genético / Defecto Congénito

Consuelo Gómez Eguilegor; Francisco Martínez Rojas

Centro de Salud de Cieza

Constitución, 36. 30530 Cieza (Murcia). Telf.: 760522 / 1601

Resumen

Se evalúa el programa de Consejo Genético y Diagnóstico Prenatal en la zona de Cieza desde octubre de 1992 a septiembre de 1993 a través de dos muestras:

1. Historias clínicas de mujeres embarazadas de la zona de Cieza incluidas en el programa de Consejo Genético y Diagnóstico Prenatal: 44 gestantes de un total de 389.
2. Historias pediátricas en el E.A.P. de Cieza, siendo un total de 369.

Se analiza la actividad del E.A.P. y de la consulta de toxicología de Cieza en el programa, sistemas de derivación, coordinación entre los distintos niveles y resultados obtenidos.

Proponemos mecanismos de difusión del programa en el equipo, agentes de salud y la población.

El paciente que multiconsulta en Atención Primaria de Salud

Atención Primaria / Demanda / Utilización Serv.

José Saura Llamas; José A. Serrano Martínez; Francisco Vigueras Lorente;
José Tornero Molina

Centro de Salud del Barrio del Carmen
C/. Atenas, 21. 30120 El Palmar (Murcia). Telf.: 846271

Objetivos

Comprobar la existencia del grupo de pacientes que multiconsulta, definir ese grupo de pacientes, proponer una denominación adecuada y establecer un indicador sencillo que permita su fácil identificación.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Caso de estudio: número de consultas realizadas por paciente y año natural. Se consideraron consultas todos aquellos contactos recogidos en la Hª. Clª., excluyendo sólo los carnets de largo tratamiento y las de enfermería (por mal registro). Se excluyeron los años incompletos. Y los casos con información incompleta. Se revisaron todas las Hª. Clª. de un cupo de Medicina de Familia durante 3 años: 1986, 87 y 88.

Así se han estudiado 2.844 casos, separados por sexo y edad. Variables recogidas: sexo, edad, nº de Hª. Clª., año y número de consultas año. Los datos se procesaron según el paquete estadístico S.P.S.S.

Resultados

La media de consultas por paciente y año es de 6,72. Un mínimo de 0 y un máximo de 52.

La distribución de los datos se ajusta a una curva normal. La media de consultas al año resulta mayor en las mujeres. La media de consultas/año aumenta con la edad; siendo este aumento más marcado para las mujeres a partir de los 51 años y en los hombres a partir de los 61 años.

En base a la media más dos desviaciones típicas podemos definir al paciente que multiconsulta a aquel que consulta más de 18 veces al año, 20 para las mujeres y 16 para los hombres. Se observan variaciones en este indicador según la edad, tanto en un sexo como en el otro.

Discusión

Como el número de consultas al año se distribuye según una curva normal, se puede establecer la definición del paciente que multiconsulta en base a la media de consultas al año más dos desviaciones típicas.

Sería más correcto establecer este indicador por grupos de edad y sexo pero esto dificultaría su manejo.

Este indicador tendría una alta sensibilidad (podría identificar a todos los pacientes que multiconsultan), pero una relativa especificidad (ya que podrían estar incluidos en ese grupo, utilizando este indicador, pacientes que por su patología o proceso administrativo, justificarían de sobra este alto número de consultas).

Este identificador debería ser validado por otros estudios.

Conclusiones

Proponemos la denominación de paciente que multiconsulta, definido en base a la media más dos desviaciones típicas de la media anual de consultas, y que en nuestro estudio es de 18 consultas al año.

Estudio de la prescripción de fármacos a través de la cartilla de largo tratamiento en un Centro de Atención Primaria

Tratamiento / Crónico

Pérez López, P.; Alarcón González, J. A.; Gaona Gómez, L.; Lloret Solana, J.; de Juan Alcaraz, F.

Centro de Salud San Javier

Avda. Aviación, s/n. San Javier (Murcia). Telfs.: 190002 / 571064

Resumen

Con el objetivo de conocer las características de la prescripción farmacológica en el tratamiento de las patologías crónicas de nuestro centro de Atención Primaria, se analizan los 414 carnet de largo tratamiento existentes en el mismo.

El 59,20% de los pacientes son mujeres, siendo la edad media de 61,96 años, y el porcentaje de mayores de 65 años de un 50,24%. La media de fármacos por paciente presentes en el carnet de largo tratamiento es de 2,10, con un máximo de 3 fármacos en el 85,76% de los casos. Se solicitan en cada consulta un máximo de 2 fármacos en el 85,76% de las ocasiones. Se dispensan una media de 291 recetas/mes/facultativo, distribuidas en 179 consultas/mes/facultativo. El grupo terapéutico más prescrito es el cardiovascular (39,35%), y el subgrupo es el de fármacos hipotensores (17,24%).

Como conclusión, destacamos la importancia de las fichas de prescripción continuada para el correcto control de los tratamientos prolongados, además de su utilidad para facilitar la renovación de recetas y conocimiento de las características de la prescripción farmacológica crónica.

Relación entre la calidad química del agua bebida y la salud de la población de la Región de Murcia

E.C.V. / Agua de consumo / Magnesio / Calcio / Sodio / Potasio / Dureza.

Gómez Campoy, M^a. Elisa; Canteras Jordana, Manuel; Zamora Navarro, Salvador

Sección de Sanidad Ambiental, Dirección General de Salud y Consumo. Universidad de Murcia.

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Dirección General de Salud y Consumo. Sección de Sanidad Ambiental. 30008 Murcia. Telf.: 362000, Ext. 1457

Resumen

Se trata de establecer la relación entre el contenido en sodio, potasio, calcio, magnesio, además de dureza, con las muertes por enfermedades cardiovasculares de las distintas Áreas de Salud de la Región de Murcia. Se ha analizado un total de 850 muestras de aguas representativas de un período que va desde 1985 hasta 1992, y que tiene incidencia directa sobre 960.000 habitantes. El abastecimiento de la población es prácticamente el mismo desde 1975, aunque en algunos casos es anterior. Se ha correlacionado los resultados analíticos obtenidos con las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, por áreas de salud. Se encuentra una asociación negativa significativa para las variables magnesio, $r=0,91$ ($p < 0,02$) y dureza, $r=0,88$ ($p < 0,02$), que permiten decir que existe relación. La naturaleza multicausal de las enfermedades del aparato circulatorio y el diseño de éste estudio, implican que las interpretaciones causa efecto se hagan con gran precaución. Se sugiere un estudio epidemiológico, que permita establecer la posible relación causa efecto del consumo de magnesio como factor preventivo de enfermedades cardiovasculares, así como de las aguas con mayor dureza.

Análisis de la publicación científica en Atención Primaria en la Comunidad Murciana en el período 88-92

Atención Primaria / Investigación / Bibliometría

González Díaz, M.; Martínez del Campo, P.; Rodríguez Fdez., E.; García Galindo, E.; Moreno Pina, P.; Marset Campos, P.

C.S. Sta. M^a. Gracia, C.S. Molina, C.S. Jumilla, C.S. Mula, C.S. Molina Segura, Facultad de Medicina.

C.S. Sta. M^a de Gracia. Telf.: 290209

Objetivo

Valorar la evolución de la investigación en la C.A.M., durante el período 88-92, así como la influencia del Congreso regional de Atención Primaria y las características de los autores.

Material y métodos

Se analizaron el total de publicaciones en revistas de Atención Primaria indexadas en el IME de autores murcianos y los cuatro congresos regionales, recogiendo: n^o de autores, Centro de trabajo, situación laboral, actividad laboral, sexo, edad, profesión, tipo de trabajo, tema y año de publicación. Se realizó un análisis transversal retrospectivo y descriptivo de todas las variables, comparando todos los años entre sí. Para el tratamiento estadístico se usó el test de ji cuadrado y el análisis de varianza.

Resultados

Se triplican el número de trabajos del 88 al 92. La media de autores por trabajo es de 5,03, siendo la mayor frecuencia la de seis autores.

Como entidades que agrupan a los investigadores: 65% Centros de Salud, seguidos de la Facultad de Medicina con un 8%.

Conclusiones

Aumento notable del n^o de trabajos del 88 al 92.

Influencia muy importante (75%) de los trabajos derivados de congresos. Perfil del investigador: médico, propietario, con actividad asistencial, de entre 30 y 40 años y sin influencia de sexo.

Cobertura e inmunorrespuesta a la vacunación sistemática antihepatitis B en preadolescentes de la ciudad de Elche

Vacunación / Hepatitis B / Adolescentes

Simo Mañana, J.; Fernández Millán, P.; Gaztambide Ganuza, P.; Peña Fernández, M.; Dosda González, M. D.

Centro de Salud Altabix Elche

Avda. de los Labradores, nº 1. Esc. 1. D. 4. Telf.: 6631188

Objetivos

Conocer la implantación del programa de vacunación antihepatitis B entre la población del 7º curso de Educación General Básica (EGB) en Elche, estudiando la cobertura del mismo y sus factores condicionantes. Conocer, en esta población, la inmunorrespuesta a la vacuna y el tiempo de protección de la misma en función de dicha respuesta, relacionando ésta con otras variables biológicas.

Diseño

Estudio transversal.

Emplazamiento

Comunitario. Población escolar.

Participantes

550 alumnos. Muestreo por etapas múltiples utilizando como unidad básica de muestreo el aula. Se calculó la muestra para un nivel de confianza del 95%, una precisión del 4% y una cobertura esperada del 70%. Se seleccionaron los cinco primeros alumnos de la lista oficial de todas las aulas de 7º de EGB de todos los colegios de la ciudad. El alumnado de 7º de EGB ha sido la población diana del programa de vacunación antihepatitis B iniciado en 1992 por la Conselleria de Sanitat i Consum.

Mediciones

Recuento del número total de autorizaciones para vacunación recibidas en todos los colegios. El estudio de la cobertura general y la particular de cada colegio se llevó a cabo con los 550 alumnos de la muestra atendiendo a las anotaciones presentes en el carné de vacunación. Para el estudio de inmunorrespuesta (cuantificación de niveles postvacunales de antiHBs) se citó a todos los alumnos de la muestra que se encontraran correctamente vacunados (464), acudiendo 432 (93,10%), a los cuales se les determinó también el marcador antiHBc. La extracción de sangre se realizó al mes de la 3ª dosis, momento en el que los niños fueron pesados y tallados. Se consideraron niveles protectores de antiHBs los superiores a 10 mUI/ml. Los niveles de antiHBs postvacunales se relacionaron con otras variables (sexo, talla, peso e Índice de Quetelet) utilizando pruebas no paramétricas (U de Mann Whitney y Correlación de Spearman). El tiempo de protección se determinó en función del nivel de antiHBs alcanzado tras la vacunación siguiendo el normograma y tabla de Ambrosch y cols.

Resultados

Fueron autorizados para vacunación el 87,57% de todos los alumnos de 7º de EGB. El porcentaje de correctamente vacunados fue de 84,36±4% con un nivel de confianza del 95%. La prevalencia del marcador antiHBc fue de 1,15%. Mediante estudio de correlación, hemos encontrado asociación inversa estadísticamente significativa entre la variable nivel postvacunal de

antiHBs y la variable índice de Quetelet; no hemos encontrado asociación con el resto de variables (peso y talla). Así mismo, no encontramos diferencias significativas entre los dos sexos al comparar los niveles de antiHBs alcanzados tras la vacunación. Alcanzaron niveles protectores el 100% de los niños correctamente vacunados, resultando el 54% de ellos protegidos para más de 110 meses (9 años o más).

Discusión

Consideramos satisfactorias la cobertura y la aceptación del programa alcanzadas en esta primera campaña. Pensamos que deben mejorarse las estrategias de recogida de autorizaciones para alcanzar así mejores resultados de cobertura en futuras campañas. Consideramos excelentes los resultados de seroprotección que ofrece esta vacuna en este grupo de niños. Podemos concluir que la obesidad es un factor predictor de baja seroconversión. Pensamos que habría que considerar la posibilidad de administrar una dosis de recuerdo a los 10 años de administrada la 3ª dosis.

Campaña de vacunación VHB. Impacto sobre el personal sanitario

Campaña de vacunación / VHB / Personal sanitario

J. León Villar; M. S. Navarro González; J. Server; F. Machado Linde; A. Pérez Martínez

Servicio de Farmacia. Hospital Comarcal del Noroeste: Caravaca
Avda. Miguel Espinosa, nº 1. 30400 Caravaca de la Cruz (Murcia) Telf.: 70 27 12

Resumen

La Hepatitis B es la enfermedad profesional más frecuente y peligrosa que existe hasta el momento presente para el personal sanitario.

La vacuna es el arma más eficaz de la que disponemos para evitar la infección, controlar la extensión de la enfermedad y prevenir el carcinoma hepatocelular.

Está ampliamente contrastado, que a pesar de ser personal de riesgo y de disponer de una vacuna eficaz, el porcentaje de personal sanitario vacunado sigue siendo bajo.

El objetivo de este estudio fue, tras el análisis de los datos, evaluar el impacto producido por la campaña de vacunación promovida por el Servicio de Farmacia de nuestro hospital.

Los datos se obtuvieron por revisión retrospectiva de los protocolos de vacunación de todas las personas que habían solicitado la vacuna desde enero-92 (inicio de la campaña), a septiembre-93.

Las conclusiones más importantes a resaltar de este estudio son:

- 1.- La Información difundida de manera impactante, es una herramienta eficaz y barata para conseguir logros sanitarios.
- 2.- El incremento en el número de personas correctamente vacunadas, así como en el número de seropositivos nos permite concluir que se ha realizado un uso más racional de la vacuna.
- 3.- Este uso racional trae consigo un doble ahorro: por un lado, el inmediato beneficio económico de ahorro de dosis y por otro, el incremento de seguridad y protección de la salud del personal sanitario de nuestro hospital.

Evaluación de la asistencia prestada a los hipertensos en nuestro Centro de Salud. Una visión a largo plazo.

Hipertensión Arterial / Atención Primaria / Cumplimiento

Conde Caverro, S. J.; Sánchez de Toro Larios, J. M.; Romero Román, J. R.; Gallego Navarro, M. A. y Capitán Guarnizo, E.

Centro de Salud Barrio del Carmen, Murcia
C/. Prolongación Pintor Pedro Flores, s/n. 30011 Murcia. Telf. 25 35 43

Objetivos

Medir la situación actual del Programa de Hipertensión Arterial (HTA), tras cinco años de funcionamiento, y el nivel de consecución de los objetivos administrativos y de salud con el fin de detectar posibles déficits.

Emplazamiento

Centro de Salud urbano, con una población cubierta de 14.645 personas.

Diseño

Revisión de todas las historias de los pacientes incluidos en el Programa de HTA del centro. Estudio descriptivo, mediante una hoja de recogida de datos. Se valora: detección de hipertensos y prevalencia, inclusión en programa, cumplimiento de exploraciones según protocolo, tratamiento utilizado, controles periódicos por médicos, enfermería o mixtos y porcentaje de pacientes controlados según cifras consideradas normotensas.

Resultados

1. La prevalencia de HTA en nuestro centro es del 7'84%, siendo el porcentaje de mujeres hipertensas casi el doble que el de hombres, así en mujeres es del 63'9% con respecto al total de hipertensos y en hombres del 36'1%.
2. El mayor porcentaje de hipertensos, en general, (hombres y mujeres) corresponde a mayores de 60 años (59'3%). En hombres con un 15'1% al intervalo de edad entre 65-75 años; y en mujeres con un 22'7% a mayores de 75 años.
3. El porcentaje de pacientes incluidos en programa es del 80'4%. El grupo de edad con mayor inclusión (15'7%), corresponde a 60-65 años.
4. El tratamiento más utilizado son los diuréticos con un 30'2%, seguido de la dieta exclusivamente que supone un 20%.
5. Se realiza exploración según protocolo en un 43'8% de los controles. No se explora o se realiza parcialmente en el 30'2%.
6. El 65% de los controles realizados son médicos, el 25% son de enfermería y el 10% mixtos.
7. El 60% de los pacientes tiene más de 50% de los controles realizados en cifras consideradas normotensas, considerado globalmente. De estos, el 46% de los pacientes, tiene más del 75% de los controles en cifras normotensas, y el 14% restantes entre el 50 y el 75% de controles en idénticas condiciones.
8. Al final del período evaluado sigue en programa el 67'4%.

Conclusiones

Alto grado de cumplimiento del programa en sus diferentes facetas.

Los resultados apoyan la conveniencia de seguir aplicando el programa; así como la necesidad de hacer evaluaciones periódicas.

Experiencia con historias clínicas informatizadas en Atención Primaria

Historias Clínicas / Informatización / Ordenador

Joaquín Paredes Pardo, Vicente Llorca Bueno

Centro de Salud de Pego. Alicante. Telf.: (96) 5570000

Consultorio B^o Concepción. Cartagena. Telf.: (968) 509914

Resumen

El presente trabajo, parte del análisis de la propia situación y de la de otros colegas en similares circunstancias con respecto al uso deficiente de la historia clínica clásica (HC), lo cual nos lleva a la conclusión de:

- La necesidad ética y legal de disponer de un sistema de registro de HC.
- La progresiva y endémica masificación de las consultas que dificulta la búsqueda, manejo, y archivado clásico de la H.C. de cada uno de nuestros pacientes.
- El deseo de un mejor conocimiento epidemiológico de la población atendida.

Estas son las principales razones que llevan a los autores a pensar en el diseño de un programa informático, que creen debe reunir las condiciones que solviente de un modo más eficiente las necesidades y deficiencias encontradas.

La informática puede ayudar, a veces de una forma dramáticamente efectiva, al médico de Atención Primaria (AP) en general y especialmente al médico rural que habitualmente trabaja solo o con gran escasez de medios, tanto materiales como humanos. La valoración de esta ayuda informática al trabajo cotidiano, esta basada en la experiencia personal de los autores y la de otros compañeros que han incorporado el ordenador a sus consultas diarias.

Para el manejo diario siguiendo la rutina de Llegada Paciente-Buscar HC-Consultar-Actualizar-Guardar HC, se prevé una secuencia de teclas muy corta y sencilla que posibilita este proceso en escasos segundos, pudiendo dedicar todo el tiempo al paciente.

El programa se divide en tres secciones principales, 1. Control de la H.C.; 2. Búsquedas y listados; 3. Utilidades. En la primera se controla la H.C. con apartados especiales de HTA, laboratorio, codificación CIE9 y CIAP, ILT y generador de documentos.

Un programa como el usado en este caso, usado y programado por los mismos usuarios, se diseña para un uso fácil y rápido a través de menús, lo que permite que pueda ser manejado por otros usuarios sin conocimientos informáticos en unos minutos y que por otro lado se adapte a la dinámica de una consulta de AP.

Se percibe gran satisfacción en la nueva forma de manejo de las H.C., sobre todo en consultas masificadas donde el uso de la H.C. clásica en carpetas y papeles supone la necesidad de terceras personas y un manejo más lento por el propio médico.

La frecuentación y actualización de las historias se acerca al 100%, porque ello no supone ninguna carga de trabajo extra, al poder encontrar a cualquier paciente en cuestión de segundos.

El conocimiento que la informatización permite sobre todos los aspectos de la historia clínica, por medio de búsquedas y listados por todo el cupo atendido y sobre cualquier concepto, es posiblemente lo que más sorprende y satisface a los usuarios médicos.

Creemos que la informatización en Atención Primaria no debería limitarse a lo que habitualmente sucede, un único ordenador que en el mejor de los casos se utiliza en labores burocráticas de ILT, citaciones, procesado de textos, etc. por parte del personal administrativo.

El ordenador debe estar en la consulta de cada médico y con un programa de gestión de historias clínicas, lo cual daría un mejor y más frecuente uso de ésta, pero sobre todo mejoraría en forma dramática la recuperación de la información contenida en ella.

Análisis de la calidad asistencial prestada a la población diabética de un Centro de Salud

Diabetes Mellitus / Calidad Asistencial

Albaladejo Monreal, E.; Gallego Navarro, M^a A.; Martínez González-Moro, N.; Gómez Jara, P.; Romero Román, J. R.

Centro de Salud B^o del Carmen
Prolongación P. Pedro Flores, s/n. 30011 Murcia

Objetivos

Evaluar si la práctica asistencial se ajusta a las normas propuestas en el programa de Atención al Diabético, como una fase del ciclo de control de calidad, transcurridos cinco años desde su puesta en marcha.

Conocer las características de la población de diabéticos que atendemos y la evolución de su enfermedad.

Material y métodos

Estudio descriptivo. Los datos se han recogido a todas las historias clínicas de los pacientes, con diabetes e intolerancia a los hidratos de carbono, registrados en los ficheros de Medicina General.

Se pusieron en marcha actividades de detección precoz, seguimiento y tratamiento, incluyendo a los pacientes en programa. Se consideran 24 variables.

Resultados

El número de diabéticos detectados, durante los cinco años equivale al 3,04% de la población, en éstos el 57,5% son mujeres y el 42,5% hombres.

Padecen diabetes tipo II el 80,3% de los pacientes, diabetes tipo I el 6,3% e intolerancia a hidratos de carbono el 13,4%.

Están incluidos en programa el 80,1%, figurando todos los datos en el 59,4% de las historias clínicas.

Cuando el seguimiento fue incorrecto, la exploración de la sensibilidad faltaba en el 77,8% de los casos y la exploración de pulsos periféricos en el 61,1%.

Tienen buen control metabólico (grado 1) el 30,5% de los pacientes, y están mal controlados (grado 3) el 28,9%.

Se autoinyectan la insulina el 66,3% de los pacientes en tratamiento con este fármaco.

Conclusiones

La realización de pruebas de screening da lugar a un incremento en el número de diabéticos detectados. No se deben hacer de forma indiscriminada, sino seleccionando adecuadamente a los pacientes.

Las características de la población de diabéticos son similares, en cuanto al grupo de edad, sexo y tipo de diabetes, a las reflejadas en otros estudios.

Son comparables los parámetros que se utilizan en los programas para seguir la evolución de los diabéticos. Las pruebas complementarias, son las que registran un mayor nivel de cumplimiento. La exploración física es la que más falla, siendo la exploración de la sensibilidad la menos realizada.

La puesta en marcha de Programas de Salud es necesaria para unificar criterios diagnósticos y terapéuticos, facilitar el seguimiento de los pacientes, y en definitiva, mejorar la calidad asistencial. Debemos realizar intervenciones para incidir sobre la importancia de su aplicación.

Urgencias en un Centro de Salud rural: Descripción y adecuación de la demanda

Urgencias / Atención Primaria

Antonio Navarro Martínez, Inmaculada Rodríguez Abellán y José Peinado Moreno

Centro de Salud de Calasparra

Objetivos

Conocer las características socio-demográficas de los usuarios, algunos aspectos relacionados con el proceso que motiva la consulta (tiempo de evolución, tratamiento previo), así como la adecuación de la demanda.

Material y método

Estudio transversal en los meses de septiembre y octubre de 1992. Se incluyen todos los usuarios que consultaron en el centro, en horario de atención continuada. Los datos se obtuvieron, gracias a una encuesta realizada por el médico de guardia, al paciente o acompañante.

Resultados

Más del 50% de las consultas se deben a pacientes 30 años, y el 69,9% de los usuarios consultan entre las 17 y 22 horas. En el 40,4% de los casos, el cuadro clínico llevaba 5 horas de evolución y el 76,2% de los pacientes no tomo ninguna medicación antes de acudir a urgencias. Fueron 515 (45,8%) los que pudieron consultar con su médico en horario habitual y no lo hicieron. En cuanto a la adecuación de la demanda, el 54,7% fueron urgencias «subjetivas» y en el 32,2% lo fueron «objetivas» (tanto para el médico como para el paciente).

Discusión

Creemos que es necesario mejorar la educación sanitaria de la población, tanto por el número de consultas «subjetivas» atendidas, como por la escasa resolución de los pacientes para tomar ningún tipo de medicación antes de consultar en urgencias. La implantación de una consulta por la tarde podría asumir las urgencias originadas por su cupo, pero sería sobrecargar en exceso la tarea del médico y ATS, el atender las urgencias y avisos a domicilio de todos los cupos, teniendo en cuenta que casi la mitad de los pacientes del estudio, pudieron visitar a su médico en horario matutino, y no lo hicieron.

La prescripción de analgésicos no narcóticos en Atención Primaria

Analgesic / Primary / Care

Gómez Jara, P.; Madrid, A.; Huertas Mazón, A.; Rivera Peñaranda, S.; Viviente Rodríguez, E.

C.S. Molinos Marfagones. Cartagena.

C/. Mozart, 14^º F1. 30011 Murcia. Telfs.: 262998 / 163617

Objetivo

Estudiar la prescripción de analgésicos no narcóticos por parte del médico de Atención Primaria.

Material y método

Se trata de un estudio descriptivo (longitudinal retrospectivo) que analiza las consultas médicas realizadas durante un periodo de tiempo de 6 meses (desde el 1 de junio de 1993 al 30 de noviembre del mismo año) de una muestra de tamaño N=284 historias obtenidas sobre la población mayor de 14 años adscrita a los cupos de medicina general e historiada, de una zona de salud rural atendida por un equipo de Atención Primaria de reciente creación.

Las variables recogidas fueron edad, sexo, número de consultas médicas realizadas, número de consultas en las que se prescribió algún analgésico, síntoma que motivó la prescripción, diagnóstico, vía de administración y duración del tratamiento.

Resultados

A un 32,04% de los pacientes estudiados se le prescribieron analgésicos; el 42,15% de las consultas médicas realizadas fueron causa de prescripción de analgésicos no narcóticos; el analgésico que con más frecuencia se prescribió fue el paracetamol (28%); la vía de administración más frecuentemente utilizada fue la oral; los tres principales diagnósticos por los que se prescribieron estos fármacos fueron osteoartritis (16,36%), infección respiratoria alta (13,64%) y dolor de espalda (11,82%).

Conclusiones

Los analgésicos no narcóticos constituyen uno de los principales grupos farmacológicos en la práctica diaria; los diagnósticos por los que se prescriben estos fármacos implican dolor ligero-moderado, inflamación o proceso febril como corresponde al campo de acción de estos fármacos. Sería objeto de futuros estudios la ampliación de este tema.

Evaluación por iguales de la competencia profesional

Peer Review / Assessment / Quality

Antonio Jesús Torres Sánchez, Felipe Ferre Larrosa, María Encarna Torres Rozalén, Pedro Bernabé Meroño, Pedro Ureña Adrover

Centro de Salud Torre Pacheco
C/. Aniceto León, 7. 30700 Torre Pacheco (Murcia). Telf.: 579311

Objetivo

Evaluar la competencia profesional de médicos y enfermería de nuestro E.A.P.

Diseño

El grado de profesionalidad clínica se evaluó, utilizando cuestionarios escritos autocontestados por iguales tanto para lo médicos como para enfermería. Recogiéndose información desde la conceptualización bidimensional de la destreza clínica: conocimientos médico/enfermería y calidad humana y capacidad de comunicación se analizaron las respuestas y se obtuvieron tres perfiles, subjetivo, de los iguales y el grupal.

Resultados

Las discriminaciones precisas para cada categoría, se establecen desde el análisis individual de los datos, desde ellos se observa un alto grado de ajuste entre las propias evaluaciones y las de los iguales. A nivel global y para el grupo médico, la apreciación personal autoevaluativa es ligeramente; iguales. Siendo en la destreza clínica global, el fenómeno a la inversa, si bien la dispersión de datos es mayor. Para todas las categorías la tendencia es moderada en las puntuaciones. A nivel global para la enfermería, es de destacar el proceso inverso, 1 autoevaluaciones se sitúan ligeramente por debajo de las de los iguales. Siendo la tendencia ligeramente superior a la del grupo médico.

Conclusión

Los datos nos permiten sugerir la estabilidad y consistencia de los perfiles autoevaluativos y los provenientes de iguales. Consideramos de gran interés y utilidad evaluaciones de este tipo, para mejorar nuestra calidad profesional los aspectos internos facilitarán mediante el adecuado feed-back, las correcciones necesarias para dicho mejoramiento. Para lo cual serán precisas evaluaciones posteriores.

Actividades de enfermería en el programa de Salud Escolar

Atención Primaria / Salud escolar / Educación Sanitaria

Martínez Roche, M. E.; Barco Fernández, V.; Saiz Carboneras, C.; Blázquez Gutiérrez, A.

Centro de Salud de La Ñora
Plaza del Romera nº 8, 3º C, 30001 Murcia

Resumen

El escolar, en general presenta un buen estado de salud, no obstante se encuentra en una etapa de la vida, en la cual está expuesto a ciertos riesgos, teniendo que pasar por fases de desarrollo que requieran una atención específica.

La atención a la salud escolar es siempre útil porque en esta etapa de la vida el individuo, se encuentra más receptivo a la enseñanza y apto para adquirir y asimilar nuevos hábitos.

Desde el curso 86-87 nuestro E.A.P. asumió el programa de Salud Escolar de la zona.

Con los datos de los tres últimos cursos, hemos realizado un estudio descriptivo, con un grupo de escolares de 13 a 15 años, pertenecientes a 8º E.G.B.

Los objetivos que nos marcamos son:

- Conocer el estado actual de salud de la población escolar de 8º de E.G.B.
- Detección precoz de problemas de salud.
- Aumentar el nivel de inmunización.
- Fomentar la existencia de actividades, conocimientos y hábitos sanos.
- Ofertar los servicios y recursos de las instituciones sanitarias a la población escolar.

Aunque los exámenes de salud los realiza el personal médico junto al de enfermería, este trabajo lo hemos centrado sólo en las actividades del personal de enfermería. Estas actividades son:

- Organización y planificación del programa tomando contacto con los Servicios Municipales.
- Coordinación con los Colegios de la zona a los cuales va dirigido.
- Recogida de información sobre el estado de salud de los escolares a través de la familia.

En cuanto a la actuación directa de enfermería nos centramos en: Somatometría: Peso y talla; Agudeza Visual; Presión Arterial e Inmunizaciones.

El estudio lo realizamos sobre una muestra de 455 escolares, de ambos sexos, pertenecientes a 8º E.G.B. de todos los Colegios de la Zona que cuentan con ciclo superior (5 públicos y 1 concertado).

Durante los cursos escolares 91-92; 92-93; 93-94.

Los resultados más significativos del estudio son:

- En cuanto agudeza visual, un 8% de los escolares reconocidos tienen un déficit visual sin corregir. Cifra significativa en el último curso de E.G.B.
- Referente a la inmunización cabe destacar la cobertura vacunal conseguida, la cual asciende a un 96,2% en la población escolar de 14 años al finalizar los exámenes de salud.
- Del total de los escolares examinados, sólo 2 presentaron un aumento de las cifras tensionales, derivándolos para posterior seguimiento a la consulta de enfermería.
- Los valores obtenidos en la somatometría, no arrojan ningún dato significativo.

Como conclusión, cabe reseñar la eficacia del programa en cuanto a la cobertura vacunal del niño. Asimismo, vemos necesario potenciar los programas de educación para la salud en el ámbito escolar, colaborando con los profesionales de los centros educativos y trabajador social, creando una dinámica conjunta que quede integrada en un proyecto más amplio como propone el Programa de Atención al Niño. (PAN).

Análisis de las derivaciones atendidas en una consulta de zona de «corazón y pulmón»

Atención Primaria / Cardiología / Derivación

Martínez Ros, M. T.; Villegas García, M.; Barco Fernández, V.; Martínez Ros, P.; Sánchez Sánchez, F.; Molina Durán, F.

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.
Andrés Baquero, 6. 30071 Murcia. Telf.: 210478

Objetivos

- Conocer la procedencia de las derivaciones atendidas en una consulta de corazón y pulmón del área de Murcia.
- Determinar los problemas más frecuentes atendidos.
- Definir el tipo de derivación.
- Conocer la proporción de derivaciones urgentes.
- Analizar la conducta seguida en cada visita.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal, realizado en un cupo de «corazón y pulmón» del área de Murcia que tiene como referencia a 18 médicos generales. Se analizaron un total de 29 días de consulta tomados al azar. Se estudiaron: edad, sexo, médico de referencia, tipo de derivación, tratamiento previo, exploraciones complementarias, problema atendido (clasificación WONCA) y conducta seguida. Pero el análisis estadístico se utilizó la t de Student y chi cuadrado.

Resultados

Se estudiaron un total de 514 visitas, 42,1% varones y 57,9% mujeres. El 44,8% de las visitas eran derivaciones de Atención Primaria (39,8% problema nuevo y 5,1% problemas conocidos reagudizados).

Un 8,4% de total de visitas fueron remitidas como urgentes.

El 31,7% de las consultas son remitidas al especialista de zona sin ninguna exploración complementaria, al estudiar solamente las remisiones del médico general por un problema nuevo este porcentaje aumenta hasta el 59,4%.

Según el problema atendido (WONCA), un 33,2% correspondían a enfermedades del aparato circulatorio, un 23% enfermedades del aparato respiratorio y un 12,1% al grupo de signos y síntomas mal definidos, como grupos más importantes. Los diagnósticos más frecuentes por orden fueron: Cardiopatía isquémica EPOC, Asma, Hipertensión arterial, Dolor Torácico inespecífico.

En el 19,1% de las consultas no se encontró patología cardíaca o pulmonar.

El 28% de las consultas son dadas de alta para control por médico de cabecera.

Conclusiones

- Más de la mitad de las visitas estudiadas son generadas por el propio especialista de zona.
- Los problemas más frecuentemente derivados desde Atención Primaria son cardiopatía inquemica, EPOC, asma, hipertensión arterial y dolor torácico inespecífico.
- Parte de estos problemas derivados son susceptibles de ser tratados en Atención Primaria.
- De las derivaciones del médico general como problema nuevo, un 9,2% no presentan patología cardíaca ni pulmonar.

La consulta telefónica espontánea en Atención Primaria

Primay Cara / Telephone / General Practice

Regojo Almela, Manuel Ángel; Capitán Guarnizo E.; Gallego Navarro, M. A.; Romero Román, J. R.; Conde Caveró, S.

Centro de Salud La Ñora
Infante J. Manuel, «Geminis Rojo» Bl. 2ª, Esc. 2ª, 3ª-D. 30001 Murcia.
Telf.: (968) 25 90 27

Objetivo

Establecer la importancia de la consulta telefónica espontánea en Atención Primaria y determinar sus características.

Diseño

Trabajo descriptivo de tipo prospectivo realizado en dos cupos de Medicina de Familia durante un año.

Emplazamiento

APS. Centro de Salud del Bº Carmen. Murcia.

Pacientes u otros participantes

Pacientes o familias que realizan llamadas telefónicas no concertadas al C. de S. y cuyo destinatario es el equipo médico.

Mediciones

Se han evaluado las siguientes variables: Nº Historia Clínica, Sexo, Edad, Tipo de llamada, Hora de la llamada, Motivo de consulta, Tipo de consulta, Tipo de analítica, Resultado de la consulta.

Tratamiento estadístico

Paquete estadístico EPI Info y CD Base. Distribución de frecuencias absolutas y relativas de cada variable (estudio descriptivo). Relación entre variables aplicando el Test de X² de Pearson y el análisis de residuos (estudio analítico).

Resultados

Las llamadas fueron realizadas por mujeres en el 65,7%; más del 54% las hicieron mayores de 55 años y, en más de la mitad de los casos, antes de las 11,00 horas. En el 91,2% de las consultas no se pidió analítica, y el 62,8% de las mismas fueron consultas de procedimiento médico.

Los motivos de consulta más frecuentes fueron los síntomas y signos mal definidos (19,7%). en la mayoría de las ocasiones la consulta telefónica quedó resuelta con esa única llamada (67,2%).

Conclusiones

Las consultas telefónicas, como realidad que son, comparten unas características que facilitan su estudio y el desarrollo de una metodología para su integración en la actividad cotidiana de los EAP.

Evaluación del grado de cumplimentación de historias clínicas en Atención Primaria de salud

Historia clínica / Cumplimentación

Aguinaga, E.; Pérez, F.; Sáez, J. M.; Marset, P.

Consejería de Sanidad. Murcia. Historia de la Medicina. Universidad de Murcia Unidad de Historia de la Medicina y Documentación Médica. Facultad de Medicina. Murcia. Telf. 833000. Ext. 2565

Objetivos

Establecer los niveles de cumplimentación de la historia clínica según la naturaleza de los datos. Partimos de la hipótesis de que los médicos, por su formación y otras variables, valoran y cumplimentan más los datos de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad que los del entorno psicológico, familiar y social del individuo.

Material y método

Se realiza un muestreo sistemático de 186 historias clínicas del total de 2.000 conservadas en el Centro de Salud de Santa María de Gracia de Murcia en enero de 1991. De las mismas se analizan 57 variables que hemos agrupado en cinco epígrafes: datos de identificación del centro y del médico, datos de identificación del paciente, datos clínicos, datos administrativos y datos socio-laborales, estudiando la cumplimentación de los mismos.

Resultados

De forma constante están bien identificados el médico y el paciente, así como existe constancia de una gran parte de las variables de tipo administrativo. En contra de nuestra hipótesis, la calidad de cumplimentación de los datos clínicos es escasa, pero nuestra hipótesis parece confirmarse por los escasos datos socio-laborales.

Conclusiones

Existen importantes defectos de cumplimentación en la historia clínica que en modo alguno pueden ser atribuidos a desinterés de los profesionales. Contribuyen a ello, la formación de los médicos, centrada en el hospital y en la enfermedad desde el comienzo de sus estudios, una larga tradición de no cumplimentación de historias clínicas en APS, la presión asistencial y por último y más importante, la necesidad de introducir profundas reformas en el modelo de historia clínica, proceso en el que deben participar especialistas en documentación médica junto a los profesionales que manejan la historia.

Actitud de los profesionales sanitarios de APS ante la documentación médica

Documentación médica / Actitud / Satisfacción

Aguinaga E.; Pérez F.; Sáez, J. M.; Sánchez, V.; Marset P.

Consejería de Sanidad. Murcia. Historia de la Medicina. Universidad de Murcia. Historia de la Medicina y Documentación Médica. Facultad de Medicina. Murcia. Telf.: 833000. Ext. 2565

Objetivos

Averiguar las opiniones y actitudes de los profesionales de APS sobre los documentos clínicos de uso diario, y su predisposición para involucrarse en procesos de modificación y mejora de los mismos. Nuestra hipótesis es que podrá detectarse una postura más conforme con la historia clínica actual entre los médicos que en el personal de enfermería.

Material y método

Nuestra fuente de información son las respuestas dadas a un cuestionario anónimo repartido en siete centros de salud de la Región de Murcia, 4 urbanos y tres rurales. Las preguntas se distribuyen en cuatro áreas: identificación personal, opiniones sobre la historia clínica, actitud hacia mecanismos de mejora y experiencias con diversos aspectos del modelo actual de historia clínica.

Resultados

La función asistencial es la más valorada por los profesionales seguida de las funciones de investigación, docencia y planificación. La mayoría de los médicos están satisfechos con la historia clínica, y solamente un 37% del personal de enfermería. La hoja de evolución es considerada el documento más importante de la historia clínica, y entre el personal de enfermería, las hojas de monitorización de programas.

Conclusiones

Se considera útil y necesario la cumplimentación de la historia clínica pero con cierta conciencia de «obligatoriedad». Se acusa un deficiente funcionamiento de los sistemas de información que se traducen en ausencias de historias clínicas. Mayoritariamente se ha tomado conciencia de la necesidad de modificar el formato de la historia clínica y sus contenidos. Se subraya la necesidad de una mayor conexión con el nivel hospitalario para la obtención de información referida al paciente.

Dos años de control informatizado de bajas laborales

Absenteeism

Llorca Bueno, Vicente; Paredes Pardo, Joaquín; Alonso Díaz, José Luis; Defior Monter, Sara

Periférico B° Concepción. Cartagena. Centro Salud Pego. Alicante. INEM. Forense, Registro Civil. Cartagena.

C/. Alfonso X el Sabio, nº 10-3º. 30204 Cartagena. Telf.: 509914

Objetivo

Estudiar las ILT según la causa de baja codificada por códigos CIAP, tiempo de permanencia en baja, causa de alta, sexo, grupo de edad y factores de riesgo.

Diseño

Estudio transversal y retrospectivo del total de las ILT emitidas en los años 1991 y 1992. Se codifican todas las ILT con un programa de codificación semiautomática según la CIE9 y la CIAP.

Emplazamiento

Consultorio urbano de Cartagena con 2.770 tarjetas asignadas.

Participantes

Todos los pacientes con baja laboral emitida en 1991 y 1992.

Mediciones y resultados principales

Se procesan 345 ILT, 153 de 1991 y 192 de 1992, con una proporción de ILT por 100 titulares activos de un 23% y 29% respectivamente. Cifras altas y en progresión que señalan la marginalidad de la población y el sobreañadido de la crisis general y local por reconversión laboral de la zona. Se estudian las causas de ILT por sexo, edad y factores de riesgo, así como las permanencias. La media de permanencia es de 72,12 días con una mediana de 17,71 y valores mínimo y máximo de 1 y 550 días.

Conclusiones

Se halla una alta proporción de ILT/activos, que achacamos a la crisis laboral que atraviesa la zona, con un 2,3% del grupo Z de la CIAP.

Siglas usadas

Incapacidad Laboral Transitoria (ILT). Codificación Internacional Enfermedades (CIE). Codificación Internacional Atención Primaria (CIAP). Incapacidad Laboral Permanente (ILP).

Educación sanitaria en fisioterapia

Health education / primary care / physiotherapy

Francesc Medina i Mirapeix; Josefina Brotóns Román; Julio Manrique Sánchez.

E. U Fisioterapia, Universidad de Murcia.

Dpto. fisioterapia. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Telf.: 833000

Ext. 2599.

Objetivo

Este estudio trata de comparar en qué medida repercute la integración de la educación sanitaria en la práctica del fisioterapeuta de los Centros de Salud sobre la generación de nuevas demandas y, por tanto, de costes.

Material y métodos

Se realiza un estudio preexperimental de dos centros. La población de estudio es el conjunto de individuos que durante seis meses acuden al fisioterapeuta por motivos de lumbalgia, cervicalgia u hombro doloroso. El centro B (referente de 73.000 hab) ofrece terapia individualizada (electroterapia); en el centro A (referente de 16.000 hab.) la intervención del fisioterapeuta integra, además, una educación sanitaria individual y en grupo. Se establece un período de control durante los siguientes seis meses para observar el número de personas que demandan fisioterapia por la misma patología. También se analiza cuántos de ellos habían estado, el año anterior al estudio, en fisioterapia.

Se efectúa un análisis estadístico de contraste de igualdad de proporciones mediante un análisis de tablas de contingencia con el test de la X^2 de Pearson complementándose con un análisis de residuos.

Resultados

Acuden un total de 58 y 105 pacientes respectivamente. Abandonan 8 de cada grupo. Los dos grupos son homogéneos en edad y sexo: el A con 47 años y 64% de mujeres; el B con 45 años y 69%. La distribución por porcentajes de las lumbalgias, cervicalgias y hombro doloroso en ambos centros son homogéneas con $p > 0,10$ en los dos primeros casos y $p > 0,90$ en el último.

Durante el período de control, en el grupo A cinco personas ya tratadas piden nuevo tratamiento (10%); del B son 22 personas las que demandan un total de 29 nuevas atenciones (30%). Se presentó una diferencia significativa en los dos grupos con una $p < 0,01$ complementada con un análisis de residuos que la confirma.

Conclusión

La integración de la educación sanitaria individual y en grupo en la actividad del fisioterapeuta de Atención Primaria depara a medio plazo un mayor control del coste producido por las recidivantes demandas de fisioterapia. Sería conveniente realizar estudios con períodos de observación más prolongados para comprobar si las diferencias persisten.

Control de calidad en el diagnóstico de Dislipemias en un centro de salud

Control de Calidad / Dislipemias

M^a I. Sánchez López, Rosa García Arsac, M^a Dolores Pérez Ballesta, Pedro A. Alcántara Muñoz, J. F. Menárguez Puche, M. Martínez Grau.

Centro de Salud Molina de Segura
Avda. de Levante. Telf.: 610545

Resumen

Presentamos los resultados de una experiencia obtenida en un Centro de Salud sobre la Evaluación y mejora de la calidad en Atención Primaria, aplicándose al Diagnóstico de Dislipemias en la zona de salud.

En una primera parte, se analizan los resultados obtenidos tras la realización de un ciclo completo de evaluación de acuerdo a unos criterios previamente consensuados en 7 de los cupos de medicina general del centro. Los resultados confirmaron un nivel de calidad deficiente (sólo el 28% de las historias revisadas presentaban un diagnóstico correcto de hiperlipemia y sólo en el 10% se registraban todos los factores de riesgo cardiovascular).

Después de la introducción de medidas correctoras, se volvió a reabrir otro ciclo evolutivo, obteniéndose resultados sensiblemente mejores. Así se había realizado un diagnóstico correcto en el 69% de los casos, los factores de riesgo cardiovascular estaban registrados en el 60% de los casos, y lo mismo ocurría con el resto de los criterios analizados.

Concluimos que el método de evaluación y mejora de la calidad es válido para la realización en el funcionamiento de centros de salud, permitiendo una mejora de la calidad de la asistencia prestada. Así como la necesidad de ampliar estos estudios a otros problemas y actividades del centro.

Estudio sobre adecuación de tratamiento antihipertensiva en una consulta de Atención Primaria

Elvira Martínez Jiménez, María Soto Bernal, Manuela González Díaz

Centro de Salud Sta M^a de Gracia

Objetivos

Evaluar la prescripción terapéutica de pacientes hipertensos en una consulta de atención primaria en base a un protocolo terapéutico según factores de riesgo cardiovascular y grado de control.

Material y métodos

Estudio descriptivo. Se registra la totalidad de los hipertensos que acuden a consulta (programa, CLT, historia clínica) hasta mayo de 1993. Se recogen 91 registros. De la historia clínica se registra sexo, edad, diagnóstico, factores de riesgo cardiovascular, tratamiento prescrito y dosis. Se valora la indicación correcta o no según criterios de protocolo. Se analiza con estadística descriptiva (estudio de porcentajes).

Resultados

De los 91 pacientes registrados 60 son mujeres y 31 varones, con edad media de 62,14 años, con rango de 32 a 87 años.

Se clasifican en cuatro grupos:

1.- Medidas higiénico dietéticas (MHD) 13,18% del total con un 33,3% de varones y 66,6% de mujeres.

2.- MHD * un fármaco. El 62,63% del total de los cuales 35,08% son varones y 64,92% son mujeres; distribuidos en cuatro grupos según el fármaco.

3.- MHD + dos fármacos. El 20,87% del total de los cuales 31,57% son varones y 68,42% mujeres; distribuidos en 5 combinaciones.

4.- MHD + tres fármacos 3,29% del total, de los cuales 33,3% son varones y 66,6% son mujeres.

Se obtuvo un 92,98% de adecuación de tratamiento con un fármaco y un 7,01% de no adecuación.

Adecuación con dos fármacos en un 47,36% y 52,63% inadecuados.

Adecuación con tres fármacos en un 66,6% y 33,3% inadecuados.

Conclusiones

El grupo con tratamiento más inadecuado es el de medidas higiénico dietéticas más dos fármacos.

Del análisis individual de cada caso se deduce que existe en la consulta estudiada mala utilización de los diuréticos en asociación y de los betabloqueantes en monoterapia.

Continuidad de cuidados. Alta de enfermería

Continuidad Cuidados/Interrelación A. P.- A. E.

Rodríguez Rodenas, J. M., Marco Cano, M. J., Castillo Gómez, C. y Gómez Buendía, C.

Hospital «Virgen del Castillo» y Centro de Salud. Yecla. Murcia
C/. Colón nº 1. 30510 Yecla. Telf.: 753537

Objetivos

Generales:

- Fomentar la interrelación entre A. Primaria y A. Especializada.
- Garantizar la continuidad de cuidados.

Específicos:

- Evaluación del registro «Recomendaciones de Enfermería al Alta».
- Elaboración del registro «Informe de Enfermería para Atención Primaria».
- Elaboración de protocolos de cumplimentación para unificar criterios.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, cualitativo y cuantitativo, mediante foros de discusión y tasas de prevalencia, sobre la totalidad de los informes de enfermería realizados durante los años 1991, 1992 y 1993.

Resultados

- Se continúan realizando más informes de modo oral que escrito.
- Se realizan sin seguir un esquema.
- Muchos informes no llegan a manos del enfermero/a de A. Primaria.
- La procedencia de los informes es mayoritariamente de enfermos médicos.
- Los motivos de los informes suelen ser curas, úlceras por decúbito, caterismos versicales y nasogástricos.
- Son escasos los informes referidos a problemas de salud potenciales.

Conclusiones

- Es necesaria la existencia de informes de Enfermería al Alta y protocolos de cumplimiento que unifiquen criterios.
- El informe de Enfermería al Alta es un indicador de Garantía de Calidad.
- Es necesario diferenciar los informes dirigidos a A. Primaria, de los dirigidos a pacientes/familia.
- El informe para A. Primaria es necesario que contenga un resumen del Plan de Cuidados realizado y una evaluación de dicho plan.
- El informe de Recomendaciones de Enfermería al Alta se debe redactar sin palabras técnicas.
- Sería conveniente la elaboración de folletos, dirigidos al paciente/familia, para la prevención de problemas potenciales.

Programa de atención al niño: Satisfacción de los usuarios y conocimientos pediátricos de los padres

Atención al Niño / Evaluación de Programas / Control de Calidad

F. Agullo Roca, S. Gil Adiego, M. de Santiago García, G. Álvarez Mateo, G. Sanz Mateo

Centro de Salud de Torre Pacheco (Murcia)

C/. Aniceto de León, 7. 30700 Torre Pacheco (Murcia)

Introducción y objetivos

En la evaluación de un programa de salud implantado en A.P. puede ser importante conocer la opinión del usuario, expresada como grado de satisfacción, acerca de la atención recibida. Tras nueve años de funcionamiento del Programa de Atención al Niño (P.A.N.) en nuestro centro, nos planteamos realizar este estudio cuyos objetivos son conocer el grado de satisfacción del usuario del P.A.N. y poner de manifiesto los conocimientos y actitudes de los padres en la atención y cuidado de los niños.

Material y método

Se trata de un estudio descriptivo transversal mediante encuesta a los padres de todos los niños que según el registro del P.A.N. de nuestro centro nacieron y fueron captados durante 1991 (N= 167).

Resultados

Obtuvimos respuesta sólo en el 35,33% de los casos (n= 59). Las encuestas fueron cumplimentadas en un 83,1% por la madre. La edad media del padre era de 32,49 años y la de la madre de 29,2, la media de hijos fue de 1,93. El nivel de instrucción de los padres era bajo y el 67,8% de las madres eran amas de casa. Un alto porcentaje de los padres opinan que acuden al centro de salud tanto para realizarle al niño los controles de salud como cuando están enfermos. Opinan que el aspecto del control de salud que más valoran es el de obtener consejos para conservar la salud y prevenir enfermedades; y en un 76% de los casos están satisfechos y en un 22% muy satisfechos con el Programa. Sobre los conocimientos pediátricos se han desmitificado algunos usos o creencias, pero siguen existiendo algunos que son muy prevalentes.

Conclusiones

1. El grado de satisfacción de los usuarios del P.A.N. de nuestro centro es muy alto, si bien serían necesarios otros estudios para conocer si esta situación es real o está sesgada por el método utilizado. 2. Los conocimientos y actitudes de los padres en la atención y cuidados del niño son correctos, aunque siguen existiendo algunas creencias que sería necesario abolir con la atención sucesiva.

Enfermedades importadas y medicina de la inmigración

Enfermedades importadas / Inmigración / Intervención médica

García Tenorio, A.; Pascual Parrilla, M.; Manero Ruiz, I.; Mur Lalueza, M. J.; Gonzalo Til, A.; Aznar Carbonell, A.

Centro de Salud Perpetuo Socorro Huesca. Unidad docente de MF y C C/. Cesareo Alierta, nº 96. 9º C, esc. drcha. Telf.: (976) 599322

Los movimientos migratorios y los viajes intercontinentales han supuesto un aumento importante de las «enfermedades importadas». España, aunque de forma tardía, se ha convertido en un país receptor de inmigrantes, procedentes sobre todo del continente africano, que constituyen un colectivo en parte clandestino carentes de una adecuada atención sanitaria y social. En los dos últimos años, nuestro centro viene atendiendo a un grupo de estos inmigrantes cuya demanda asistencial supone menos del 0,5% del total de consultas del centro.

Objetivos

Aportar la experiencia con tres casos de «enfermedades importadas» y analizar los factores que dificultan la intervención médico-asistencial en este colectivo, con el fin de mejorarla.

Material y métodos

Se usó el registro de historias del centro y el método empleado fue la revisión de las historias clínicas.

Resultados:

* *Caso nº 1.* Varón, 25 años, raza negra; no habla castellano y mediante interprete refiere disuria; *Sedimento:* hematuria, leucocituria, microalbuminuria; Ante la sospecha de infección urinaria baja iniciamos tratamiento con antiséptico urinario, mejorando inicialmente la sintomatología pero poco después, reaparece la clínica junto a prurito generalizado. El estudio de parásitos en orina fue diagnóstico detectándose huevos de **esquistosoma**.

* *Caso nº2.* Varón, 39 años, raza negra; refiere mialgias generalizadas episódicas desde hace años, con pérdida de peso en los últimos meses; *Exploración:* hepato-esplenomegalia. *Análítica:* anemia hipocrómica microcítica, hiperganmaglobulinemia; Derivado al hospital de área, se diagnosticó de **leishmaniasis visceral**.

* *Caso nº3.* Varón, 26 años, raza negra; presenta lesión pruriginosa en maléolo interno de pierna dcha. Las características de la lesión y la procedencia del enfermo, hacen sospechar el diagnóstico. La detección de **microfilarias** en sangre lo confirmó. Tras iniciar tratamiento, lo suspende al estar en periodo de Ramadán.

Conclusiones

La atención a este colectivo plantea numerosos problemas de anamnesis, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, influyendo factores: culturales, religiosos, idioma Más aún cuando podemos encontrarnos con enfermedades inusuales en nuestro medio, y por lo tanto con escasa experiencia. Ello obliga a incluir en el diagnóstico diferencial entidades nosológicas no habituales en otros grupos de población.

Estudio prevalencia de infección tuberculosa en población pediátrica

Tuberculosis / Prevalencia / Tuberculina

A. García Tenorio, A. Aznar Carbonell, J. Mancho Sánchez, F. Beltrán Lacort, J. Fuertes Fernández, C. Isanta Pomar

C. S. Perpetuo Socorro Unidad Docente de M. F. y C. Huesca
C/. Cesareo Alierta, 96. 9 C, esc. dcha. Telf.: (976) 599322

Objetivo

Conocer la prevalencia de infección tuberculosa en la población pediátrica de nuestro Centro de Salud.

Emplazamiento

Centro de Salud «Perpetuo Socorro». Huesca.

Material y Métodos

De la población pediátrica de niños de edades de 6 y 7 años, se seleccionó una muestra por método aleatorio simple, con un total de 73 niños. Para la realización del estudio se solicitó permiso previo a los padres, al mismo tiempo que se cumplimentó una encuesta en la que constaban datos de filiación, antecedentes personales y familiares de TBC, condiciones socioeconómicas familiares, factores predisponentes (malnutrición, diabetes, corticoterapia, VIH + ...). Obtenida esta información fueron excluidos del estudio aquellos niños cuyos padres no aceptaron. Se realizó una prueba de tuberculina con 2 UI PPD RT-23 con Tween-80, siguiendo los criterios de técnica e interpretación de la prueba admitidos por el Consejo Nacional para el Control de la TBC en España.

Resultados

Del total de 73 niños seleccionados, no les fue realizada la prueba a 11 de ellos (15,06%), bien por oposición de los padres (1,36%), bien por negativa del niño (1,36%) y el resto por imposibilidad de localizar a los seleccionados (13,46%). De las 62 pruebas de tuberculina valoradas se hallaron 60 negativas y 1 positivo, obteniéndose una prevalencia del 1,61%

Conclusiones

1. Los resultados de este estudio preliminar, parecen indicar la existencia de una prevalencia de infección tuberculosa elevada en comparación con las detectadas en otros estudios.
2. A la vista de los resultados se infiere la conveniencia de continuar realizando estudios de infección tuberculosa, siendo especialmente interesante en población pediátrica por la accesibilidad de la misma y por la posibilidad a través de los infectados de prevenir y /o tratar nuevos casos de TBC en el entorno familiar y encontrar fuentes de infección insospechadas.

Necesidades sentidas en formación continuada por el trabajador social: encuestadores clave

Formación continuada / Trabajador social / Encuestadores clave

Martínez Ros, M. T.; Ballesteros Pérez, M. A.; Molina Durán, F.; Sánchez Sánchez, F.; Soto Calpe, R.

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria
C/. Andrés Baquero, nº 6. 30071 Murcia. Telf.: 210478

Objetivos

1. Identificar las áreas temáticas en las que el trabajador social precisa aumentar su grado de capacitación.
2. Determinar el orden de prioridad de esas diferentes áreas.

Sujetos, Material y Métodos

Se ha abarcado al universo de los trabajadores sociales que trabajaban en APS durante la realización del estudio (N=15). El método utilizado fue el de «encuestadores clave» mediante una encuesta enviada por correo y donde se debía señalar: las necesidades sentidas de formación continuada de los trabajadores sociales, por orden de importancia y el área de salud a la que pertenecían. La puntuación se obtuvo mediante la técnica Pooled Rank (media sobre 10).

Resultados

El porcentaje de respuestas ha sido del 80%. Cinco ítems destacan sobre el resto, y dentro de ellos, especialmente dos: 1º terapia familiar (8,1), 2º dinámica de grupos (7,5), 3º técnicas de educación para la salud (4,5), 4º creación de grupos de autoayuda (3,4), 5º técnicas de entrevista y comunicación oral (3,2).

Conclusiones

1. El método de «encuestadores-clave» es útil como técnica para recoger información sobre cuales son las materias que el trabajador social cree necesitar de formación continuada.
2. La terapia familiar y la dinámica de grupos son los temas en los que el trabajador social solicita un mayor aumento de conocimientos.

La información en vídeo como facilitadora de la integración en los E.A.P.: Una evaluación preliminar

E.A.P. / A. P. de Salud

I. Méndez, A. Aguado, V. Herreo, C. Villar: A. López de la Llave

St^a M^a de Benquerencia Toledo
Guadarrama s/n. Telf.: 230104

Resumen

El objetivo del estudio fue comparar si la información presentada en formato VÍDEO, tiene ventajas con respecto a la impartida verbalmente en la integración de nuevos miembros en los E.A.P.

Para ello nos planteamos utilizar un VÍDEO que con anterioridad habíamos realizado. El VÍDEO contenía una información homogénea, sencilla y orientada sobre personal, actividades y organización de nuestro centro de salud.

Se decidió elaborar un cuestionario que recogiese conocimientos sobre: personal adscrito al C.D.S.; su organización y actividades (asistenciales, docentes de investigación y administrativas). Aprovechando las prácticas de los alumnos de tercer curso de Enfermería de la E. U. de Toledo, se pasó el cuestionario a 18 alumnos/as que no habían pasado por el C.D.S. y otros 18 que sí habían pasado, de estos últimos 9 recibieron la información mediante el VÍDEO y 9 de forma verbal.

Las puntuaciones sobre conocimientos fueron menores en los que habían recibido ninguna información y parejas en el grupo que sí la recibió.

Parece que la utilización del soporte VÍDEO para transmitir información en los E.A.P. es útil porque ahorra tiempo.

Calidad y coste de la prescripción farmacéutica de los especialistas en medicina familiar y comunitaria

Especialista en medicina familiar / Estudio de utilización de medicamento / Calidad

Miguel Torralba Guirao, Rosa Monteserin, José Antonio González, Isabel Calero, Rosa María Serrasolses

Cap II San Feliu, Barcelona

Avda. Marquesa de Castellvell, 98-100. 08940 San Feliu de Llobregat (Barcelona)

Objetivos

El objeto de esta comunicación es comparar cualitativa y cuantitativamente la prescripción de los médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria frente a los médicos de cabecera que no poseen esta especialidad.

Material y métodos

El estudio se ha analizado en la Región Sanitaria Costa de Poniente de la provincia de Barcelona.

Se analizó la prescripción total anual (1992) de 114 médicos.

Se encontraron 28 médicos de familia, frente a 86 sin especialidad.

Se ha trabajado la información a través de los programas informáticos VMIX e IDMSIX de la División de Farmacia del Servicio Catalán de la Salud.

En cuanto al análisis cuantitativo se analizaron los siguientes indicadores: total importe por médico, total número de envases por médico, total recetas médico, coste promedio del envase prescrito, porcentaje de envases de pensionistas sobre total envases, y porcentaje que representan los envases de las cien primeras especialidades sobre el total de envases prescritos.

En cuanto al análisis cualitativo se analizó la cifra que representaban el conjunto de los envases de grupos terapéuticos de eficacia dudosa y el porcentaje que representaban sobre el total de la prescripción.

En la tabla de datos se relacionan los grupos de eficacia dudosa considerados.

Para valorar la calidad de prescripción también analizamos el valor intrínseco (VI) y el grado potencial de uso (GU), seguimos los criterios de Laporte. Para esta análisis nos centramos en las 100 primeras especialidades prescritas a lo largo del año de estudio, 1992. Se ponderó por el número de envases prescritos obteniéndose valores en% de cada categoría sobre el total.

La información se ha procesado mediante el programa DBASE IV. Se ha aplicado la técnica estadística de T de Student-Fisher, para la comparación de las variables analizadas. Siendo la práctica totalidad de las diferencias analizadas estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Resultados

A) Análisis cuantitativos	Familias	No familias	
Nº médicos estudiados	28	86	
Importe total prescripción anual por médico	18651435	31454000	
Total envases prescritos anuales por médico	15346	26193	
Precio promedio por envase prescrito	1206	1206	no significat
Total recetas prescritas anuales por médico	14725	25038	
% Envases recetas pensionistas sobre total	62,1	60,6	
% Total envases 100 1 ^{as} especialidades prescritas sobre total envases prescritos	41,1	33,9	

COMUNICACIONES EN POSTER:

Lugar: Caja de Ahorros del Mediterráneo • 4-3-94

- Nº 1. «Campaña de vacunación VHB. Impacto sobre el personal sanitario».
- Nº 2. «Evaluación de la asistencia prestada a los hipertensos en nuestro Centro de Salud. Una visión a largo plazo».
- Nº 3. «Experiencia con historias clínicas informatizadas en Atención Primaria».
- Nº 4. «Análisis de la calidad asistencial prestada a la población diabética de un Centro de Salud».
- Nº 5. «Urgencias en un Centro de Salud rural: Descripción y adecuación de la demanda».
- Nº 6. «La prescripción de analgésicos no narcóticos en Atención Primaria».
- Nº 7. «Evaluación por iguales de la competencia profesional».
- Nº 8. «Actividades de enfermería en el programa de salud escolar».
- Nº 9. «Análisis de las derivaciones atendidas en una consulta de zona de CORAZÓN Y PULMÓN».
- Nº 10. «La consulta telefónica espontánea en Atención Primaria».
- Nº 11. «Evaluación del grado de cumplimentación de historias clínicas en Atención Primaria de salud».
- Nº 12. «Actitud de los profesionales sanitarios de APS ante la documentación médica».
- Nº 13. «2 años de control informatizado de bajas laborales».
- Nº 14. «Educación sanitaria en fisioterapia».
- Nº 15. «Control de calidad en el diagnóstico de dislipemias en un Centro de Salud».
- Nº 16. «Estudio sobre adecuación de tratamiento antihipertensiva en una consulta de Atención Primaria».
- Nº 17. «Continuidad de cuidados. Alta de enfermería».
- Nº 18. «Programa de atención al niño: Satisfacción de los usuarios y conocimientos pediátricos de los padres».
- Nº 19. «Enfermedades importadas y medicina de la inmigración».
- Nº 20. «Estudio prevalecencia de infección tuberculosa en población pediátrica».
- Nº 21. «Necesidades sentidas en formación continuada por el trabajador social: Encuestadores clave».
- Nº 22. «La información en vídeo como facilitadora de la integración en los E.A.P.: Una evaluación preliminar».
- Nº 23. «Calidad y coste de la prescripción farmacéutica de los especialistas en medicina familiar y comunitaria».

B1) Análisis cualitativos: Envases grupos de eficacia dudosa

Envases terapia biliar (A05)	37	119
Tónicos y reconstituyentes (A13A)	149	282
Estimulantes del apetito (A15A)	22	65
Anabolizantes hormonales (A14)	2	19
Vasodilatadores cerebral y periférico (C04A)	200	922
Antivaricosos tópicos (C05B)	176	307
Antivaricosos sistémicos (C05C)	142	396
Psicoanalepticos no antidepresivos (N06)	147	375
Mucolíticos con antibiótico (R05BC1)	89	516
Mucolíticos sin antibiótico (R05BC2)	89	516
Total envases grupos dudosos	1240	3566
% Envases grupos dudosos sobre el total	8	13,3

B2) Análisis valor intrínseco y grado potencial uso prescripción

% Envases valor intrínseco elevado (VI 1)	76,6	67,5
% Envases grado potencial uso elevado (GU1)	69,6	60,5

Discusión / Conclusión

El médico de mayor formación prescribe con menor costo y en menor cantidad. Sin embargo el valor de cada envase que prescribe es el mismo que el médico no tan especializado.

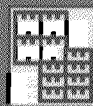
El porcentaje superior de envases prescritos a pensionistas podría deberse a que la menor prescripción del especialista, no provoca una menor prescripción al colectivo más necesitado, el pensionista.

El mayor porcentaje de envases entre las cien primeras especialidades prescritas en los especialistas, pudiera ser motivado por un menor sometimiento a las demandas particulares del paciente en cuanto a medicación, o a un mayor control de su talonario.

En cuanto a los indicadores de calidad, señalan claramente que a una mayor formación no sólo se produce una prescripción más económica, sino que además ésta es de mayor calidad, para todos los indicadores analizados. Deberían invertirse más recursos en formación del personal.



servicio
murciano
de salud



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Asuntos Sociales