

## Nuevas demandas de la población

Clotilde Boix Gras<sup>a</sup>, Ester García Gimeno<sup>b</sup>, M<sup>a</sup> Dolores González Céspedes<sup>c</sup>,  
Ramón Orueta Sánchez<sup>d</sup>, Ignacio Párraga Martínez<sup>e</sup>,  
Javier Rodríguez Alcalá<sup>f</sup>, Adoración Romero Saiz<sup>g</sup>, Coral Santos Rodríguez<sup>c</sup>,  
Humberto Soriano Fernández<sup>h</sup>, Alejandro Villena Ferrer<sup>i</sup>  
- Grupo de trabajo de Nuevas Demandas de la Población de la  
Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria -

<sup>a</sup> Médico de Familia. Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria, Albacete

<sup>b</sup> Médico de Familia. Centro de Salud Jaime Vera (Leganés, Madrid)

<sup>c</sup> Médico de Familia. Centro de Salud de Hellín (Albacete)

<sup>d</sup> Médico de Familia. Centro de Salud Sillería (Toledo)

<sup>e</sup> Residente de M F y C. Centro de Salud Zona V-B (Albacete)

<sup>f</sup> Médico de Familia. Gerencia Atención Primaria, Toledo

<sup>g</sup> Médico de Familia. Gerencia Atención Primaria, Cuenca

<sup>h</sup> Médico de Familia. Centro de Salud Zona IV (Albacete)  
Médico de Familia. Centro de Salud de Villarrobledo (Albacete)

Correspondencia:  
Clotilde Boix Gras  
Unidad Docente de  
Medicina Familiar y  
Comunitaria de  
Albacete-Hellín  
C/ Marqués de Villoros, 6  
02001- Albacete  
Telf. 967 50 24 22  
cboix@sescam.org

Recibido el 22 de abril de  
2005.

Aceptado para su  
publicación el 24 de abril de  
2005

### RESUMEN

La Medicina de Familia se enfrenta a grandes cambios en las demandas de la población. Los motivos de consulta se han modificado y la población demanda atención ante situaciones que, aunque siempre han existido, actualmente se viven de forma diferente, lo que supone una sobrecarga para el profesional. Además, el envejecimiento de la población, los fenómenos migratorios, la aparición de nuevas tecnologías y los cambios en la atención especializada requieren que el médico de familia realice un esfuerzo importante en actualización.

La información a la población, los planes de prevención y las actividades comunitarias son importantes para mejorar la atención y contribuyen a racionalizar los recursos.

La Atención Primaria debe tener en cuenta que la población demanda, cada vez más, un estilo de atención en el que se informe al paciente, pueda participar en las decisiones y tenga una atención digna, con tiempo suficiente, espacios adecuados etc.

Se debe favorecer el uso racional y solidario del sistema sanitario público. Es preciso completar la formación de los profesionales de Atención Primaria en los aspectos a los que se dirigen las demandas de la población. Hay que complementar la actividad asistencial con planes de prevención integral, actividades comunitarias y de promoción y educación para la salud.

Desde la Administración Sanitaria se deben establecer los medios necesarios para que las actuaciones sean más eficaces.

### ABSTRACT

#### New demands of people:

Family practice has the forecast of big changes in public demand. It has changed of consultation and people demand professional attention for old situations that actually are perceived like health problems. It causes overload for family doctors daily agenda. Also, aging population, migratory phenomenon, new technologies and changes in specialized attention, cause a special effort to be up to date.

Information to people, plans to prevention, communitary activities are importants in order to improvement assistant and to optimice resources.

Primary care has to contemplate that public demands increasingly, a model of health service with an adequate information to patiens, dignity in the service, decision with patients participation, time enough, correct space, etc. It is necessary to rationalise and strenghten the use of Public Health System. It is necessary to optimice the training of proffesionals in areas with special demand from people. It is necessary to establish plans for integral prevention, communitary promotion and education for health activities.

It is necessary that government provides resources in order to optimice adequate actions.

## INTRODUCCIÓN

La Medicina de Familia debe plantearse como objetivo fundamental la máxima calidad de la asistencia sanitaria que presta a la población, buscando para ello una actualización constante de los conocimientos y una optimización de los recursos.

La Atención Primaria, como puerta de entrada al sistema sanitario, debe ser capaz de dar respuesta a la mayoría de los problemas que plantea el paciente, realizando una derivación eficaz cuando sea necesario.

Los cambios que deben afrontar los médicos de familia para lograr estos objetivos son consecuencia de, entre otras circunstancias, los fenómenos migratorios, el envejecimiento de la población, la aparición y uso de las nuevas tecnologías, las mayores expectativas de los ciudadanos, los cambios sociales y los cambios en la Atención Especializada (altas precoces, cirugía mayor ambulatoria, etc.).

Además, la generalización del uso de las nuevas tecnologías de la información y la gran progresión de los medios de comunicación está cambiando el modo de ejercer las profesiones sanitarias. Este fenómeno, unido al culto a las pruebas complementarias, está propiciando que el usuario sea más exigente con el servicio sanitario público.

Desde esta perspectiva, debemos intentar que el sistema sea flexible y se adapte a las necesidades de la población y debemos estar atentos a sus demandas, aunque estas no siempre se corresponden a necesidades reales y soportables por el Sistema Público.

Nuestro grupo de trabajo intenta analizar las nuevas demandas de la sociedad, de las que el médico de familia, las asociaciones profesionales y la administración deben ser conscientes para, conjuntamente, realizar el esfuerzo necesario para que la Atención Primaria se mantenga como referente para la población.

## ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

Los adolescentes frecuentan poco el centro de salud y sin embargo este grupo de edad presenta un modo de enfermar característico, están expuestos a muchos riesgos para la salud y supone uno de los grupos de población en los que las actividades preventivas pueden llegar a ser más rentables.

La atención del adolescente es breve, episódica y en relación con problemas concretos. Las actividades de promoción de la salud y prevención deberían ser los principales objetivos desde la Atención Primaria.

El adolescente se enfrenta a la **esclavitud de la imagen**, pues la sociedad de consumo ha establecido un canon de belleza en la que ésta se configura en torno a una determinada «imagen corporal» donde juventud, delgadez, etc. es lo importante. La adolescencia, como

fase de cambio tanto en el ámbito orgánico como psicológico, representa un periodo crítico donde tiene gran importancia la percepción de uno mismo, siendo frecuente la inestabilidad en la auto-imagen y la tendencia a la baja autoestima. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y otros trastornos asociados al «culto al cuerpo», como vigorexia o dismorfia corporal, se inician habitualmente en la adolescencia y suponen un problema importante de salud pública y es un motivo de preocupación para la comunidad, que los percibe como una prioridad en cuanto a prevención, detección precoz y tratamiento adecuado.

Desde la década de los 80 se citan en la bibliografía las **«adicciones sin droga»** como aquellas conductas cotidianas que, siendo habituales en la sociedad, se realizan de forma exagerada y compulsiva, con vínculo de dependencia y un trasfondo psicopatológico. Uno de los problemas que empiezan a revelarse en la utilización de nuevas tecnologías es el deseo de muchos adolescentes de pasar horas y horas delante de la pantalla, abandonando totalmente el contacto con otras personas de su edad y apartando de su tiempo de ocio aquello que no tenga que ver con el ordenador. Las tecnologías por sí mismas no generan adicción, pero el uso abusivo de video-juegos, teléfonos móviles e Internet ha hecho que muchos jóvenes establezcan una relación de dependencia.

Otro de los problemas en este grupo de edad es la aparición de **nuevas familias**. Actualmente los padres trabajan fuera de casa pasando el papel de cuidador a otros componentes de la familia como abuelos y hermanos o a personas ajenas a la familia. Los adolescentes empiezan a hacer la socialización a espaldas de la familia, empiezan a hacerse adultos sin serlo y sin la estrecha supervisión de los padres. Las separaciones y divorcios se han incrementado considerablemente y con estos los conflictos en los adolescentes. Las relaciones de los adolescentes con su «nueva familia» pueden ser satisfactorias y normales, pero es frecuente el conflicto cuando aparecen nuevos miembros en la familia como padrastro, hijos de la otra pareja, etc. Estas situaciones en la relación padres-hijos contribuyen a la mayor incidencia de problemas psicopatológicos en adolescentes.

## ¿NUEVAS ENFERMEDADES?

En la actualidad estamos asistiendo a un aumento de consultas por motivos que siempre han existido pero que ahora se asumen y se viven de forma diferente. Es el caso de la **menopausia, la esterilidad, la incontinencia y la osteoporosis**. ¿Podemos hablar de nuevas enfermedades? Y en el caso de la menopausia ¿debemos hablar de enfermedad?

La población empieza a medicalizar todo aquello que le produce incomodidad y parece que el Sistema Sa-

nitario está obligado a garantizar y proporcionar soluciones a lo que interfiera mínimamente con el estilo de vida. No se acepta el envejecimiento y se intenta luchar contra él.

Los medios de comunicación informan del «problema de salud» que constituye la **menopausia**. El profesional asiste a un aumento de las consultas por supuestos síntomas que no son más que signos de la evolución natural, lo que implica dedicar más tiempo a desmontar la idea de «menopausia igual a enfermedad» y hacer entender a la mujer que no se puede revertir la fisiología. Por otro lado, estamos obligados a detectar aquellos síntomas derivados del déficit estrogénico que interfieran con la actividad habitual y el bienestar de las pacientes.

En los países industrializados, 1.200 nuevas parejas por cada millón de habitantes y año tienen problemas de **esterilidad**, es decir, en España cada año 44.000 nuevas parejas se incorporan al colectivo de parejas subfértiles. Cada vez con más frecuencia recibimos en la consulta a parejas con problemas de infertilidad y la mayoría de las veces sabemos poco sobre ellas, particularmente de su historia ginecológica y los conocimientos que tienen acerca de la fisiología femenina. Damos por hecho que, en la era de la comunicación y el conocimiento, están bien informadas, cuando no necesariamente es así. Los profesionales sanitarios estamos poco familiarizados con los protocolos seguidos en el medio hospitalario, normalmente porque suelen ser derivaciones de tercer nivel con poca o nula relación con la Atención Primaria.

En España la **incontinencia urinaria** (IU) es una patología que afecta a más de 2 millones de personas. Cada vez más, médicos y pacientes ven la incontinencia como una enfermedad que merece atención médica, sin embargo sorprende el bajo índice de consultas que genera, especialmente entre la población anciana, influyendo en ello factores individuales, socio-culturales y puramente asistenciales. Sólo el 30% de los afectados de IU busca atención médica para su problema; según los estudios, una de cada cinco mujeres que consulta en Atención Primaria se beneficiarían de una aproximación diagnóstico-terapéutica. El profesional sanitario tiene que empezar a valorar la IU en su justa medida, ya no se puede ignorar un problema que interfiere en casi todas las funciones del individuo, hasta el punto de poder aislarlo socialmente.

La **osteoporosis** se presenta como un problema creciente en la sociedad española debido a su alta prevalencia, que llega al 40 % en mujeres de entre 60 y 69 años, y a la influencia que tienen sus complicaciones sobre la calidad de vida de la persona que las sufre. Desde hace años, el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la semFYC, en consonancia con otras sociedades científicas del ámbito internacional, recomienda la prevención de la

osteoporosis como parte importante de las medidas encaminadas a mejorar la salud en la mujer.

Actualmente no se recomienda la densitometría tipo DEXA como método de cribado, aunque sí como método diagnóstico ante la sospecha de osteoporosis en pacientes con determinados factores de riesgo o en aquéllos que presentan una fractura no vertebral.

En nuestra Comunidad, la creciente concienciación social, que conlleva el aumento del número de consultas por este motivo, y la imposibilidad de acceder desde Atención Primaria a la densitometría tipo DEXA en aquellos casos en los que se encuentra indicada, están contribuyendo a aumentar el número de derivaciones hacia los servicios de Reumatología o de Medicina Interna con el consiguiente aumento de las listas de espera de manera innecesaria.

## MALOS TRATOS Y VIOLENCIA DOMÉSTICA

El problema de la **violencia doméstica** está adquiriendo una relevancia creciente en todos los ámbitos de nuestra sociedad. Sin duda se trata de un problema que precisa un abordaje multidisciplinar, pero en el que los profesionales de Atención Primaria (AP) disponemos de una situación privilegiada para su prevención y detección precoz.

La incidencia real de este problema es desconocida y se estima que las denuncias presentadas representan únicamente entre un 5 y un 10 % de los casos de malos tratos. Las más expuestas a este tipo de violencia son las mujeres entre 30 y 50 años, aunque en los últimos años el mayor incremento de casos ha sido entre los menores.

Aunque casi todas las víctimas de malos tratos visitan a su médico en el año siguiente a la agresión, sólo en un 30-40% de los casos se identifica el abuso. Estos datos ponen de manifiesto que, obedeciendo a diferentes motivos, disponemos de un importante margen de mejora para la detección precoz de estos casos; sin duda, la actitud de los profesionales sanitarios guarda una importante relación con su capacidad de detección.

## INMIGRANTES

Una de las preocupaciones que supone la inmigración creciente es la capacidad del sistema sanitario para afrontar la llegada de esta población y sus necesidades.

Los motivos de consulta se relacionan con los propios de una población joven, sin embargo, las condiciones de precariedad laboral, de vivienda, el desarraigo familiar y social, la inexistencia de calendario vacunal previo o su diferencia con el nuestro y el padecer, al llegar a España, enfermedades infecciosas procedentes de su país de origen, influyen de forma negativa

sobre su salud además de hacer más prevalente la mala salud autopercibida.

Las diferencias culturales e idiomáticas suponen una barrera importante en la comunicación médico-paciente y algunos problemas de salud mental se expresan con somatizaciones de forma diferente a las personas autóctonas, con las dificultades de diagnóstico que ello supone.

Debido a su situación, los inmigrantes frecuentan los servicios de Urgencia donde resuelven sus demandas instantáneamente haciendo que su participación en programas preventivos y de educación para la salud o el cumplimiento terapéutico sean menores.

### TOLERANCIA CERO

El desarrollo acelerado de la sociedad de consumo la ha transformado en sociedad de bienestar; el paso de enfermar a no-enfermar forma parte de la definición de calidad de vida; la idea de «sano igual a bienestar» en un mundo transformado e influido por los medios de comunicación nos ha llevado a alcanzar techo. La sociedad actual niega la enfermedad y huye del dolor y de la muerte.

Ante esta situación, aparecen cada vez con mayor frecuencia **trastornos adaptativos** ante procesos naturales de cambio (vejez, muerte, enfermedades crónicas, separaciones etc.), que para el médico constituyen un aumento de consultas que consumen tiempo y energías, provocan excesiva medicalización de la vida cotidiana y desencadenan ganancias secundarias como las bajas laborales difíciles de controlar.

También se ha visto aumentada la **demandas inmediatas** de atención con la utilización inadecuada de los servicios de urgencias donde el usuario compensa, en tiempo y pruebas complementarias, su necesidad de atención.

En la cultura predominante del «culto al cuerpo», para el paciente se convierte en preocupación el reconocimiento de las «imperfecciones corporales» y las considera patológicas, con la angustia que eso genera. Para el médico supone un gasto de tiempo y recursos en situaciones no patológicas, en detrimento de otras más importantes.

### AVANCES EN INVESTIGACIÓN

Los avances en investigación, las aplicaciones tecnológicas en medicina y la genómica están incidiendo ya en Atención Primaria.

El incremento de **trasplantes de órganos** y la mejoría en la supervivencia hacen necesaria la participación activa del médico de familia en el control evolutivo postrasplante. Será por tanto necesario un seguimiento a largo plazo, manteniendo una comunicación continua y fluida entre el paciente y el médico de Atención

Primaria, esencial para las actividades preventivas y la detección precoz de complicaciones para asegurar el éxito del trasplante.

Actualmente se realizan habitualmente **trasplantes de células madre** en enfermedades hematológicas malignas y no malignas; estos pacientes, que están inmunodeprimidos durante largos periodos, requieren un seguimiento cercano ya que pueden desarrollar problemas endocrinos y metabólicos o una segunda enfermedad maligna si sobreviven al trasplante.

También el médico de Atención Primaria debe saber cuál es la importancia y cómo se deben aplicar a la práctica clínica los principales **marcadores tumorales**, con la finalidad de predecir recurrencias o detectar neoplasias en estadios tempranos.

El desarrollo en el estudio del **genoma humano** va a permitir avances importantes en el diagnóstico genético, en la producción de vacunas y en la terapia genética. En los próximos 10 años vamos a ser capaces de analizar la susceptibilidad a sufrir una decena de enfermedades comunes y seguramente podremos intervenir para reducir el riesgo de padecerlas.

La **medicina predictiva** tendrá una enorme repercusión en la salud, pero su impacto dependerá de la capacidad que los profesionales sanitarios tengamos de modificar las actitudes de las personas con factores de riesgo para desarrollar enfermedades específicas (**medicina preventiva**).

Esta situación coloca a los profesionales de Atención Primaria en una posición que requiere una adaptación: necesidad de conocimiento de los nuevos métodos y del uso racional de los mismos, necesidad de acceso directo o indirecto, necesidad de establecer marcos de relación con el paciente.

### ACCESO A NUEVOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

La población solicita ser diagnosticada y/o tratada con los últimos avances existentes. La demanda de derivación al segundo nivel asistencial en realidad traduce, en un elevado porcentaje de casos, la petición de estudios complementarios u opciones terapéuticas idealizados por la información recibida, lo que puede ocasionar decepción y/o alteración en la relación con los profesionales si no obtienen la petición deseada o cuando descubren que la realidad es muy inferior a sus expectativas.

### INFORMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

Sin tratarse de una demanda de la población en sí misma, sí se trata de una realidad actual que marca de forma directa la relación entre profesionales y población atendida. La informatización de la consulta gene-

ra nuevas posibilidades en la práctica clínica, pudiendo contribuir a la mejora de la eficacia y la eficiencia de las intervenciones, así como de la organización y gestión de las mismas.

Pero a pesar de estas aportaciones, existen sectores de ambas partes, pacientes y profesionales, que consideran que la informatización de la consulta puede generar distorsiones en la relación dado que puede acaparar una parte importante del tiempo disponible para la atención y que puede llegar a suponer una barrera que impida un adecuado marco de relación entre ambos.

### ATENCIÓN TELEFÓNICA

La comunicación mediante el teléfono amplía enormemente la posibilidad de relación entre el médico y el paciente. Permite ampliar el tiempo dedicado a la aclaración de dudas, previsión de incidencias, información de evolución, supuestos de intolerancia medicamentosa y cumplimiento de la prescripción.

La consulta telefónica es una actividad complementaria que contribuye a la mejora de la calidad de la atención sanitaria.

El uso del teléfono también tiene limitaciones y puede encerrar riesgos. Es importante elaborar mensajes adecuados y presentar de forma reglada y sistematizada las distintas preguntas que pueden surgir.

### ATENCIÓN MEDIANTE OTROS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

La irrupción de la informática y de Internet ha revolucionado totalmente el mundo de la atención médica a la población. A pesar de los interrogantes que existen sobre algunos aspectos, sobre todo por lo que a confidencialidad y ética se refiere, es evidente que su correcta aplicación en todos los campos de las ciencias es un reto que debemos afrontar.

Los diferentes organismos sanitarios han diseñado una serie de sistemas de información que intentan satisfacer las necesidades de los profesionales sanitarios, de los distintos niveles organizativos y de la población atendida.

Las administraciones sanitarias han dotado de infraestructuras para nuevas formas de atención a los usuarios (telemedicina, acceso a Internet y correo electrónico).

La **telemedicina** puede ser útil en Atención Primaria a nivel de seguimiento de pacientes, de comunicación entre profesionales, comunicación de investigadores, formación médica continuada, etc.

El correo electrónico entre médico y usuario es un mecanismo de contacto rápido, cercano y eficaz.

### OTROS MÉTODOS DE ATENCIÓN AL USUARIO

**Atención domiciliaria.** Cuidados paliativos domiciliarios. Son numerosos los autores que piensan que este tipo de asistencia está poco potenciada y que, aunque en los últimos años uno de los objetivos fundamentales de la Atención Primaria ha sido el desarrollo de actividades y de programas para aplicar en el ámbito domiciliario, todavía falta mucho para mejorar esta modalidad asistencial.

Las expectativas de los pacientes y de sus familias respecto a la atención domiciliaria son la accesibilidad y rápida respuesta por parte del médico y una periodicidad frecuente en las visitas de asistencia domiciliaria programadas.

En el caso de los cuidados paliativos, las demandas que surgen desde este tipo de pacientes y de su entorno familiar suelen ser el buen control de los síntomas físicos, especialmente del dolor, el apoyo a las necesidades psicológicas y espirituales del paciente y su familia, la disponibilidad de su equipo de atención primaria, con tiempo suficiente, la coordinación entre los distintos niveles asistenciales y el control de situaciones especiales como la agonía y el apoyo al duelo.

**Atención post-alta hospitalaria.** Cada día aumenta el número de pacientes dados de alta tras una estancia en el hospital muy corta en el tiempo; esta situación es muy evidente en el caso de la cirugía ambulatoria. Este hecho supone que el médico de familia tenga que atender patologías que conoce, pero en fases cada vez más precoces.

Para prestar una atención de calidad a nuestros pacientes en este campo es fundamental conocer, detectar y evitar de forma precoz las posibles complicaciones que puedan aparecer.

**Actividades preventivas.** Las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad configuran una parte fundamental del perfil profesional del médico de familia. En los últimos años estas actividades se han ido incorporando progresivamente al desempeño profesional de Atención Primaria, especialmente impulsadas por el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) y por la incorporación de estas actividades a la Cartera de Servicios de Atención Primaria (1991).

De forma paralela, nuestra sociedad está cada vez más concienciada sobre la importancia de los aspectos preventivos para la salud, aunque, en la actualidad, el nivel de implantación de las actividades preventivas entre los profesionales de AP es muy diferente y heterogéneo.

**Atención a la comunidad.** Las actividades comunitarias forman parte intrínseca del perfil profesional del médico de familia y de las tareas de los equipos de Atención Primaria. Entendemos por actividades comunitarias todas aquellas actividades de intervención y participación que se realizan con grupos que presen-

tan características, necesidades o intereses comunes y van dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades.

Sin embargo, estas necesidades reales no parecen encontrar respuesta en los Centros de Salud de nuestra Comunidad, que se sitúa entre aquellas que menos actividades comunitarias implementan.

## NUEVOS ESTILOS DE ATENCIÓN

Los cambios sociales y culturales que de forma progresiva experimenta la sociedad hacen que también sean solicitadas modificaciones en la forma de llevar a cabo la atención, tanto a nivel de relación profesional-paciente como en cambios organizativos.

**Información.** Actualmente, el paciente desea conocer todos los datos referentes a su salud o enfermedad, su origen, su pronóstico, posibilidades terapéuticas, etc. y busca esta información. Si no la obtiene del profesional la buscará en otras fuentes sin ningún control que garantice su calidad.

**Participación en la toma de decisiones.** Otro cambio significativo que se está produciendo en la relación profesional-paciente es la petición de desempeñar un papel más activo en la toma de decisiones respecto a su salud. El paciente está pasando de ser un sujeto pasivo que se limita a realizar las actuaciones indicadas por el profesional, que actúa como garante de los conocimientos, a querer tener un papel activo y participar en las decisiones.

**Dignificación de la atención.** Estas características de la atención, sin ser realmente nuevas, son cada vez más demandadas por la población: trato personalizado, confidencialidad de la información, continuidad en los cuidados, etc. Aunque nadie discute la masificación de las consultas, cada paciente a nivel individual solicita sean atendidas sus demandas y que para ello se les dedique el tiempo suficiente para su conocimiento y abordaje. Esta necesidad es compartida también por los profesionales que se enfrentan con el obstáculo de falta de tiempo.

**Accesibilidad.** La población solicita cada vez con mayor intensidad una mayor accesibilidad a los servicios sanitarios; prueba de ello, aunque probablemente no sea la única causa, es el uso cada vez mayor de los servicios de urgencias tanto hospitalarios como de Atención Primaria.

No se puede olvidar que también existen «listas de espera» en el primer nivel asistencial; listas para la extracción de analíticas o realización de otras pruebas complementarias, no obtención de cita para el mismo día... y que las listas de espera del segundo nivel repercuten directamente sobre el primer nivel asistencial.

**Estructuras arquitectónicas adecuadas.** Sin tratarse de un estilo de atención en términos estrictos, existen quejas relativas a los edificios en los que se prestan los servicios sanitarios, cuyas carencias en ocasiones pueden ocasionar algunas deficiencias: consultas compartidas que limitan el tiempo de consulta, salas multiuso que en ocasiones impiden la privacidad de la atención, problemas de accesibilidad, salas de espera pequeñas, etc.

## CONCLUSIONES

Parece obligado potenciar desde todos los ámbitos la educación en valores, y en el respeto y la tolerancia por las diferencias. Hay que implicar de forma específica a padres, educadores, y, sobre todo, medios de comunicación, para informar de forma acorde y rigurosa y favorecer el uso racional y solidario del sistema sanitario público.

Es preciso completar la formación en muchos aspectos tanto técnicos como de habilidades y destrezas: adolescentes, adicciones, violencia doméstica, inmigrantes, nuevas tecnologías, sistemas de información, etc. De igual forma, hay que complementar la actividad asistencial con el desarrollo de planes de prevención integrales, así como de actividades comunitarias y de promoción y educación para la salud, siempre con la implicación de otros profesionales y sobre todo de los colectivos afectados.

Por todo ello, se hace necesario desde la Administración Sanitaria establecer los medios necesarios que hagan posible todo lo hasta aquí recogido priorizando las actuaciones más eficientes: adecuar los recursos humanos y materiales; reorganizar agendas, listados y sistemas burocráticos para disponer del tiempo y del espacio necesarios; favorecer y facilitar las relaciones entre los protagonistas y aquellas instituciones implicadas evitando los malentendidos, las duplicidades y sobre todo la yatrogenia, impidiendo así el uso inadecuado de los recursos sanitarios limitados.

## Bibliografía

1. Rodrigo M, Moreno JM, Hernández R, Solano M. Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine*. 2003; 8 (116): 6217-6224.
2. Ruiz Lázaro PJ. Prevención de los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria: un reto para la atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 32 (7): 403-9
3. Aguilar ME, Sagredo J, Heras G, Estevez JC, Linares ML, Peña E. Atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario en un Equipo de Atención Primaria: identificando oportunidades de mejora. *Aten Primaria* 2004, 34 (1): 26-31
4. Jiménez R. La medicina de familia y la adolescencia. *Aten Primaria* 2003; 32 (10): 555-556
5. Pla Corrons C. Relación padres-hijos en la adolescencia. *FMC* 1999; 6(3): 143-148
6. Jarabo Y, Val FJ. La entrevista clínica con adolescentes. *FMC* 1995; 2(8): 455-465.

7. Zwart Salmerón M, Fradera Vilalta M, Solanas Saura P, González Pastor C, Adalid Vilár C. Abordaje de la osteoporosis en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 2004; 33: 183-187
8. Espallargues M, Estrada MD, Sampietro-Colom L, Granados A. Cribado de la osteoporosis en las personas mayores. *Med Clin (Barc)* 2002; 116 (Supl 1): 77-82.
9. Grupos terapéuticos y Principios activos de mayor consumo en 2002 en el S.N.S durante 2002. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2004; 28 (2): 50-53
10. Cabasés Hita JM, Carmona López G, Hernández Vecino R. Incidencia, riesgo y evolución de las fracturas osteoporóticas de cuello de fémur en las mujeres en España, a partir de un modelo de Markov. *Med Clin (Barc)* 2000; 114 (Supl 2): 63-7
11. López García-Franco A, Alonso Coello P, Bailón Muñoz E, Landa Goñi J, Fuentes Pujol M y Ojuel Solsona J. Actividades preventivas en el climaterio. *Aten Primaria* 2003; 32 (Supl 2): 121-42
12. Grupo MBE Galicia, integrado en la Red Temática de Investigación sobre Medicina Basada en la Evidencia. Osteoporosis. *Guías Clínicas, Fistera.com [en línea] 2003 [3-Nov-2004]*; Disponible en: [www.fistera.com/guias2/osteoporosis.htm](http://www.fistera.com/guias2/osteoporosis.htm)
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of osteoporosis. A national clinical guideline. SIGN [en línea] 2003 [3-Nov-2004]; Disponible en: [www.show.scot.nhs.uk/sign/guidelines/fulltext/71/index.html](http://www.show.scot.nhs.uk/sign/guidelines/fulltext/71/index.html)
14. Martínez MV, Fernández O. Malos tratos: detección precoz y asistencia en atención primaria. Barcelona: Ars Médica; 2004
15. Ortiz MD, Muñoz F, Martín ML, Río J. Detección de violencia doméstica en atención primaria: ¿qué sabemos de las víctimas?. *Medicina de familia (And)* 2004; 2: 12-19.
16. Fernández MC, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, García J, et al. Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. *Violencia Doméstica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003
17. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 1): 182-188
18. Ruiz-Pérez J, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 2): 4-12
19. Raya L, Ruiz I, Plazaola J, Brun S, Rueda D, García de Vinuesa L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria* 2004; 34 (3): 117-127.
20. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2000.
21. La Atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Documento Semfyc (nº 17). Barcelona: Semfyc; 2002.
22. Gargantilla Madera, P. Manual de atención a inmigrantes. Madrid: Ed. Ergon; 2003.
23. Berra S. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios de la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, mayo 2004.
24. Irigoyen Sánchez-Robles J. «La sociedad ansiosa». *FMC* 2004; vol 7 nº 11:371-372.
25. Ruiz Moral R, Prados Torres D, Cabrera Rodríguez JM. La voz de los pacientes: mejorando el entendimiento entre médicos y pacientes. *Aten Primaria* 2004; 3 (6): 277-278.
26. González Blasco P. De los principios científicos para la acción: el idealismo práctico de la medicina de familia. *Aten Primaria* 2004; 3 (6): 313-322.
27. Casajuana Brunet J, Bellón Saameño JA. Gestión de la consulta en Atención Primaria. En. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (5ª edición)*, Barcelona: Doyma; 2003.p. 102-104.
28. Camarera Soler F, Mira Sanz E. El uso del teléfono en los centros de salud. *Semergen* 2003; 29 (3):157-63.
29. Gamboa Antiñolo F. Un nuevo modelo para la asistencia a los pacientes multiingresados. *Rev Clin Esp* 2002; 202(4):187-96.
30. Ribera Pibernat M, Peñas PF, Barco Nebreda L. La tele dermatología hoy. *Piel* 2001; 16: 225-237.
31. Segura de la Morena J, Campo Sien C, Roldán Suárez C y Ruilope Urioste LM. Control de la presión arterial domiciliar a través de la telemedicina. *Hipertensión* 2004; 21 (2): 71-7.
32. Marimón S. El progreso de los sistemas de información asistenciales. *Revista de Calidad Asistencial* 2004; 17 (3): 133-135.
33. Rodríguez de Castro C, Ordóñez AJ, Navarrete P, Gómez Jiménez FJ, Castillo MJ. Aplicación de la telemedicina al control de enfermedades crónicas: telecontrol de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Med Clin* 2002; 119: 301 - 303.
34. Fernández E. Internet y Salud Pública. *Gac Sanit* 1998; 12:176-181.
35. Amengual Pliego M. Información científica, internet y nuevas tecnologías. *Semergen* 2004; 30 (1): 1-3.
36. Soler-González J, Riba Torrecillas D, Rodríguez-Rosich A, Santafé Soler P, Buti Solé M. Aplicaciones de la tecnología digital en la medicina rural. *Semergen* 2004; 30(4): 175-9.
37. Ramos Martínez A, Asensio Vegas A, de la Serna Fernández de Córdoba JL. Consultorios médicos por internet: principales motivos de consulta y diferencias con la Atención primaria. *Rev Clin Esp* 2004; 2044: 198-201.
38. Martínez Sánchez A, Pérez Pérez M. La gestión interorganizativa de la tecnología: el caso de la telemedicina en España. *Gac Sanit* 2000; (supl 1): 5-31.
39. Fernando A. Alonso López FA, Cristos CJ, Burgos Larumbe A. Informatización en Atención Primaria. Documento Semfyc 1998.
40. Maestre JM. Control de calidad en cirugía mayor ambulatoria. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2000; 47: 99-100.
41. Caballero Martínez F, Gómez Martín O. Cirugía en atención Primaria. En. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (5ª edición)*, Barcelona: Doyma; 2003. p.1551-1579.
42. Ruiz de Aldana JC, Fuerte Ruiz S, López herrero J, Lucas Martín J, Moreno Azcoitia M. Cirugía de corta estancia: análisis prospectivo de 2560 procedimientos consecutivos. *Cir Esp* 1997; 61:171-174.
43. Subías PJ, Perula L, Moreno J, Martín-Rabadán M, Llergo A, Iglesias M, et al. Encuesta a la población para valoración y conocimiento de su percepción sobre actividades preventivas. *Aten Primaria* 2003; 32 (Supl 2): 5-14.
44. Robledo T, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M, Córdoba R. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria* 2003; 32 (Supl 2): 30-44.
45. Cutiño JC. ¿Prevenir mejor que curar? *Medicina de familia (And)* 2001; 2: 205-207.
46. Martín-Zurro A. Prevención y promoción de la salud en las consultas de atención primaria: apuntes sobre su pasado presente y futuro. *Aten Primaria* 2004; 33: 295-296.
47. Astray Coloma L. La intervención comunitaria en la encrucijada. *Aten Primaria* 2003; 32 (8): 447-50
48. Aguiló Pastrana E, López Martín M, Siles Román D y López Fernández LA. Las actividades comunitarias en atención primaria en España. Un análisis a partir de la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP). *Aten Primaria* 2002; 29 (1): 26-32.