



## RED ESPAÑOLA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Apartado de Correos 1207  
28800 Alcalá de Henares (Madrid)

### SUMARIO

III Jornadas científicas de la red española de atención primaria

Libro blanco para la integración de las actividades preventivas en la oficina de farmacia

Efectividad y eficiencia en la prevención de las enfermedades cardiovasculares

Investigación en atención primaria

Vigilancia de las actividades preventivas

## Algo está cambiando

En las últimas Jornadas de la REAP celebradas en Barcelona, algunos miembros de la Junta Directiva renovaron sus cargos: el presidente y el vocal de medicina. Al presidente saliente, Arturo López, tenemos que agradecerle durante todos estos años su constancia en el puesto y su apoyo incondicional a lo que representa la REAP. Le sustituye Luis Palomo que ha formado parte de la REAP desde que se fundó y que es un profesional que posee un alto prestigio en investigación dentro de la Atención Primaria. Además, otra característica que le define es su entusiasmo por desarrollar nuevos trabajos de investigación.

El nuevo vocal de medicina se llama Francisco Abal, que muchos de vosotros conoceréis por su colaboración con el TOM-COR. Es un profesional que no dice que no a colaborar en trabajos de investigación y que incluso al principio trabajó colaborando con la REAP sin pertenecer a ella. Ahora se incorpora incluso en puestos directivos. Desde luego han sido dos grandes fichajes.

Desde Junio de este año la REAP se ha asociado a las SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria). Esta organización es una federación compuesta

por multitud de asociaciones. Esto permitirá a la REAP en primer lugar que sea conocida por mucha más gente. También nos permitirá entrar en nuevos foros y finalmente los miembros de la REAP recibirán dos nuevas publicaciones de prestigio: Gaceta Sanitaria y la Revista Europea de Salud Pública.

También me gustaría recordaros que ya podéis enviar los proyectos de investigación para acceder a las Becas de la REAP de ayudas a la investigación. Estas becas permitirán que pequeños grupos de investigación (esperemos que interdisciplinarios) puedan llevar a cabo sus investigaciones con la ayuda de la REAP.

El trabajo principal que está llevando a cabo la REAP en estos momentos, TOM-COR, está teniendo una aceptación impresionante en los medios de comunicación. Esperemos que la recogida de los datos se realice a lo largo de todo este año. Uno de los objetivos del trabajo se está ya cumpliendo: médicos y farmacéuticos se hablan y trabajan juntos.

Definitivamente algo está cambiando en la REAP, pero para bien.

Antonio Barbero.



# III Jornadas Científicas de la Red Española de Atención Primaria

## "Coordinación de las actividades preventivas en la atención primaria de salud"

**BARCELONA, 22 Y 23 DE MAYO DE 1998**

**Sala de Actos del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona**

*LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y SU COORDINACIÓN. EL PUNTO DE VISTA MÉDICO.*

**Ponente: Juan J. Gervas Camacho**  
Médico general. Equipo CESCA. Madrid.

Las actividades preventivas deben integrarse en el curso habitual de la atención clínica. Por ejemplo, el mejor consejo contra el tabaco se da en la entrevista inicial, al abrir la historia clínica, y en las consultas por síntomas respiratorios del fumador. Este "aprovechar la consulta", este actuar según oportunidad, debe formar parte del trabajo rutinario de todos los profesionales sanitarios; por ejemplo, el consejo oportuno del médico contra el tabaco se volverá inútil si, a continuación, el paciente va a la farmacia del barrio ("farmacia de cabecera") lo comenta con la farmacéutica (o manceba - auxiliar) y recibe por respuesta, al aire y sin darle importancia, "ya sabe lo maníático que es este médico con el tabaco: parece que le gusta meter miedo a la gente" (compárese con el efecto positivo y reforzador de este otro comentario respuesta "sí, es muy buen médico y se cuida de aconsejar, como debe ser").

La coordinación es esencial, pues, para lograr que las actividades preventivas sean eficaces. La dificultad estriba en que hay que lograr la coordinación incluso sin que los profesionales se conozcan ni se juramenten para conseguirlo. No queda más remedio que hacerlo utilizando la mejor información científica y el mejor hacer profesional. Por ejemplo, la mayoría de las infecciones respiratorias, de las sinusitis a las bronquitis agudas, pasando por faringitis y similares, curan sin necesidad de tratamiento antibiótico (ni de jarabes "consolado-

res"). Es hora, pues, de que dicha pauta general se difunda entre médicos (generales y de urgencias, sobre todo), enfermeras y farmacéuticos comunitarios, para lograr disminuir la resistencia bacteriana en España, los efectos adversos innecesarios y el despilfarro que supone la actividad refleja actual (infección respiratoria = antibióticos). La cuestión es que lo conozcan, están convencidos, lo traduzcan a acciones concretas en la práctica diaria y sepan defenderlo ante el paciente y ante otros profesionales.

Coordinar, pues, exige pocas reuniones y mucho fundamento científico. No es cuestión de generar una "mesa de coordinación de prevención" (aunque no vendría mal un par de reuniones anuales) sino de que los profesionales empleen en su buen hacer diario el cuerpo de conocimientos científicos que les haría trabajar al unísono sin proponérselo.

*LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y SU COORDINACIÓN. EL PUNTO DE VISTA DE ENFERMERÍA.*

**Ponente: Rosa Tosquella Babiloni**  
Enfermera de atención primaria de Barcelona.

Participación de enfermería en la elaboración, despliegue y desarrollo del "Libre blanc. Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial", elaborado por el Departament de Sanitat i Seguretat Social de Catalunya.

¿Es posible la coordinación de las actividades preventivas entre los diferentes profesionales sanitarios?

“Libre blanc per a la integració de les activitats preventives a l'oficina de farmàcia”, elaborado por el Departament de Sanitat i el Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya. Participación de enfermería en el consenso del documento.

¿Podrá servir este documento como herramienta que favorezca la integración y la coordinación?

## **COORDINACION ENTRE LOS PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA**

**Ponente: Joseba Ruiz Golvano**

**Farmacéutico comunitario de Vizcaya.**

En primer lugar me gustaría que esta mesa redonda nos ayudara a todos a reflexionar sobre el papel que podemos desempeñar cada uno de nosotros para poder lograr una efectiva y real coordinación entre los distintos profesionales sanitarios.

Pienso que ninguno de nosotros tiene la solución ideal y que la aproximación a ella vendrá de la suma de pequeñas experiencias individuales, algunas buenas otras no tanto, pero que nos irán señalando el norte y facilitando la labor del día a día. Seguramente tampoco exista una solución única ni universal, pero todas ellas serán enriquecedoras.

### **Obstáculos, problemas, dificultades.**

Antes que nada deberíamos analizar dónde se encuentran éstos, qué nos diferencia:

las estructuras,  
los espacios,  
los horarios,  
los status,...

y sobre todo cuáles son los objetivos de cada uno de los distintos grupos y si éstos son coincidentes, solapables o no.

### **¿ Quién debe dar el primer paso ?**

Deben ser las autoridades sanitarias, las instituciones, los encargados de impulsar la coordinación

de los profesionales en Atención Primaria o deben ser los propios profesionales a nivel individual.

Ambas opciones presentan ventajas e inconvenientes; sin duda alguna la decisión personal de cara a orientar en un determinado sentido nuestra labor profesional es fundamental, pero ¿es suficiente?, ¿las intenciones de los organismos sanitarios facilitan este encuentro?...

Al hablar de Atención Primaria, ¿nos encontramos todos en el mismo nivel y reconocimiento?

### **Experiencia propia**

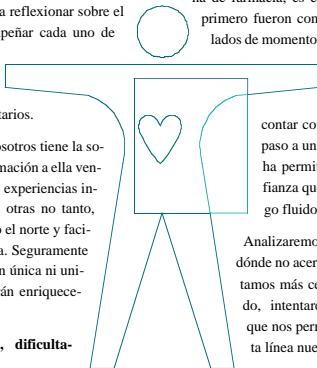
My experiencia particular tras 10 años en la oficina de farmacia, es en líneas generales positiva, primero fueron contactos esporádicos, intercalados de momentos de incompreensión mutua, - que todos hemos conocido en mayor o menor grado y hoy podríamos contar como anécdotas-, éstos dieron paso a un conocimiento mutuo lo que ha permitido crear un clima de confianza que facilita mantener un diálogo fluido.

Analizaremos las distintas experiencias, dónde no acertamos, dónde parece que estamos más cerca de lograrlo, y sobre todo, intentaremos extraer conclusiones que nos permitan a todos mejorar en esta línea nuestro trabajo.

### **Expectativas de futuro**

Creo sinceramente que hay factores indicativos de un futuro más fructífero, como pueden ser las Comisiones de Comarca que se vienen desarrollando en distintos puntos. Quizás sean ellas el nexo de unión que nos ayude a coordinarnos, porque sin duda en ellas se dan una serie de condiciones que facilitan la misma, como son:

- el trabajo en común,
- la aceptación mutua,
- el trabajo en base a objetivos consensuados,
- el apoyo de las autoridades sanitarias.



# Conferencia:

## **"Libro blanco para la integración de las actividades preventivas en la oficina de farmacia" • 2 de Mayo de 1998**

**E**l "Libro Blanco para la Integración de las Actividades Preventivas en la Oficina de Farmacia", supone un paso decisivo en la consolidación del papel del farmacéutico como profesional sanitario que trabaja para la mejora de la salud y la calidad de vida de los ciudadanos.

El Libro Blanco ha sido elaborado por un equipo multidisciplinar, integrado por farmacéuticos, médicos y diplomados en enfermería, con el ánimo de conseguir, desde el principio, el consenso necesario sobre su contenido. El proyecto nace y se fundamenta en la convicción de que las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, así como de educación sanitaria, pueden ser asumidas desde la tarea cotidiana del farmacéutico comunitario, entendiéndolo esta figura profesional como el agente sanitario que proporciona atención

farmacéutica a la comunidad desde la oficina de farmacia.

Ahora bien el desarrollo de estas actividades debe hacerse con la necesaria metodología científica que permita la sistematización, la recogida de datos y la posterior evaluación de su eficacia.

Y este es el objetivo del Libro Blanco: proporcionar un marco sólido de referencia, a partir del cual puedan estructurarse las intervenciones del farmacéutico. Ahora, en la fase de desplegar su contenido, hay que centrar las actuaciones en el aspecto de formación de los profesionales farmacéuticos.

*M<sup>a</sup> Teresa Bassons Boncompte  
Extracto de la conferencia*

# Mesa Redonda:

## **"Efectividad y eficiencia en la prevención de las enfermedades cardiovasculares"**

**Ponente: Rafael Guayta Escolies**  
**Responsable de investigación e información técnica en educación sanitaria. Generalitat de Catalunya.**

Cualquier enfermedad o proceso mórbido es el resultado de un proceso dinámico. Los agentes causales o factores de riesgo presentes en el medio interaccionan, tras un período habitualmente largo en las enfermedades no transmisibles, con el huésped, en el cual la mayor o menor susceptibilidad a la enfermedad viene condicionada en gran medida por su carga genética, dando lugar al proceso patológico resultante. En ausencia de tratamiento, ésta seguirá su curso, que puede llevar a la curación, a la cronicidad, a la invalidez o a la muerte. Con tratamiento, si es efectivo, el curso se modifica favorablemente hacia la cu-

ración. La enfermedad no es, pues, estática, sino dinámica y sigue un curso o historia natural.

La historia natural de la enfermedad o patología, es muy importante en las estrategias preventivas. En relación con los niveles de prevención nos interesan períodos concretos en la historia natural de la enfermedad; el período prepatogénico o de susceptibilidad y el período patogénico.

El primero, se caracteriza porque están presentes los factores que favorecen o determinan el desarrollo de la enfermedad. El segundo es interesante dividirlo en el estadio presintomático y el de enfermedad clínica.

La prevención primaria tiene como objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia de las afeccio-

nes y enfermedades. Desde un punto de vista epidemiológico pretenden reducir su incidencia.

Actúan en el período prepatogénico, antes del comienzo biológico de la enfermedad, destacando acciones de saneamiento ambiental, higiene alimentaria, inmunizaciones, quimioprofilaxis, quimiopreención y educación sanitaria.

Una vez se ha producido la actuación del estímulo productor de la enfermedad, la única posibilidad preventiva es la interrupción o entencimiento de su progresión mediante las medidas de prevención secundaria, basadas en el diagnóstico y tratamiento precoz y oportuno de la enfermedad. Desde un punto de vista epidemiológico, la prevención secundaria pretende reducir la prevalencia de la enfermedad. Se asume básicamente que el diagnóstico y tratamiento precoces mejoran el pronóstico de las enfermedades y permiten un mejor control de las mismas. Un ejemplo de prevención secundaria son los cribajes.

Cuando las lesiones son irreversibles y la enfermedad se halla bien establecida, habiendo pasado a su estado de cronicidad u ocasionado secuelas, interviene la prevención terciaria. Su objetivo es el de ralentizar su curso o atenuar las incapacidades cuando existen. Cualquier medida que evite la progresión de la enfermedad hacia las invalideces y mejore las funciones residuales en el caso de las invalideces ya establecidas puede considerarse como una acción de prevención terciaria.

**Ponente: Francisco Abal Ferrer**  
**Médico general de Asturias.**

Al hablar de salud nos referimos a un concepto que abarca a toda la población y no se restringe únicamente a una parte de ella que se encuentra en estado sano o en estado enfermo.

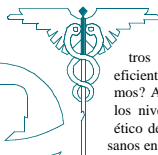
La prevención primaria y la promoción de la salud tienen lugar antes de que el individuo traspase la barrera que separa la salud de la enfermedad. Una vez traspasada esta barrera, la prevención secundaria, encargada de diagnóstico y tratamiento en fase precoz, y la prevención terciaria, con la finalidad de reinsertar al individuo enfermo en las mejores condiciones, se encargan de actuar sobre un subgrupo poblacional muy específico, al que hay que dedicar una gran parte de nuestros recursos.

Tradicionalmente la medicina se encargaba de la prevención secundaria y terciaria, sin hacer incluso una búsqueda activa de grupos de elevado riesgo en las que una estrategia de actuación precoz sería más eficiente.

Los recursos, regulados a través de los presupuestos, son siempre limitados y, generalmente, escasos. Esto obliga a realizar actividades según la prioridad de sus fines. En definitiva, obliga a escoger las estrategias más eficientes para llegar a una meta, y en muchas ocasiones nos obligará a escoger entre distintas metas englobadas siempre en la finalidad de mejorar el estado de salud de la población.

En el caso de las enfermedades cardiovasculares hay factores de riesgo bien establecidos y soluciones desde el punto de vista epidemiológico que nos orientan en todos los niveles de prevención.

Es tentador plantear políticas encaminadas para la promoción de la salud y la prevención primaria, que pudieran evitar o disminuir la incidencia de la enfermedad



cardiovascular y concentrar en estas estrategias nuestros recursos. ¿Es esto más eficiente que tratar a los enfermos? A la hora de elegir entre los niveles de prevención, ¿es ético dedicar los recursos a los sanos en detrimento de los enfermos?

**Ponente: Flor Alvarez de Toledo**  
**Farmacéutica comunitaria de Oviedo**

Primera cuestión: ¿Pueden ser más efectivos los Programas de Prevención Primaria de enfermedad cardiovascular si integran los servicios farmacéuticos de las oficinas de farmacia? Experiencias en relación con el cribaje de hipertensos o la educación sanitaria sobre los factores de riesgo modificables de la enfermedad coronaria.

Segunda cuestión: ¿Es sinónimo de Atención Farmacéutica de Prevención Secundaria en relación con las enfermedades cardiovasculares? Resultados de experiencias en relación con Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad Coronaria y Trastornos del ritmo.

Tercera cuestión: ¿Se ha medido la eficiencia de alguna de estas experiencias? Resultados preliminares.

Conclusiones y orientación de la práctica profesional en relación con estas actividades.

# Investigación en atención primaria.

Los profesionales de la atención primaria de salud pueden desarrollar cuatro grupos de actividades: asistencial, formativa/docente, administración/gestión, e investigación. La dedicación prestada a cada una es diferente, según la situación laboral y personal, y no siempre coincide con los deseos del interesado. La investigación suele ser la peor parada: no se cobra específicamente por realizarla (salvo becas), se necesita dedicación, experiencia, conocimientos específicos e ideas originales.

"Investigar es responder adecuadamente a preguntas originales". Las ideas muchas veces surgen en el propio trabajo en forma de preguntas, pero no siempre hallan respuestas adecuadas en la literatura científica, motivando al profesional a buscar soluciones mediante el método científico.

Las razones para iniciar una investigación pueden ser muy variadas, desde conocer la realidad de nuestro ambiente de trabajo (interpretar, agrupar y entender los hechos, revisar las actividades o cuestionar los dogmas actuales), a decidir acciones correctoras para superar la rutina diaria, o para mejorar nuestros servicios o lograr impactos positivos sobre la salud de la población atendida. También motiva la necesidad de mejorar la auto-estima personal (para perder los complejos, valorarse asimismo o producir un sano orgullo de trabajo útil y necesario) o contribuir a incrementar el ego en forma de mayor prestigio personal, en estímulos profesionales, o para mejorar el currículum.

## ¿Qué investigar en atención primaria?

Según los grupos enunciados, podemos orientar el interés investigador hacia actividades:

A) asistenciales: la historia natural de las enfermedades, problemas relacionados con los medicamentos, observaciones clínicas, psicosociales o familiares, la incidencia o prevalencia de los problemas de salud, hacia la medición de la efectividad o eficiencia de nuestro trabajo, al control o desarrollo del instrumental o técnicas, o en general hacia la evaluación de las actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas o rehabilitadoras específicas.

B) docentes: estudiando el nivel formativo, o las necesidades de los profesionales o de los pacientes; evaluando las relaciones docente/docente, el rol de las instituciones o el impacto de la docencia en forma de cambios de comportamiento; o desarrollando actividades de educación sanitaria a la población, o de formación continuada para los profesionales.

C) de gestión/administración: garantía de calidad de los servicios; organización, recursos, satisfacción de los usuarios o de los trabajadores; reclamaciones, disminución de la burocracia, o una correcta informatización de las actividades.

D) de investigación: publicaciones, metodología, evaluación de resultados, autores/instituciones, factor de impacto de los artículos publicados, o las clasificaciones.

## ¿Cómo empezar a investigar?

Se necesitan tres condiciones para poder desarrollar un estudio de investigación científico: un proyecto sólido, una fuente de financiación segura, y una estructura organizativa mínima.

El proyecto de investigación se inicia planteando un pregunta original, pero su interés puede ser sólo para el investigador (proyecto privado) o para toda la comunidad científica (proyecto público). Puede clasificarse como un proyecto simple, si el objetivo es único o fácilmente alcanzable, o de grado complejo, si se plantean muchas preguntas o implica un despliegue metodológico de "experto". Se precisa hacer una amplia búsqueda bibliográfica (Medline, IME) para actualizar los conocimientos en el tema a investigar, y así plantear una

hipótesis u objetivos novedosos, utilizando una metodología correcta, y obtener unos resultados que deben compararse con los previamente publicados, razonando conclusiones adecuadas. Nuestro trabajo se puede enriquecer a través de revisores externos (expertos amigos o de la revista a la que se envíe el manuscrito) antes de ser publicado en forma de artículo.

Dependiendo también del grado de complejidad del estudio se precisarán más o menos recursos económicos. En proyectos sencillos la autarquía suele ser la norma, el investigador o investigadores pagan todos los gastos que generan, es muy cómodo al no depender de ayuda exterior, pero limita la ambición y posibilidades. Las becas: del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS), de sociedades científicas, de las instituciones públicas o privadas, y de la industria (en especial los laboratorios farmacéuticos) son una fuente habitual de ayuda, pero también condicionan, al determinar los tipos de investigación que apoyan o los intereses que defienden dichas organizaciones.

Por último, la organización de un estudio debe ser correcta y adecuada. A veces la infraestructura sólo precisa de un investigador, otras de un amplio equipo de profesionales de diversas categorías y variada localización, por lo que puede ser necesario determinar una sede (para centralizar el correo y la información), uno o varios responsables o coordinadores (que asuman la autoría y las decisiones) y un equipo informático y de comunicaciones (contestador, fax, correo electrónico) acorde con las expectativas previstas.

## Publicar un trabajo científico

Al redactar el estudio hay que considerar las "normas para los autores" que insertan las revistas. En ellas se plantean los temas que aceptan, los tipos de artículos (originales, de revisión, casos clínicos, cartas al director), su forma de presentarse (tamaño del papel, márgenes, número de hojas, estructura, idioma, características del texto, gráficos y fotografías) y las condiciones para remitirlo al director de la publicación (carta de presentación, número de copias en papel, programa informático si se envía en disquete, condiciones de publicación).

Otras reglas muy importantes a considerar son las Normas de Vancouver. Son un conjunto de indicaciones de carácter internacional, publicadas y aceptadas por la mayoría de las revistas científicas, que definen los "requisitos de uniformidad para manuscritos presentados en revistas biomédicas"; aceptando a la forma y a las condiciones éticas para enviar cualquier tipo de artículo.

Por último, hay publicados numerosos artículos y libros que instruyen sobre las normas de estilo y otros aspectos a considerar.

## Estructura de un trabajo original

Habitualmente un estudio de investigación acaba materializándose en el formato de un artículo científico original, cuyas características normalizadas son las siguientes:

- título: debe ser atractivo, corto y acorde con el contenido.
- autores: son los responsables de todo o de la mayor parte del proceso desarrollado.
- resumen y palabras claves: sus características dependen de cada revista; incluyen entre 100 y 250 palabras en el resumen, y de 3 a 10 palabras clave; y puede ser bilingüe.
- introducción: refleja lo que se ha hecho y por qué hay cuestiones sin resolver. Concluye con los objetivos, que deben ser concisos, claros y cuantificables.

- métodos: deben ser explicados con el suficiente detalle como para que pueda reproducirse el estudio íntegramente.

- resultados: incluye sólo datos objetivos, apoyados en tablas, gráficos y/o fotografías.

- discusión: se inicia con las limitaciones encontradas por los autores para desarrollar el estudio; se compara los resultados hallados con los de publicados previamente por otros autores; y se finaliza con las conclusiones, acordes con los objetivos planteados y resultantes de los hallazgos encontrados.

- agradecimientos: apartado ocasionalmente utilizado, que sirve para reconocer el apoyo recibido por personas o instituciones, de cualquiera de sus formas (dinero, consejos, etc.).

- bibliografía: debe ser la verdaderamente utilizada, y correctamente redactada según las Normas de Vancouver.

#### Referencias Bibliográficas

\* Gervás J. ¿Por qué investigar?. Boletín REAP 1994; (18): 2-3.

\* Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas (5ª revisión). Rev. Española Salud Pública 1997; 71: 89-102.

\* Manual de estilo de Medicina Clínica. Barcelona: Doyma, 1993.

\* Polgar S, Thomas SA. Introducción a la investigación en las ciencias de la salud. Madrid: Alhambra Longman, 1993.

\* Burgos R (editor). Metodología de investigación y escritura científica en clínica (2ª ed.). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996.

**Raimundo Pastor-Sánchez**  
Médico general. Secretario de la REAP. Equipo CESCA.  
Centro de Salud Mar Báltico, Area IV -INSALUD- Madrid.

## Vigencia de las actividades preventivas.

Las actividades preventivas habitualmente se clasifican en actividades de cribado, consejo e inmunizaciones y quimioprofilaxis. El primer proyecto institucional para desarrollar actividades preventivas en población general fue el de la Canadian Task Force on the Periodic Health Examination en 1976, que elaboró criterios explícitos para evaluar la calidad de la evidencia de la investigación clínica publicada como medio para seleccionar las actividades preventivas. Siguiendo este procedimiento examinó actividades preventivas para 78 enfermedades y publicó sus recomendaciones en el año 1979.

Posteriormente, en 1984, se realizó un esfuerzo similar en los Estados Unidos, donde se constituyó la US Preventive Services Task Force, que evaluó la eficacia de 169 actividades preventivas siguiendo los criterios previamente establecidos por las Canadian Task Force. En 1989 publicaron la Guía de Medicina Clínica Preventiva y en 1996 se publicó la segunda edición.

En 1987 se creó en España el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) y comenzó a implantarse a principios de 1988. Su principal objetivo es integrar las actividades preventivas con el resto de las tareas habituales realizadas en los centros de salud. El PAPPS ha elaborado sus recomendaciones y las ha ordenado según el grado de complejidad y la posibilidad de implantación en Atención Primaria. El denominado paquete básico incluye el interrogatorio sobre tabaquismo, el cribado de la hipertensión arterial y el cribado del consumo excesivo de alcohol. El segundo nivel considera el cribado de la obesidad, el cribado de la hipercolesterolemia, la vacunación antitetánica, la vacunación antirrubéola, la vacunación antigripal, la anticoncepción y el cribado del cáncer de endometrio.

Las actividades del PAPPS se evalúan bienalmente. Algunos datos obtenidos de estas evaluaciones son enormemente ilustrativos, y van a permitir una reflexión argumentada sobre la realización de las actividades preventivas en España.

Según estas evaluaciones la actividad del PAPPS que tiene un mayor grado de cumplimiento dentro del subprograma del adulto es el cribado de la hipercolesterolemia (88%), le sigue el cribado de la hipertensión arterial (73%), a continuación se encuentra la detección del tabaquismo (61%), el interrogatorio sobre el consumo de alcohol (51%) y finalmente, una de las actividades con menor cumplimiento es el consejo sobre el ejercicio físico (30%).

Se pueden apuntar distintos posibles motivos de esta desigual cumplimiento de las actividades preventivas del PAPPS, que ayuden a entender por qué el cribado de la hipercolesterolemia,

que conlleva una venopunción y una determinación analítica sea la actividad más cumplimentada y, sin embargo, la detección del tabaquismo, que no requiere más que un interrogatorio, se realiza mucho menos (casi en un 30% menos de ocasiones).

Uno de estos motivos puede ser la dificultad de la realización de la propia recomendación. Es más fácil de cumplir adecuadamente una recomendación cuanto más sencilla es, por ejemplo, cuando su periodicidad es mayor. Otro posible motivo sería el desconocimiento de las actividades preventivas que deben realizar los profesionales sanitarios. Se podría invocar también el escepticismo de los profesionales sanitarios, bien sea por la escasa magnitud o relevancia del problema, bien por su reducida capacidad de actuación o por la limitada efectividad de la intervención. La falta de tiempo para la realización adecuada de las prácticas preventivas se ha esgrimido frecuentemente como uno de los problemas fundamentales. En la evaluación del PAPPS no se encuentra asociación entre la presión asistencial elevada y una menor práctica preventiva. La excesiva medicalización de la práctica clínica cotidiana se pone de manifiesto cuando observamos la alta frecuentación médica de los españoles, la elevada utilización de pruebas analíticas y el consumo de medicamentos. Todos estos hechos ponen de manifiesto una preponderancia de las pruebas analíticas (determinación de la colesterolemia) frente a la anamnesis (interrogatorio sobre el consumo de tabaco) o la exploración física (determinación de la presión arterial), y del tratamiento farmacológico frente al consejo sanitario (el consejo sobre el ejercicio físico es una de las actividades que tiene un cumplimiento más bajo).

Es significativo que en la evaluación del PAPPS el factor que mejor predice el grado de cumplimiento de las recomendaciones preventivas es la frecuentación. Así se produce la llamada "Ley de cuidados inversos", de tal forma que se actúa más sobre los más frecuentadores y no sobre los que tienen un riesgo mayor, y, por tanto, se podrían beneficiar más de las actuaciones preventivas.

La alta prevalencia de los principales factores de riesgo; la limitación de los recursos disponibles; la evidencia de que los recursos no se dirigen hacia los que tienen mayor riesgo, sino a la población más demandante; y que se obtiene un mayor impacto y eficacia de las intervenciones cuanto mayor es el riesgo, hacen que sea necesario establecer prioridades en la actuación preventiva.

**Fernando Villar Álvarez**  
Departamento de Medicina Preventiva  
y Salud Pública  
Universidad Autónoma de Madrid