

Redacción: Borja García de Bikuña Landa y José Antonio Barbero González

Miembro de:

**SESPAS**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Patrono Fundador de:

**RED ESPAÑOLA
DE ATENCIÓN
PRIMARIA**Apartado de Correos 1207
28800 Alcalá de Henares (Madrid)

Correo-e: reap@reap.es • Página web: www.reap.es

Número Monográfico

VI Jornadas de la REAP. Almagro • Ciudad Real

Mayo 2001

La Sanidad en torno al paciente

Ana López-Casero Beltrán

Presidenta del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Ciudad Real

Los miembros del Comité Organizador optamos por el "paciente" como protagonista absoluto de las VI Jornadas de la REAP, porque estamos convencidos que éste es y será nuestra razón de ser como profesionales sanitarios. Hemos querido situarlo en el centro del Sistema Sanitario y crear un debate sobre sus necesidades asistenciales desde distintos ámbitos y, sobre sus derechos como consumidor de servicios sanitarios. Por primera vez lo hemos incorporado en el debate de la calidad asistencial, hasta ahora monopolizado por los profesionales. Creemos que escuchar sus opiniones redundará en mejorar la calidad de nuestro trabajo diario.

Los **objetivos generales** de VI Jornadas de la REAP han sido: la mejora de la calidad asistencial de la Atención Primaria y, el conocimiento de las necesidades asistenciales del paciente.

Como **objetivos más específicos** hemos tratado de acercarnos

y conocer el concepto de salud que manejan los pacientes, qué son los grupos de ayuda mutua, hemos querido conocer también los aspectos sociales y legales del consumo de servicios sanitarios por el paciente, así como abordar sus necesidades desde el punto de vista de los profesionales sanitarios y desde la perspectiva del propio paciente.

Como Presidenta del COF de Ciudad Real ha sido para nosotros un honor y un placer poder participar en la organización de estas Jornadas, y poder compartir con todos vosotros inquietudes profesionales, ilusiones y cómo no! risas.

Espero que con las Jornadas de Almagro hayamos puesto nuestro grano de arena para construir una realidad sanitaria más social y más comprometida con el paciente y, espero y deseo que los contenidos y el sencillo programa social, que preparamos con mucha ilusión, hayan cumplido todas vuestras expectativas.





Las conclusiones elaboradas por el Comité Organizador han sido las siguientes:

1. **Es imprescindible que el profesional conozca los valores socioculturales de la población a la que trata y maneje el concepto de salud que tienen sus pacientes.** Se trata de analizar y conocer las "resistencias" y sus causas, para poder "negociar" los cambios que permitan mejorar los niveles de salud de los sujetos y grupos.
2. El enfoque anterior, obliga a los Estados y a las Administraciones a **replantearse la orientación de la financiación de los recursos sanitarios**, dándole más importancia a los destinados a mejorar estilos de vida, como ya se citó en el informe Lalonde (1974).
3. Los pacientes no entienden la eficiencia del Sistema de Salud si se descuida el componente emocional en las consultas de Atención Primaria. Piensan que **no hay calidad técnica sin calidad humana**.
4. **Las Asociaciones de enfermos son una realidad social con la que el profesional sanitario debe contar** para optimizar su trabajo.

5. La necesidad de los pacientes de aprender, de ser escuchados, de integrarse dentro de la sociedad, de recuperar la autoestima perdida, de ser comprendidos, de buscar alternativas a las redes sociales clásicas y de intercambiar recursos, ha llevado a éstos a crear los **Grupos de Apoyo Mutuo (GAM)**. **Es importante promover desde la atención primaria estas iniciativas e integrarlas dentro del Sistema de Salud.**

6. **La calidad del Sistema Sanitario pasa por la continuidad asistencial**, pues éste se organiza en niveles por su propia conveniencia, pero el paciente ni sus familias deberían sufrirlo.

7. **La Atención Primaria está convirtiéndose en la puerta de salida del Sistema Sanitario, en lugar de ser la puerta de entrada.** Los pacientes tienden a confiar más en los elevados medios técnicos de la Atención Especializada, que en los medios técnicos y humanos de la Atención Primaria. Esta actitud ocasiona un elevado consumo de recursos sanitarios y no redunda en una mayor curación comprobada.

8. El profesional sanitario debe educar al paciente a corresponsabilizarse con el tratamiento de su enfermedad y no culpabilizarlo.

9. **El paciente tiene derecho a recibir toda la información**, acerca de su enfermedad y de sus tratamientos, en las consultas de Atención primaria y en las Farmacias.

10. El Sistema Sanitario **debe asumir la faceta del paciente como consumidor de servicios** y, por tanto, debe facilitar las vías y recursos necesarios para garantizar sus derechos.

Taller "Los Grupos de Apoyo Mutuo"

José Luis Turabán y Benjamín Pérez Franco
Escuela Regional de Salud Pública de Castilla la Mancha.

Un grupo es la reunión de 2 ó más personas con un interés común: una familia, una junta de ancianos de una aldea, el personal de una fábrica, una clase escolar, una cooperativa, una asociación, un club... Dentro de los grupos u organizaciones comunitarias de acción socio-sanitaria podemos diferenciar: 1.- Asociaciones de voluntariado; 2.- Asociaciones de usuarios de servicios sanitarios; 3.- Grupos terapéuticos; y 4.- Grupos de Ayuda Mutua (GAM).

Un grupo de ayuda mutua u organización de personas con un problema de salud, es un

grupo por y para personas con ese problema, en el que éstas conforman la mayoría en la toma de decisiones.

En la actualidad, los GAM vienen a suplir determinadas carencias del contexto social que provocan que el paciente tenga que enfrentarse solo a los sentimientos de su enfermedad. Algunos de estos factores que suplen los GAM son: la falta de apoyo de la familia extendida, la falta de vecinos con quien compartir, la disminución de interés en la iglesia (que tradicionalmente prestaba asistencia a quien lo necesitaba), el aumento de gente soltera, el aumento de

los problemas psicológicos, sociales, económicos... que no tienen respuesta en los servicios formales, el aumento de la esperanza de vida y de enfermedades crónicas con sus consecuencias sobre el bienestar de las personas, y el descontento con la ayuda profesional.

En ese contexto, la ayuda mutua es una forma de participación comunitaria, una forma más social de capacitar a las personas a ser más autónomas, responsables y solidarias en la atención de la salud, una forma de humanización del sistema sanitario, y ofrece ayuda precisamente a las personas que más la necesitan por sus dificultades personales, dando lo que cada vez se encuentra menos en la comunidad: tiempo y actitud de escucha, eliminando el distanciamiento que suele ir asociado al enfoque institucional

El elemento esencial de la ayuda mutua es la experiencia común. Alguien que tenga la experiencia personal de un problema puede prestar ayuda a otro que se halle en ese mismo trance. La esperanza de recibir y de dar apoyo emocional, y de obtener información son los factores aislados más importantes para acudir a los grupos de ayuda.

Los principios básicos de los GAM son el intercambio de experiencias (los grupos de ayuda usan la experiencia de una crisis o conflicto, como un camino válido para lograr un mejor manejo del mismo), y el principio terapéutico de "ayudar a los demás es ayudarse a sí mismo". La ayuda mutua de base comunitaria es un mecanismo para la "capacitación" personal que puede dar lugar a la acción colectiva. Los GAM son una forma de aumentar el poder y la capacidad de participación de los ciudadanos, generan opinión, son proveedores de salud, y recursos educativos para los pacientes e incluso para los sanitarios.

Las propuestas alternativas de autoatención dentro de los GAM no suponen la negación del desarrollo técnico y científico, sino por el contrario la propuesta de la apropiación social de dicho desarrollo.

El objetivo de los GAM es mejorar la calidad de vida de los asociados, para lo cual la asociación se ocupa de proporcionar a los pacientes o ex-pacientes asesoramiento e información, y proporcionar apoyo moral o material mediante distintas actividades.

En el GAM se produce una autoformación grupal. Esta formación no se refiere a cursos, profesores, temarios... sino a... tiempos y espacios para que los miembros de un colectivo compartan sus ideas, conocimientos y experiencias, piensen juntos, busquen y analicen informaciones sobre las cuestiones que les interesan, evalúen sus prácticas para aprender de los aciertos

y errores; el aprendizaje se desarrolla partiendo de lo que ya sabemos, de nuestras opiniones y experiencias, de nuestros conocimientos.

Así pues, los GAM -que pueden existir para cada problema de salud- son una fuente importante de recursos para la gente, y proporcionan un complemento costo-efectivo a los cuidados sanitarios profesionales. La salud, su mejora, mantenimiento y restauración es una propiedad común. Los grupos de autoayuda son probablemente preferibles a grupos primarios (de organización informal), cuando la realización de la tarea puede beneficiarse de conocimientos técnicos, o cuando la tarea requiere un tiempo o esfuerzo que supera los recursos disponibles en los grupos primarios típicos de la sociedad.

Los principales efectos beneficiosos de los GAM se relacionan con el apoyo social (el proceso de percepción o recepción por el cual los recursos en la estructura social -comunidad, redes sociales, relaciones íntimas- permiten satisfacer necesidades instrumentales y expresivas en situaciones cotidianas y de crisis), lo que da origen a efectos directos positivos sobre la salud física y mental de las personas, a reducir el impacto de los eventos estresantes, y a modular la relación entre salud y eventos estresantes, amortiguando el efecto de estos últimos.

Hay que tener en cuenta que en torno a la discapacidad médica ("objetiva") puede presentarse otra discapacidad del deseo ("subjética"). Un funcionamiento limitado de la capacidad creadora, de avanzar, de generar novedades, de transformación, conlleva a su vez desventajas sociales con disminución de la participación comunitaria y la enajenación del individuo de su propia vida. Desde esta perspectiva son aún más importantes los GAM ya que suponen una herramienta útil para el trabajo dentro de la discapacidad, permitiendo abordar sus limitaciones "objetivas" y "subjéticas". Es por tanto necesario ayudar a construir un puente entre la discapacidad médica y la capacidad social y comunitaria: este puente son los GAM.





MESA REDONDA

Calidad asistencial del Sistema de Atención Primaria

Percepción por parte de los pacientes

Asociación de Diabéticos de Alcázar y Comarca

Domingo Camacho Castellanos

Presidente de la ADAC

Nuestras necesidades como Pacientes:

- Inexistencia en la Educación en Diabetes
- Falta de prevención en diabetes y de las complicaciones crónicas.
- Falta de personal médico sanitario especializado.
- No hay voluntad de coordinar la A.P y la A.E.
- Inadecuadas prestaciones farmacéuticas.



El seguimiento de mucho pacientes diabéticos, sobre todo tipo 2, se realiza en los Centros de Salud, considerados como Centros de **Atención Primaria**, atención que debe efectuarse mediante equipos de trabajo.

Facilitar el trabajo en equipo con la dotación de los medios materiales y humanos. Debe existir una **comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada**.

Nuestros objetivos para mejorar la calidad de vida:

Lo que debemos hacer todos los que estamos implicados:

La Educación Diabetológica Individual o Grupal dirigida al paciente y a su familia, atendiendo las necesidades de cada persona.

Formación continuada a los profesionales sanitarios tanto facultativos, como no facultativos.

La Educación Sanitaria, para la población a través de los Centros de Salud, Centros Escolares, Institutos, Auditorios, aprovechando igualmente las infraestructuras privadas o públicas.

Implantación de la exploración de pies diabéticos en Consulta de Enfermería

Unidad de Diabetes: un Endocrino por cada 50.000 habitantes, 4 ATS / DUE, Asistente Social, Cirujano, Neurólogo, Oftalmólogo, Cardiólogo, Psicólogo, Nefrólogo y Podólogo.

Se debe reconocer por las Administraciones las aptitudes y capacidades del personal sanitario facultativo y no facultativo que presta asistencia a pacientes diabéticos.

El suministro y dispensación a pacientes diabéticos no hospitalizados de los medicamentos y productos sanitarios precisos para el control y tratamiento de su diabetes debe regularse por Ley. Es el único sistema que puede ofrecer, a la vez, seguridad jurídica y justicia social. La base deber ser la prescripción del facultativo libre y sin presiones de recortes presupuestarios u ordenes contradictorias desde las Gerencias. El único límite que debe existir a la libertad de prescripción por parte del médico debe ser la propia libertad del paciente responsable para elegir de entre las posibilidades que se ofrecen, el tratamiento más adecuado para sentirse integrado socialmente con normalidad.

Ley de Prevención y Control de la Diabetes no específicamente sanitaria sino profundamente social, que sirva de base para solucionar los problemas presentes y futuros de las personas con diabetes.



Asociación Española contra el Cáncer

Martín Sánchez Mimoso

Presidente de la Junta Provincial de Ciudad Real de la AECC.



ACTIVIDAD PREVENTIVA

- Cursos antitabaco.
- Charlas conferencia sobre los diferentes tipos de cáncer.
- Campañas preventivas sobre cáncer de mamas.
- Campañas preventivas sobre cáncer de piel (prevención solar -AECC-Colegio Farmacéuticos-Vichy).

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

- Asistencias en hospitales.
- Asistencia domiciliaria.
- Asistencia social (sillas de ruedas, fármacos, colchones antiescaras, pelucas, prótesis mamarias, ayuda económica, etc)
- UCPs. Fase terminal.

En los últimos años el cuidado de pacientes en fase terminal ha aumentado considerablemente.

Los hospitales son centros concebidos para la curación y, por lo tanto, poco equipados para el cuidado prolongado.

Desde la Asociación Española Contra el Cáncer pensamos que la atención domiciliaria es el camino adecuado para tratar convenientemente al enfermo en una situación en la que debe permanecer al lado de los suyos.

Gracias a este Plan Integral, casi 50 unidades de atención domiciliaria recorren los domicilios de los enfermos terminales de cáncer por toda la geografía nacional ofreciéndoles una atención integral a través de equipos multidisciplinarios. Con este servicio, la AECC pretende detectar, valorar, ofrecer soporte y seguimiento a los problemas del individuo y su familia, fomentando la autonomía y mejorando la calidad de vida. Todo ello con los siguientes objetivos:

- Facilitar la permanencia del enfermo en fase terminal en su domicilio familiar.
- Favorecer el descanso físico y emocional de

- los cuidadores familiares.
- Apoyar el marco convivencial.
- Ayudar al enfermo a enfrentarse a la muerte con la mayor dignidad posible.
- Fomentar el voluntariado social y dotar a los profesionales y voluntarios de los conocimientos y estrategias necesarias para la asistencia al enfermo.

La atención en el domicilio se desarrolla mediante un equipo interdisciplinar integrado por un médico, DUE, psicólogo, trabajador social y voluntarios.

LABOR DEL PSICÓLOGO EN CUIDADOS PALIATIVOS

La función del psicólogo dentro del equipo de cuidados paliativos consiste en dar APOYO PSICOEMOCIONAL, ¿qué queremos decir con esto? Significa APOYAR al enfermo y a su familia en el proceso físico, psíquico, social y espiritual, ACOMPAÑAR quiere decir: prevenir, escuchar, informar, enseñar, apoyar, cuidar y "estar ahí".

DUELO

Nuestra labor de asistencia al enfermo de cáncer y a su familia no termina con el fallecimiento del paciente, sino que continuamos manteniendo un contacto posterior con la familia (alrededor de los 15-20 días después del fallecimiento), es lo que solemos llamar "VISITA DE DUELO", cuyos objetivos principales son:

- Acompañar al familiar en su dolor.
- Valorar, identificar los posibles problemas que pudieran aparecer y reforzar las estrategias de afrontamiento adecuadas en el proceso de elaboración del duelo.
- Dejar abierta la posibilidad de contactar con el equipo, siempre que el familiar lo desee.
- Dar información de las etapas por las que pueden pasar o problemas que puedan aparecer para facilitar su elaboración.

MESA REDONDA

Calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud. Percepción por el paciente

Asociación de Familiares con Alzheimer

María del Mar Garrido Almodóvar

Presidenta de la Asociación Provincial de Familiares con Alzheimer



Las demencias constituyen actualmente en nuestro país el tercer problema sanitario de las personas mayores. El mayor envejecimiento de la población y los progresos en el campo de la medicina con el consiguiente

aumento de la longevidad hace aumentar las previsiones de crecimiento de estas enfermedades. Se estima que la Enfermedad de Alzheimer (EA), representa entre un 60% y un 8% del total de las demencias que sufren las personas mayores. El Instituto Nacional de Estadística estima, que en el año 2005, el total de mayores de 65 años en España, habrá superado los 6.900.000. Paralelamente, el incremento de personas mayores afectadas por demencia, pasaría a superar el medio millón al final de este periodo.

El problema no solo afecta al individuo enfermo, sino a sus familiares. Se calcula que cada enfermo tiene un grupo de 2 a 3 personas influidas por su condición de cuidadores y por tanto, podemos hablar de más de 1.000.000 de personas que sufren directa o indirectamente los efectos devastadores de esta enfermedad.

El dramatismo de la E.A. tiene su origen en una serie de circunstancias:

1. La discapacidad y la dependencia, pueden ser extremadamente graves.
2. Se requiere una atención permanente que exige una gran dedicación y un alto coste para las familias y para los sistemas sanitario y social.
3. La incidencia es muy alta y el Alzheimer afectarán a muchas más personas en el futuro.
4. Hasta hace poco, la opinión pública ha tenido un desconocimiento casi completo de la E.A. y de sus consecuencias.
5. Este desconocimiento, ha venido acompañado de una escasa atención por parte de la mayoría de los profesionales de los servicios

sanitarios y sociales, que creemos, no están debidamente formados, especialmente en los niveles de atención primaria y servicios sociales comunitarios.

6. No se han asignado los recursos necesarios para atender las actuales necesidades y menos aún, las necesidades que se avecinan para el futuro. El nivel de cobertura de los Servicios sociales es mínimo o inexistente en muchos casos.
7. Las familias se ven en la mayoría de los casos sin la formación y la información necesarias para atender a sus enfermos, sin la existencia adecuada de servicios de apoyo y respiro.
8. Solo recientemente ha empezado a desarrollarse la investigación básica sobre esta Enfermedad y sus causas.

La familia constituye en este momento, la unidad de protección social básica de estos enfermos y es la que está dando mayoritariamente respuesta a este problema. El E.A. repercute negativamente en las relaciones familiares y en sus cuidadores.

El plan de atención de los E.A. elaborado por la Fundación Alzheimer España y parte de sus miembros patronos, entre los que se encuentra A.F.A.C.R., propone entre otros puntos:

1. Un sistema de atención domiciliaria de carácter socio-sanitario, que responda a las necesidades del enfermo y de sus familiares, con profesionales, capaces de enseñar a afrontar la enfermedad a las familias y que les proporcione la información y la instrucción necesarias para responder a las múltiples preguntas que se plantean.
2. Una sólida red de programas y servicios de respiro (Centros de Día y Estancias Temporales), que permitan al familiar compatibilizar las tareas de su vida cotidiana con la atención de sus enfermos, y de este modo, hacer posible su mantenimiento en su medio habitual.
3. Un incremento de nuestros servicios institucionales, (Residencias, Centros Sanitarios).

Pretendiendo conseguir con ello 4 objetivos principales:

- a) Que la atención primaria sea la puerta de entrada para los cuidados sanitarios y que se constituya en el eje de la atención y coordinación entre niveles sanitarios.
- b) Garantizar una adecuada atención sanitaria de los E.A. en el nivel preventivo, de atención primaria y especializada, mediante la coordinación en la provisión de los cuidados y el diagnóstico.
- c) Favorecer la permanencia de los E.A. en su entorno, mediante la provisión de cuidados en su ámbito comunitario, potenciando los cuidados domiciliarios a partir

de la atención primaria e incluso de la atención especializada con el apoyo insustituible de los cuidadores informales.

- d) Fortalecer las estructuras y recursos humanos dedicados a los cuidados sanitarios de los E.A. en las áreas sanitarias.

Todo lo anteriormente expuesto, puede resumirse brevemente, diciendo que consideramos necesario un tratamiento multidisciplinar de la Enfermedad de Alzheimer, mediante el esfuerzo siempre conjunto de la Administración, Insalud, Atención Primaria, Atención Especializada, Recursos sociales y de los Cuidadores.

Conferencia

Concepto de salud que manejan los pacientes

Rosario Otegui Pascual

Catedrática de Antropología. • Universidad Complutense de Madrid.



En el año 1.974, el Informe Lalonde puso de manifiesto la importancia del concepto de *estilo de vida*. En dicho informe se ponía de manifiesto que los estilos de vida de los sujetos eran los responsables en un 45% de los

niveles de salud de una población. En Antropología Social el concepto de estilo de vida tiene una larga trayectoria de análisis teórico que se remonta a los años 30 del siglo pasado. Las diferencias entre los usos que desde la antropología y la medicina se hace de este concepto implica, principalmente, que mientras para la primera el estilo de vida es una herramienta teórica caracterizada por su omnicomprensión y correlación con variables socioestructurales; para la segunda, en la mayoría de las ocasiones, el estilo de vida se configura como una elección individual de los sujetos desocializados. En este sentido, creo que la recuperación del sentido "holista" del concepto antropológico de estilo de vida es una herramienta de primera magnitud para la práctica médica y sanitaria, ya que permite reintegrar las concepciones y las prácticas sobre salud y enfermedad de los pacientes en toda su complejidad, en su lógica interna, y por tanto a través de esa comprensión

realizar una intervención sociosanitaria más adecuada y concordante con los intereses de los pacientes y de los sanitarios.

Desde esta perspectiva de globalidad es desde la que abordo las distintas concepciones que sobre salud mantienen los pacientes, tomando como base las tipologías que en distintos estudios antropológicos (Pierret, Romizzi, Otegui, etc.) se han ido describiendo, para que seamos conscientes de que dependiendo de las concepciones de salud de los diferentes sujetos sociales será más o menos difícil llevar a cabo una intervención sanitaria de tipo preventivo y educativo. En definitiva, se trata de analizar y conocer las "resistencias" y sus causas para poder "negociar" los cambios que permitan mejorar los niveles de salud de los sujetos y los grupos. Como señalaba el Dr. Bensaid: "*si se quiere ayudar a una comunidad a mejorar su sanidad, se debe aprender a pensar como las personas de esa comunidad*". En este sentido se analizarán en detalle tres grandes concepciones de salud:

- Salud/ enfermedad: "la salud es no estar malo"
- Salud instrumento: "la salud es lo más importante"
- Salud producto: "la salud depende..."

Correlacionando cada una de estas concepciones de salud con diferentes estilos de vida y haciéndolos depender de la pertenencia de los sujetos a distintos estratos socio-económicos.



Necesidad Percepción

Necesidades asistenciales del paciente: percepción por el médico de cabecera

Juan Gervas Camacho

Médico de Canencia de la Sierra (Madrid). Equipo CESCA, Madrid.

La salud depende de condiciones ajenas al sistema sanitario. La salud depende, básicamente, de 1/ la información genética acumulada en la concepción, y de su mantenimiento y 2/ de las condiciones de vida, sociales, económicas y culturales.

Las necesidades asistenciales de los pacientes se cubren, en su mayor parte, en la propia familia; son los autocuidados personales y familiares que se prestan según la sensatez y los conocimientos al respecto.

Los profesionales sanitarios intervienen cuando el sistema informal de cuidados, el círculo familiar y el sistema alternativo, no cubren las necesidades de los pacientes.

La intervención de los profesionales puede ser a iniciativa del paciente y/o de sus familiares (a demanda), o a iniciativa de los propios profesionales (oferta de servicios); por ejemplo, respectivamente, la consulta al farmacéutico de la esquina para que pese al bebé (demanda), y la recepción de una carta del servicio de salud pública ofreciendo una cita para un programa de cribaje de cáncer de mama. Esta última modalidad, de oferta de servicios, se basa en un modelo paternalista que supone mal informados a los ciudadanos y necesitados de ser "forzados" para que su salud mejore o no se deteriore. Este aparente fundamento filosófico filantrópico tiene graves consecuencias éticas y legales y, así, se soslayan con frecuencia, en aras "del bien del paciente", una correcta información, y una participación consentida realmente. Es más, a veces se fuerza la participación de la población mediante campañas, formales e informales, que atemorizan y amedrentan, como respecto a la detección precoz del melanoma, por ejemplo. Se "crean" necesidades, a veces, y se fuerza la participación, casi siempre. Por el contrario, se ocultan sistemáticamente los intereses y necesidades de los profesionales, del sistema sanitario

y de la industria tecnológica. Todo es por "la salud del paciente", lo que difunde una actitud demasiado altruista para ser cierta, sobre todo cuando no se cubren las necesidades informativas necesarias para que los pacientes decidan por sí mismos.

La intervención de los profesionales en respuesta a la demanda del paciente y/o de sus familiares tiene otras connotaciones éticas y legales, que dan más libertad al profesional, pero que no le libran de tener que ofrecer un servicio de calidad científica; es decir, de calidad humana y técnica. Calidad significa prestación de servicios adecuados; adecuados en el tiempo, en el lugar, en la respuesta, y al enfermo y sus circunstancias. Desde luego, calidad significa continuidad asistencial, pues el sistema sanitario se organiza en niveles por su propia conveniencia, pero ni el paciente ni sus familiares deberían sufrirlo. Sobran, pues, la duplicación de pruebas, la carencia de informes y los límites y limitaciones artificiales que redundan, sólo, en contra del paciente. Un buen ejemplo, doloroso, es la dificultad para la certificación de la muerte, si ésta ocurre a domicilio y en fin de semana, por más que la causa sea evidente. Si no hay calidad, el sistema sanitario "utiliza" a los pacientes, transforma a las personas en cosas y los pacientes se convierten en "el combustible del sistema sanitario". Como consecuencia, la atención primaria cambia de puerta de entrada a puerta de salida, pues en la distribución del poder sanitario el león es el hospital. Los profesionales de primaria percibimos la falta de calidad en la inadecuación de la respuesta a las necesidades de los pacientes y, sobre todo, en los errores del "síndrome del recomendado", que no son más que la expresión, el indicador, de los errores que se cometen sistemáticamente.

Responder a las necesidades asistenciales de los pacientes exige el cambio de actitud del sis-

MESA REDONDA

des asistenciales del paciente.

por los profesionales sanitarios

tema sanitario, la radicalidad de los profesionales en la oferta de servicios de calidad, y el ser capaz de analizar los eventos sanitarios según la óptica del enfermo. Todo "evento" (consulta, prescripción, intervención) es una casilla en la matriz del proceso de la atención, cuyos dos ejes son el sistema sanitario (los profesionales) y la población (los pacientes). El evento es la interacción entre personas que tienen conocimientos profesionales y quienes tienen otros conocimientos y necesitan la asesoría profesional; la relación debe ser, pues, biunívoca. En un ejemplo bien estudiado, los médicos deben dar al pacien-

te tiempo para expresar el motivo de consulta, cuestión elemental pero no por ello cumplida.

Por supuesto, en el mundo del consumo que estamos creando hay pacientes que consumen innecesariamente servicios sanitarios. Pero muchas veces han sido inducidos/seducidos previamente por profesionales sanitarios interesados. Conviene, pues, ir al origen del problema, no a su expresión visible y molesta.

Las necesidades asistenciales de los pacientes merecen la respuesta adecuada de los profesionales sanitarios.

Sobre los tratamientos con heroína

Manuel Castellanos Tejero

Enfermero especialista en drogodependencias.

Una de las necesidades que cada día más los pacientes nos están haciendo llegar a todos los profesionales en el campo de las drogodependencias, es su necesidad de nuevos tratamientos. Algunos estudios del Plan Nacional sobre Drogas nos indican que tan sólo un diez por ciento de los consumidores de heroína están en los centros terapéuticos recibiendo tratamientos y el restante porcentaje no. Un elevadísimo número de personas que no se acercan a nuestros centros.

Con la llegada de la metadona a los equipos de atención a drogas, muchos pacientes encontraron el alivio a sus sufrimientos y la inserción social a todos los niveles es para ellos un hecho. La mejora sanitaria es también inculcable en datos de calidad de vida, adherencia a los tratamientos antiretrovirales,... Pero aún así no hemos llegado entre todos a calmar las necesidades de los pacientes y sigue habiendo un alto porcentaje que se encuentra fuera de nuestras redes sanitarias y sociales; estando solos antes sus problemas.

Como últimamente la prensa está difundiendo, una de las salidas a este callejón es el tratamiento para los pacientes suministrándoles heroína. O lo que es lo mismo diacetil-morfina. Muchas voces en España desde los campos de

la ciencia lo llevan pidiendo durante varios años atrás. Así cabe destacar en Cataluña a Miguel Casas Bruguer y otros tantos que avalan diferentes hipótesis para el tratamiento con esta sustancia. La teoría de la automedicación y la enfermedad por disfunción del sistema opioide, son los argumentos más esgrimidos desde los campos de la neurociencias para justificar el uso terapéutico de la heroína.

La posturas de dar la sustancia de consumo a los pacientes no es una postura alocada de liberalización, de tal forma que se venda en supermercados y otros sitios como cualquier objeto comercial. Se piensa y aboga por una postura intermedia y una postura donde son los terapeutas quien darán la sustancia.

El famoso experimento Suizo es todo un antecedente que no ha llegado a ser mal visto por la OMS. Actualmente el Comisionado para la Droga de Andalucía tienen en proyecto realizarlo de forma intravenosa y Cataluña también pero de forma oral o subcutánea.

En definitiva, el futuro para atender las necesidades de los pacientes pasa por ver como funcionan en España los tratamientos con heroína. Tratamientos que tampoco hay que ser ingenuos y pensar que son la panacea y curación total de los pacientes.

Análisis de las consultas al farmacéutico de los usuarios de las farmacias de Ciudad Real

Ana M^a Sánchez Torres

Farmacéutica. Máster en Salud Pública.

Introducción

La idea de analizar las consultas que se reciben en la farmacia surge en un momento en que los profesionales farmacéuticos intentan definir y perfilar su papel profesional y el modelo de ejercicio a seguir. En esta búsqueda de un modelo profesional, y en el debate sobre el mismo se está ignorando, en cierta medida, las expectativas, las demandas que la población tiene respecto a la farmacia como servicio sanitario. Porque independientemente de la función que la legislación asigna al farmacéutico de oficina de farmacia, y al papel que el propio farmacéutico defina para sí, la farmacia ocupa un lugar dentro de los múltiples recursos con que cuenta la población para resolver sus problemas de salud, estos recursos serían, además de la farmacia, los servicios médicos, las redes de relaciones sociales, la familia y otras formas de medicina alternativa. Cada uno de ellos será utilizado por la comunidad para dar respuesta a necesidades diferentes y serán distintas las expectativas sobre cada uno de ellos.

La adopción de un determinado modelo de Atención Farmacéutica no debe ignorar cual es el punto de partida, es decir, el papel que está jugando la farmacia como servicio sanitario. El conocimiento de esto pasaría, necesariamente, por dar respuestas al cómo, al cuando y el porqué la población hace uso de este servicio y cuáles son sus demandas y expectativas respecto al mismo.

El estudio de estos aspectos que entraría en el campo de la sociología y la antropología, aún considerándolo fundamental excedía nuestra capacidad profesional (quede aquí como propuesta), así, nos propusimos una primera aproximación, el estudio de la demanda explícita a través del análisis de las consultas que la población realiza en la farmacia. Nos encontramos con un objetivo inmediato: atender las demandas y consultas que los usuarios nos plantean de forma satisfactoria y con la máxima eficacia y seguridad para estos.

Resumen

Objetivo: Conocer el tipo de consultas que hacen los clientes de las farmacias en la provincia de Ciudad Real.

Métodos: Se distribuyó una hoja-registro de consultas entre las farmacias de la provincia de Ciudad Real, para que tomasen datos cuatro días, aleatoriamente elegidos, representado cada una de las cuatro estaciones (octubre 1998, enero, abril y julio de 1999). El farmacéutico anotaba diversos datos de cada consulta espontánea realizada por un cliente de la farmacia.

Resultados: Se registraron 1279 consultas en unas 30 farmacias colaboradoras. El 35,7% de los clientes tenían entre 30-44 años, el 25,3% entre 45-65 y el 74,6% eran mujeres. Las consultas iban destinadas a adultos en el 59,7%. El 75,9% de los hombres consultaron para ellos mismos frente al 51,9% de las mujeres. Las mujeres consultaron en mayor medida sobre los problemas de salud de su familia, especialmente de sus hijos.

El 48,3 % de las consultas procedían de clientes que acudieron a la farmacia únicamente a consultar. Los motivos de consulta más frecuentes fueron pedir información sobre el medicamento (32,6%) y solicitar tratamiento para algún síntoma concreto (32,7%). En cuanto a las consultas sobre el medicamento el 40,6 % se refería a la posología. Los problemas más consultados se referían a síntomas respiratorios, dermatológicos, otorrinológicos, digestivos y distintos tipos de dolor. De los clientes que expresaron el motivo por el que acudían a consultar a la farmacia el 25,7% alude a la confianza en el servicio, el 21,3% a dificultades de comunicación con el médico y el 19,3 % al ahorro de tiempo.

Conclusión: la farmacia presta un servicio sanitario, más allá de la venta de medicamentos, al que se solicita tanto información sobre los medicamentos como tratamiento o consejo para distintos tipos de síntomas o patologías consideradas como "leves". Se concluye la necesidad de protocolizar las intervenciones en torno a las dolencias que con mayor frecuencia son motivo de consulta; la intervenciones educativas para fomentar el uso racional del medicamento, especialmente con mujeres; una mayor colaboración médico-farmacéutica y una mayor formación y dotación de herramientas para facilitar el cumplimiento terapéutico y la detección de interacciones y efectos secundarios.

Necesidades asistenciales de los pacientes: percepción del Trabajador Social

Marta López-Areal Monje

Trabajadora social

MARCO LEGAL Y DEFINICIÓN

Tanto la Constitución, como las Leyes Autonómicas y la Ley de Bases del Régimen Local, regulan y promueven una red de equipamientos y servicios que han supuesto el desarrollo de los Servicios Sociales en todo el Territorio del Estado.

¿Qué es el sistema público de servicios sociales?

Es el conjunto de servicios y prestaciones que insertándose con otros elementos de bienestar social tienen como finalidad:

- La promoción y desarrollo de las personas para la obtención de un nivel de bienestar social y mejor calidad de vida.
- Prevenir y eliminar las causas que conducen a la exclusión y marginación social.

CAMPO DE APLICACIÓN

Las Leyes de Servicios Sociales elaboradas por las CCAA, establecen un régimen público de Servicios Sociales y se garantiza la correspondiente coordinación de los recursos e iniciativas de carácter público o social.

Las mismas Leyes contemplan el derecho a los Servicios Sociales de todos los Españoles residentes en cada CCAA, así como los transeúntes, inmigrantes,....siempre teniendo en cuenta los tratados internacionales. Como sectores específicos y objeto de atención se contemplan :

- Familia
- Infancia y Juventud
- Personas Mayores
- Mujer
- Discapacitados
- Reclusos y Exreclusos
- Toxicómanos
- Minorías Étnicas
- Transeúntes y Marginados sin hogar
- Inmigrantes refugiados, apátridas
- Otros en situación de necesidad

NIVELES DE ATENCIÓN

Los niveles de atención en el Sistema de los Servicios Sociales se organiza de manera integrada y complementaria.

• Primer nivel de atención

Serían los Servicios Sociales de Base y aquí se incluyen los S. Sociales de A. Primaria. Sus actuaciones son específicas y siempre en el ámbito de

una comunidad determinada. La responsabilidad de este nivel de atención corresponde a la Administración Local.

• Segundo nivel de atención

Serían los Servicios Sociales específicos o especializados. Su ámbito de regional o comarcal. La responsabilidad de este nivel corresponde a la Administración Autonómica y Local.

RECURSOS HUMANOS

Con la finalidad de poder atender los sectores específicos y objeto de atención anteriormente enumerados se disponen de los siguientes RRHH:

- Junta de Comunidades de Castilla la Mancha... Delegación de Bienestar Social
- Concejalía de Bienestar Social del Ayuntamiento. Dispone de 8 Centros Sociales donde se gestionan la mayoría de las Ayudas.
- Inmerso: Hogar del Jubilado (1 y 2) y Centro Base
- S. Sociales Penitenciarios
- Centro Asesor de la Mujer
- Equipo de Ayuda al Drogodependiente
- Cruz Roja
- Diputación

TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

En este apartado se definen las prestaciones básicas que responden a las necesidades sociales que configuran el nivel de A. Primaria. Las líneas generales se denominan:

• Información y Orientación

Responde a la necesidad de información con el fin de acceder y utilizar los recursos sociales existentes y prevenir las desigualdades. Consiste en ofrecer asesoramiento especializado sobre los recursos sociales existentes así como su canalización a otros servicios o recursos. Aquí se incluyen las siguientes fases:

1. Registro y toma de datos de los individuos.
2. Información
3. Valoración
4. Orientación
5. Tramitación
6. Derivación
7. Concienciación Social



MESA REDONDA

Aspectos sociales y legales del consumo de servicios sanitarios por el paciente

CARMINA HOLGADO TORQUEMADA

Jefa del Servicio de Consumo de la Delegación Provincial de Sanidad y Consumo de Ciudad Real.

De acuerdo con el mandato constitucional establecido en el artículo 51 de la Constitución Española, los poderes públicos en sus distintos ámbitos (nacional, autonómico y local) han dictado varias normas y han creado una estructura orgánica con el fin de proteger y defender al consumidor y usuario, por su situación de indefensión y desigualdad frente al proveedor, tenga carácter empresarial o profesional o sea la propia administración pública (concepto de consumidor).

En el ámbito nacional la ley marco como en la ley 26/84 General de Defensa de los Consumidores y Usuarios. En cuanto a nuestra Comunidad Autónoma la disposición que desarrolla el mandato constitucional en la Ley 3/1995, Estatuto del Consumidor de Castilla La Mancha.

Entre los derechos básicos que establecen ambas leyes, cabe destacar el de la protección frente a los riesgos que puedan afectar a su salud y seguridad.

En Castilla La Mancha las competencias de consumo están adscritas a la Consejería de Sanidad, en concreto a la Dirección General de Consumo, que en su ámbito provincial, teatro de las Delegaciones Provinciales de Sanidad, se apoyan en los servicios de Consumo.

En el ámbito local además de las referidas leyes, la ley de Bases del Régimen local atribuye a las corporaciones locales un papel esencial en cuanto a la defensa y protección de los derechos de los consumidores y usuarios, como administración más cerca de los ciudadanos.

Así, es objetivo prioritario de la Delegación Provincial de Sanidad, que el 100% de los ciudadanos de nuestra provincia puedan acceder a

los servicios que proporcionan las Oficinas Municipales de Información al Consumidor para garantizar la protección de los derechos y los legítimos intereses de los consumidores y usuarios.

En la actualidad disponen de esta oficina 81 municipios con una población relativa de 457.000 que suponen el 95% de los habitantes de Ciudad Real.

Además, la Consejería de Sanidad ha puesto a disposición de todos los ciudadanos el Teléfono del Consumidor gratuito, 900501098 que atiende todas las consultas que sobre consumo se demandan.

Por último para completar este resumen de los aspectos legales la administración ha dispuesto para garantizar sus derechos de servicios sanitarios de los siguientes medios o recursos.

Para facilitar la presentación de demandas de los usuarios es obligatorio disponer de hojas de reclamaciones en los establecimientos privados y de libro de reclamaciones en los centros públicos.

Para la resolución de conflictos entre consumidores y empresarios se ha establecido el Sistema Arbitral de Consumo como medio extrajudicial, rápido, eficaz, voluntario y gratuito, excluidos, entre otros, los que concurren intoxicación, lesión, muerte o existan indicios racionales de delito.

Para el control y la prevención, se realizan actuaciones inspectoras y de retirada de productos del mercado que supongan un riesgo para la seguridad y salud de los consumidores a través del sistema de Intercambio rápido de información.

Reclamaciones en el ámbito sanitario

M^a del Mar Menchero Alfonso. Abogada

Jefa del Servicio de Asesoría Jurídica del Hospital Santa Bárbara de Puertollano.

El principio de responsabilidad de la Administración recogido en el artículo 9.3 de la constitución Española en el tiene su máxima contemplación, dentro del ámbito sanitario, en el artículo 10.12 de la Ley General de Sanidad al recoger como derecho de los ciudadanos el de utilizar las vías de reclamación y de propuestas de sugerencias.

Para la gestión de las reclamaciones y sugerencias se dictaron el 10 de Junio de 1.992 por parte de la Secretaría General para el Sistema Nacional de Salud, unas instrucciones siendo las características principales la de establecer un sistema de fácil accesibilidad para el usuario y agilidad en la resolución.

Dentro de las reclamaciones podemos efectuar una doble distinción:

A. "simples" reclamaciones

B. reclamaciones derivadas de la responsabilidad patrimonial exigible a la Administración.

A.- Simples reclamaciones

El procedimiento es muy sencillo: una vez presentada la reclamación se solicitará los informes oportunos al responsable del servicio o unidad objeto de la reclamación y, a la vista de los mismos, la Gerencia efectuará la correspondiente contestación al usuario en el plazo máximo de 15 días, si aquélla se interpuso en el mismo centro, o de 20 días, si se hizo en centro distinto. Si no hubiese contestación definitiva en el plazo establecido se informará al interesado, al menos, de los siguientes extremos:

- resumen del motivo de la reclamación
- actuaciones realizadas
- conclusiones y medidas adoptadas
- se le indicará que si en el plazo de 30 días más no se le hubiera comunicado la resolución definitiva podrá recurrir ante la Dirección Provincial del Insalud.

Durante el año 1.999 se recibieron 20.163 reclamaciones de los usuarios sobre los centros y servicios de Atención Primaria, 12'7 por 10.000 habitantes. En su mayor parte estuvieron relacionadas con aspectos normativos y organizativos. El 78% fueron respondidas en un tiempo inferior a 30 días.

B.- Reclamaciones por responsabilidad patrimonial

Para cubrir las indemnizaciones a que hubiera lugar, desde el año 1.991 el Insalud ha sus-

critado diversos seguros. El seguro abarca las consecuencias económicas derivada de la responsabilidad profesional, de la explotación, patronal o por accidente de trabajo y patrimonial exigible a la Administración conforme a lo establecido en la Ley 30/92 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

La LRJAP-PAC establece que los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes de toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y siempre que se den los siguientes requisitos:

- que se produzca lesión patrimonial antijurídica
- que el daño alegado sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas
- que exista relación causa efecto entre la actividad administrativa y el daño que se alega
- que la Administración actúe como tal, o sea, que su actividad esté sujeta al derecho Administrativo o, en relaciones de Derecho Privado, que los daños hallan sido causados por el personal a su servicio.

El procedimiento es el siguiente: una vez presentada la reclamación, el gerente abre un expediente, iniciando la cumplimentación del parte de Reclamación del Seguro, y envía éste y copia de la reclamación al/los profesionales que intervinieron en el proceso que es objeto de la reclamación y al jefe del Servicio. Una vez cumplimentado el parte por estos y acompañando los informes necesarios, así como el del inspector médico, se remite a la Comisión de Seguimiento del Seguro, formada por miembros de la Subdirección General de Inspección sanitaria y de la Compañía Aseguradora, la cual analizará y tomará la decisión definitiva.

En seis años, desde 1.995 al año 2.000, se han presentado ante la Comisión de Seguimiento 2.136 casos, siendo los motivos más reclamados los relativos al tratamiento, diagnóstico (actualmente por demora) y accidentes (caídas en el centro).

La información terapéutica y el consentimiento en la utilización de fármacos. Aspectos legales

Manuel Amarilla Gundín

Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico.

Afortunadamente hoy, la **INFORMACIÓN TERAPÉUTICA** que se da al profesional sanitario y al ciudadano-paciente-consumidor, sobre los fármacos empieza a ser una reivindicación técnica de las Agencias de Evaluación de Medicamentos, por lo cual presumiblemente terminará siendo un derecho real y no meramente programático.

Incluso desde el punto de vista de Farmacovigilancia Europea, se empieza tímidamente a reconocer que los usuarios o pacientes:

"Tienen derecho a que la información farmacológica de los medicamentos y productos sanitarios se actualice con una Farmacovigilancia efectiva".

La **O.M.S.** en su 103ª Comisión Ejecutiva, celebrada en Ginebra en 1999, ha revisado su estrategia de medicamentos e instan a los Estados Miembros a que promuevan un uso racional de los fármacos, mediante información farmacéutica independiente, actualizada y comparativa y a que se integre esta información en las estrategias de comercialización de los profesionales de la salud en todos los niveles. Este objetivo ha sido recogido en el programa de esta organización "salud 21" - **SALUD PARA TODOS EN EL SIGLO XXI**, donde se declara un apoyo decidido a la información en el ámbito sanitario.

El **Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión**, a través de la decisión nº 645/96/CEE, de 29 de Marzo de 1996, aprobó el programa de acción comunitario de promoción, información, educación y formación en materia de salud pública (1996-2000).

Es evidente, que las bases para el desarrollo del **Derecho a la Información General en materia de Salud Pública en Europa**, está empezando a desarrollarse.

Respecto a la información terapéutica, por si esta situación descrita en la Unión Europea, no fuera suficiente la **FDA**, (Food and Drug Administration), empezó a suavizar durante el año 1998, la normativa de información sobre fármacos.

En este sentido es notorio que con anterioridad a estas fechas, la Industria Farmacéutica en E.E.U.U., no podía hacer llegar a los profesionales sanitarios información sobre usos no especificados en los prospectos de los fármacos y productos sanitarios.

La **FDA**, empezó a partir de ese año, a permitir la distribución de estudios publicados en revistas científicas que acreditaban la seguridad de los fármacos y productos sanitarios en usos para los que todavía no estaban aprobados.

Todo ello no hubiera sido posible sin la aprobación por el **Congreso de E.E.U.U., del Acta de modernización de la FDA en 1997**, por la cual la Agencia Americana, establece un cauce de conocimiento previo a la información que los laboratorios van a enviar a los médicos y demás profesionales sanitarios y si no la consideran suficientemente segura, recaban más información complementaria de la Industria Farmacéutica e incluso, puede frenar su distribución, resolviendo en suma toda la problemática que se cree al respecto.

En España, salvo excepciones, todavía la Ley y la Jurisprudencia abordan esta cuestión desde una perspectiva distinta que frena casi en su totalidad este proceso del Derecho a la Información en el uso de los Medicamentos.

La **información terapéutica y el consentimiento en el tratamiento con fármacos** no es una cuestión resuelta, ya que todavía se quiere ver por el legislador únicamente dentro de la Lex Artis en base del actual art. 10, apartados 5 y 6 de la Ley General de Sanidad, cuando es conocido que es una cuestión más compleja por su propia naturaleza y partes intervinientes.

La fundamentación del **futuro derecho a la información de los ciudadanos en el correcto uso de los fármacos y su consentimiento** se ubica en la actualidad en el principio ético de autonomía de la voluntad, ya que esta materia es también ética y no sólo jurídica, y de todos es conocido que la ley y la jurisprudencia suelen seguir su evolución por detrás de la realidad social.

Perspectiva bioética

M^a Teresa Alfonso Galán

Dra. en Farmacia. Universidad de Alcalá de Henares

CONCLUSIONES:

1. Hay que tener en cuenta siempre la posibilidad de un consumo de servicios sanitarios "irracional" y por lo tanto ineficiente e incluso perjudicial.
2. El medicamento no es un bien de consumo más y hay que ofrecerlo dentro de un servicio farmacéutico centrado en el seguimiento de su uso en pacientes concretos.
3. La oferta de medicamentos por Internet, hoy en día, es un peligro para los pacientes y consumidores y un reto para los profesionales sanitarios.
4. Ante las desmesuradas ilusiones respecto a las posibilidades reales de la Medicina es necesario promover debates públicos sobre sus fines, indicaciones, y posibilidades socialmente legítimas.
5. Los pacientes pueden solicitar al farmacéutico, entre otros servicios, seguimiento de los tratamientos, control de la medicación y coordinación con el resto de los profesionales sanitarios.
6. El paciente tiene derecho a la información, a la confidencialidad, y también tiene derecho, si así lo decide en el buen uso de su autonomía, a no ser informado.
7. Los pacientes tienen obligaciones respecto a los profesionales sanitarios y el Sistema Sanitario.
8. Los profesionales sanitarios tienen derecho a la objeción de conciencia y a que se respete su propia dignidad y convicciones, respetuosa siempre con la del paciente.
9. El Código de Ética Farmacéutica y Deontología de la Profesión Farmacéutica supone un gran esfuerzo para sentar las bases éticas de la profesión, es un texto de mínimos, y refleja una profesión dividida y en una crisis profunda.
10. Ni Leyes ni Códigos son suficientes ante dilemas graves.
11. Hoy en día la Bioética constituye una perspectiva necesaria para afrontar los problemas del mundo actual.
12. La Bioética precisa de una metodología de diálogo interdisciplinar e interprofesional, y además con los ciudadanos.
13. La Bioética asistencial o clínica asume unos principios fundamentales, los de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, aunque en la actualidad estén sometidos a debate en cuanto a sus límites y aplicaciones para la resolución de dilemas.
14. Hay un peligro real hoy de dar primacía a la autonomía del paciente frente a la de los profesionales sanitarios, sin el equilibrio que pide el principio de beneficencia.
15. Los Comités de Ética Asistencial, con representación de todos los profesionales sanitarios y representación ciudadana, serán cada vez más necesarios en las estructuras de atención primaria, para una práctica asistencial de calidad, orientada al paciente, reconocido como un agente responsable y autónomo.
16. Es necesario que en los estudios de los profesionales sanitarios se incluya la perspectiva bioética de las cuestiones tratadas.
17. En la perspectiva bioética no puede faltar el principio de solidaridad.

