

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA  
SALUD PUBLICA E HISTORIA DE LA CIENCIA**

**CONOCIMIENTOS Y OPINIONES DE LOS MEDICOS  
DE ATENCION PRIMARIA DE MADRID SOBRE EL  
SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)  
COMO BASE PARA LA PLANIFICACION DE LOS  
RECURSOS ASISTENCIALES.**

**TESIS DOCTORAL**

**Director: Prof. Dr. D. Manuel Domínguez Carmona**

**Co-Directora: Prof. Dra. Dña. Margarita Romero Martín**

**Autor: D. Esteban González López**

**Madrid 1994.**

## INFORME DEL DIRECTOR DE LA TESIS

D. MANUEL DOMINGUEZ CARMONA, Catedrático Emérito y DÑA. MARGARITA ROMERO MARTIN, Profesora Titular, ambos del Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, de la Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid,

CERTIFICAN: Que el Licenciado D. ESTEBAN GONZALEZ LOPEZ ha realizado bajo nuestra dirección un trabajo de Investigación titulado "Conocimientos y opiniones de los médicos de Atención Primaria de Madrid sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) como base para la planificación de los recursos asistenciales", el cual presenta para optar al Grado de Doctor en Medicina y Cirugía, Programa de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmamos el presente Certificado.

V.º B.º  
EL TUTOR (2)

El Director de la Tesis

Fdo.: \_\_\_\_\_  
(fecha y firma)

D.N.I.:

Fdo.: M. Domínguez C.

Fdo.: \_\_\_\_\_

(fecha y firma)

D.N.I.:

## INFORME DEL CONSEJO DE DEPARTAMENTO

Reunida la Comisión de Doctorado del Departamento de MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PUBLICA E HISTORIA DE LA CIENCIA, y una vez analizados los contenidos y metodología del Trabajo de Investigación realizado por D. ESTEBAN GONZALEZ LOPEZ, para la obtención del Grado de Doctor, se acepta su "admisión a trámite".

Fecha reunión  
Consejo Departamento

12 de Septiembre de 1994

El Director del Departamento

Fdo.: \_\_\_\_\_

(fecha y firma)

*"Nadie es una isla completo en sí mismo; cada hombre es un pedazo del continente, una parte de la tierra; si el mar se lleva una porción de tierra, toda Europa queda disminuida ...; la muerte de cualquier hombre me disminuye, porque estoy ligado a la humanidad; y por consiguiente, nunca hagas preguntar por quién doblan las campanas; doblan por ti."*

John Donne (1.572-1.631)

*"No hay criatura en Escocia que trabaje más duro y que esté más pobremente retribuido que el médico de pueblo, a no ser, su propio caballo. Y si el caballo es, y por cierto debe ser, aún en las peores condiciones robusto, activo e infatigable, de la misma manera encontraremos a su amo, con su entusiasmo y habilidades profesionales, inteligencia, humanidad, coraje y ciencia."*

Walter Scott (1731-1832)

A Rosa por todos estos años.

A Patricia y Andrea, nuestras hijas.

## AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que han hecho posible esta investigación. Ante la imposibilidad de citarlas a todas quiero disculparme de antemano.

Comenzaré por recordar agradablemente a todos los que en algún momento creyeron en la utilidad de este trabajo que el lector tiene en sus manos.

Es de justicia agradecer a los médicos de Atención Primaria su participación, tanto a los que contestaron el cuestionario como a los que no lo hicieron.

Asimismo no se puede olvidar la colaboración prestada por los Directores Gerentes, Directores Médicos, Coordinadores Médicos de Equipos de Atención Primaria, Enfermeras Adjuntas, y muy especialmente por los Técnicos de Salud Pública, de las Areas Sanitarias de Atención Primaria del Instituto Nacional de la Salud en Madrid. Quiero recordar aquí de forma especial a los Técnicos del Area 6 Oeste, Dras. Jacinta Landa, Yolanda Díaz, y Dr. José Carreira por el inestimable asesoramiento en el tratamiento de los textos y en el apoyo iconográfico.

Quiero también agradecer la paciencia y ayuda mostrada por mi hermana, Ana Isabel González López, en diferentes fases del procesamiento y exposición de los datos.

A raíz de iniciar ésta investigación tuve el honor de compartir mi labor profesional con el Dr. D. Gerardo Clavero González, Secretario General del Plan Nacional sobre el SIDA hasta su jubilación, y actualmente Profesor Emérito de la Escuela Nacional de Sanidad. Durante demasiado poco tiempo disfruté de su diario magisterio. En este momento quiero agradecer sus consejos tanto sobre este trabajo como sobre otras actividades.

Al Dr. D. José Javier Sánchez, del Departamento Médico de Antibióticos Farma, por su imprescindible asesoramiento y colaboración en el tratamiento estadístico de los datos de las encuestas.

Este trabajo no se hubiera llevado a cabo si no hubiera existido la ayuda constante y apoyo de la Fundación Gayoso-Wellcome España, en la persona de Mónica García Bodini, Market Research Manager. Las atenciones recibidas y confianza demostrada en la pertinencia de esta investigación por parte de dicha institución demuestran que es totalmente posible la colaboración entre la Industria Farmacéutica y los profesionales sanitarios, más en concreto de la Medicina de Familia.

He querido dejar como colofón final, el agradecimiento mostrado al Profesor D. Manuel Domínguez Carmona, Director de esta investigación, y la Profesora Dña. Margarita Romero Martín, Co-Directora de la misma. Tuve el honor de recibir las enseñanzas del Profesor Domínguez Carmona, tanto en Pre como en Postgrado. Culminamos ésta relación Profesor-Alumno con el trabajo que se presenta a continuación.

Agradezco todas las deferencias mostradas hacia mi persona y hacia este trabajo por el Profesor Domínguez Carmona y por todos los miembros del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, dónde un ya lejano año de 1.976 comencé a aprender el viejo y cada día más nuevo oficio de Médico.

## INDICE

	<b>Página</b>
<b>1. Introducción</b> .....	12
1.1 Problemática asistencial del SIDA y de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).....	16
1.2 Alternativas asistenciales .....	19
1.3 Papel del nivel primario de salud ante SIDA e infección por VIH .....	23
1.4 Objetivo del estudio .....	27
<b>2. Material y métodos</b> .....	30
2.1 Análisis de la pertinencia del estudio .....	31
2.2 Análisis de la viabilidad del estudio .....	34
2.3 Diseño y justificación de la investigación por medio de encuesta .....	37
2.4 Población de estudio .....	48
2.4.1 Definición y selección .....	49
2.4.2 Tamaño .....	52
2.5 Variables .....	55

**Página**

2.6 Datos .....	57
2.6.1 Hoja de recogida de datos .....	58
2.6.2 Métodos de entrega y recogida del cuestionario .....	60
2.6.3 Tratamiento automatizado y estadístico de los datos .....	63
<b>3. Resultados</b> .....	<b>65</b>
3.1 Resultados. Revisión bibliográfica como referencia para los resultados .....	66
3.2 Resultados. Consideraciones descriptivas .....	71
3.3 Resultados. Area de conocimientos .....	77
3.4 Resultados. Area de interacción social y prejuicios .....	93
3.5 Resultados. Modo de adquisición de conocimientos sobre VIH/SIDA .....	96
3.6 Resultados. Opiniones acerca de la implicación del nivel primario de salud en la atención al VIH/SIDA .....	101
3.7 Resultados. Participación reciente en la atención de pacientes VIH/SIDA .....	106
3.8 Resultados. Opiniones y sugerencias realizadas por los encuestados .....	114
3.9 Resultados. Factores moduladores de actuación u opinión .....	116

	<b>Página</b>
3.10 Resultados. Análisis de correspondencia .....	121
<b>4. Discusión</b> .....	132
4.1 Discusión. Consideraciones generales .....	133
4.2 Discusión. Area de conocimientos .....	136
4.3 Discusión. Area de interacción social y prejuicios .....	150
4.4 Discusión. Modo de adquisición de conocimientos sobre VIH/SIDA .....	154
4.5 Discusión. Opiniones acerca de la implicación del nivel primario de salud en la atención al VIH/SIDA .....	159
4.6 Discusión. Participación reciente en la atención de pacientes VIH/SIDA .....	166
4.7 Discusión. Opiniones y sugerencias realizadas por los encuestados .....	174
4.8 Discusión. Factores moduladores de actuación u opinión .....	176
4.9 Discusión. Análisis de correspondencia .....	184
<b>5. Conclusiones</b> .....	190
<b>6. Propuesta de planificación de recursos asistenciales para la atención de pacientes VIH/SIDA</b> .....	195
<b>7. Anexos</b> .....	200
<b>8. Bibliografía</b> .....	243



## **1. INTRODUCCION.**

En 1.981 un breve informe aparecido en el *Morbidity and Mortality Weekly Report* (publicación de los *Centers for Disease Control*, agencia federal estadounidense encargada del control de enfermedades transmisibles) alertaba a la comunidad científica sobre una rara entidad morbosas. Esta enfermedad asociaba la presencia en varones jóvenes, homosexuales, y sanos de infecciones por hongos, parásitos y ciertos tumores. Tanto estas infecciones como los tumores tenían la particularidad de no haberse descrito previamente en personas sin defectos inmunológicos. Progresivamente el número de afectados fue en aumento así como la extensión de éste proceso a colectivos que habían sufrido transfusiones o administración de hemoderivados, a usuarios de drogas por vía parenteral que compartían equipos de inyección, y a los que habían mantenido relaciones sexuales con los anteriores.

Las especulaciones sobre el posible origen de la enfermedad dieron crédito a todo tipo de conjeturas. Se sugirieron diferentes etiologías como: virus, bacterias, parásitos, tóxicos, y drogas, invocando en ocasiones a maldiciones bíblicas, aspecto éste sin mayor fundamento.

Dado que la extensión de la enfermedad se realizó rápidamente, circunstancia ésta unida al desarrollo de diferentes líneas de investigación, se asistió al curioso fenómeno de conocer antes las vías de transmisión de la enfermedad que el propio agente causal. Se describieron entonces las conductas de riesgo que permanecen invariables en la actualidad: relaciones sexuales con afectados, compartir jeringas y agujas con afectados, recibir sangre o productos derivados de la misma de pacientes portadores de la infección, y transmisión madre afectada-hijo.

En 1.983 se identificó el agente origen de la epidemia: un virus, perteneciente a la *Familia Retroviridae*, *Subfamilia Lentiviridae*, probablemente originario de Africa Central.

Tuvieron que pasar algunos años más para que se dispusiera de algún remedio terapéutico que al menos paliara las situaciones de deterioro inmunológico que causaba el así llamado virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En 1.987 se inició la administración a los pacientes de SIDA de un fármaco, denominado *Zidovudina*, que tenía la particularidad de paliar el deterioro progresivo del sistema inmune. Consecuentemente evitaba la aparición de nuevas infecciones y mejoraba la calidad de vida de los afectados. Hasta ese momento únicamente se disponía de agentes con acción directa sobre gérmenes y sobre tumores, efectivos, pero sin acción restauradora de la inmunidad ni antiretrovítica conocida.

Por tanto ya en 1.987 se conocía el germen causal, los mecanismos de transmisión e incluso un fármaco con cierta efectividad, pero el problema asistencial del SIDA no había hecho sino empezar.

Los hospitales pronto comenzaron a sentir los efectos de la epidemia: un creciente aflujo de enfermos reclamaban no sólo una correcta atención médica, sino también la cobertura de sus necesidades psíquicas y sociales. Este hecho unido a la letalidad de la enfermedad y la ausencia de una medicación curativa requería la implantación de medidas preventivas dirigidas a toda la población, no sólo para evitar la enfermedad, sino también para minorar la coexistencia de conductas de segregación y estigmatización.

La movilidad geográfica y las facilidades de desplazamiento propias de nuestro tiempo posibilitaron la extensión de la enfermedad, no conociendo ésta límites ni fronteras. Las consecuencias están comenzando a ser devastadoras en ciertas regiones del planeta, y el futuro impacto demográfico es difícil de prever.

El SIDA está suponiendo un verdadero revulsivo para los sistemas sanitarios poniendo de manifiesto ciertos problemas latentes en dichas organizaciones como: la incapacidad de dar una respuesta global en términos de salud a enfermedades con claro componente social, y la descoordinación de las redes asistenciales. Confluyen también otros hechos como: la exacerbación de las diferencias geográficas entre regiones y el creciente gasto que supone la atención a éstos enfermos.

El análisis de todos los aspectos anteriores llevó a la necesidad de diseñar nuevos sistemas sanitarios o a reformar los ya existentes con una triple vertiente: 1. acercarlos al ciudadano. 2. contemplar en los mismos la concurrencia de temas psicosociales y de cuidado terminal, y 3. asegurar la eficiencia en el proceso de la atención sanitaria.

La tendencia futura ha de dirigirse hacia el aprovechamiento óptimo de todos los recursos asistenciales y hacia nuevas alternativas que tiendan más al "*cuidado*" que hacia la "*curación*", habida cuenta de no disponer de tratamiento curativo en el momento actual.

Dentro de las estrategias asistenciales susceptibles de ser implantadas gozan cada vez de mayor atención las basadas en los profesionales del nivel primario de salud: médicos y enfermeras de cabecera, y trabajadores sociales. Confluyen en éstos profesionales ciertas características como la accesibilidad a la población, y su implicación con la misma, lo que les hace jugar un papel prioritario en diferentes aspectos de la enfermedad.

La tendencia futura a asumir por parte de los profesionales de atención primaria un papel cada vez mayor en la asistencia del VIH/SIDA lleva a plantear análisis de situación como el sugerido desde ésta investigación: realizar una aproximación al grado de conocimientos y opiniones sobre el VIH/SIDA de los médicos de atención primaria.

El acceso a ésta información permitirá diseñar adecuadamente las actividades formativas dirigidas a dicho colectivo, así como conocer la actitud mantenida por dichos profesionales con vistas a la asunción progresiva de mayor responsabilidad en la atención al VIH/SIDA.

**1.1 PROBLEMATICA ASISTENCIAL  
DEL SIDA Y DE LA INFECCION  
POR EL VIRUS DE LA  
INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

La irrupción del SIDA en 1.981<sup>4</sup> ha provocado un gran impacto social<sup>5</sup> y en todos los niveles asistenciales<sup>6</sup>. Este impacto se ha producido sobre la gestión de recursos técnicos, materiales y humanos destinados a la salud. La limitación de recursos disponibles puede provocar la derivación de fondos destinados a la atención de otros problemas de salud hacia la infección por VIH. El problema económico se exagera en países donde la escasez de recursos sanitarios<sup>7</sup> era ya situación habitual.

Con respecto a los profesionales sanitarios el impacto del SIDA puede resumirse en diferentes términos como: angustia o amenaza emocional. Se detallan a continuación diversas causas que pueden contribuir a dicha inquietud:

- sentimiento de los propios profesionales de encontrarse en riesgo y eventualmente infectarse<sup>8-10</sup>.
- pérdida de estabilidad emocional por tratarse generalmente de pacientes en edades tempranas de la vida que pueden sufrir grave deterioro y fallecer.
- la gran amplitud y complejidad de la atención integral necesitada por éstos pacientes. Esta puede llegar a agotar al profesional por la intensidad de las necesidades físicas y psíquicas requeridas por los afectados.
- impotencia ante la letalidad de la enfermedad.
- concurrencia en los pacientes de conductas marginales o no aceptadas socialmente como homosexualidad, o drogadicción.
- coincidencia del profesional sanitario con los afectados en diferentes conductas y vivencias como edad, o conducta sexual.
- existencia de problemática social en los afectados como segregación, estigmatización, y problemas de confidencialidad.

- creciente complejidad técnica de los conocimientos adecuados para el abordaje integral del paciente: aspectos médicos, psicosociales y de cuidado terminal.
- por último destacar un probable sentimiento de rechazo por parte de los profesionales sanitarios hacia los mismos profesionales que prestan atención a éstos pacientes.

Este impacto del SIDA sobre los profesionales sanitarios también tiene su incidencia sobre los programas de profesionales en formación: estudiantes de medicina<sup>11-16</sup>, enfermería, odontología, trabajadores sociales, y médicos residentes<sup>17-21</sup> de diferentes especialidades.

## **1.2 ALTERNATIVAS ASISTENCIALES.**

La complejidad de la atención a éstos pacientes ha llevado a plantear diferentes alternativas asistenciales<sup>22</sup>:

**a) hospitalarias**

- unidades generales hospitalarias originarias de medicina interna o de enfermedades infecciosas que asumen ésta patología al igual que cualquier otra de su especialidad.
- unidades específicas que realizan tanto el ingreso del paciente afectado por el VIH/SIDA cuando la situación así lo requiere, así como el seguimiento clínico en consulta externa.
- unidades de atención basadas únicamente en la utilización de la consulta externa para el seguimiento clínico de los pacientes.
- hospitales de día.

Dichas alternativas plantean diferentes problemas. De un lado la atención diferenciada a los pacientes sugiere la idea de segregación y de otro la integración de ellos con otros tipos de enfermos plantea problemas de miedo al contagio y rechazo a conductas socialmente no aceptadas.

**b) extrahospitalarias.**

- creación de "*hospices*" (no existe traducción en nuestro idioma, se trata de un hospital o servicio de cuidados mínimos o medios). Estos "*hospices*" pueden colaborar tanto en el ingreso del paciente que no requiera grandes cuidados como en la atención domiciliaria.
- hospitalización a domicilio. Tanto para pacientes en fase terminal como para aquellos que precisen cuidados mínimos o medios con dependencia funcional de la consulta hospitalaria.
- trabajo de los grupos de voluntarios y de autoayuda en los "*hospices*", hospitalización a domicilio, ayuda a discapacitados, y atención a los nuevos infectados.
- equipos de atención domiciliaria dirigidos únicamente a los pacientes en fase terminal.

El SIDA ha puesto de manifiesto, entre otros, dos temas de capital importancia: la descoordinación de redes asistenciales y la incapacidad de sistemas sanitarios excesivamente "medicalizados y hospitalocéntricos" para dar a los afectados una respuesta global que no sólo contemple los aspectos clínicos sino también los psicológicos, sociales, familiares, preventivos

y terminales<sup>23,24</sup>. ¿Acaso estaban estos problemas latentes y se han puesto de manifiesto tras la eclosión del SIDA?

La Oficina Regional de Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que se utilice la atención al SIDA como pretexto para mejorar la coordinación asistencial de los servicios sanitarios primarios y especializados<sup>25</sup>.

En un principio la asistencia a éstos enfermos en España y en el resto de países se localizó preferentemente en los hospitales. Posteriormente se empezó a considerar otras alternativas asistenciales centradas en la utilización coordinada de todos los recursos sanitarios, los servicios sociales, grupos de autoayuda y organizaciones no gubernamentales (ONG)<sup>26</sup>. Las causas de esta reorientación del cuidado derivan de considerar el problema VIH/SIDA como una enfermedad crónica cada vez más frecuente tanto debido a la aparición de nuevos casos como a la supervivencia de los pacientes. Los costes de la asistencia, la sobrecarga hospitalaria, y la consideración de atender a los afectados en su medio habitual llevan a plantear nuevas alternativas. La historia natural de la enfermedad contempla periodos en los que los pacientes no han de depender necesariamente de los cuidados hospitalarios. La OMS recomienda que el cuidado de los pacientes se base primordialmente en la asistencia ambulatoria y domiciliaria mediante la actuación coordinada de hospitales y centros de atención primaria<sup>27</sup>.

Un reciente estudio realizado en Madrid<sup>28</sup>, expuso, entre otros, como principales problemas en la asistencia al VIH/SIDA: la no participación del nivel primario de salud y la descoordinación de redes asistenciales. Estos aspectos fueron señalados por profesionales sanitarios y por afectados. Otro hecho destacado de dicho estudio fue la solicitud de los implicados de recibir una asistencia indiferenciada de la habitual y fuera de unidades monográficas.

La asistencia al SIDA en el momento actual en el Estado Español se caracteriza por estar basada casi únicamente en recursos hospitalarios ya de por sí sobrecargados. Únicamente se han planteado iniciativas innovadoras sobre el papel a desempeñar por el nivel primario de salud.

En países donde existe un nivel primario de salud público, accesible, y que contemple todos los aspectos globales del enfermar: asistencia, prevención, cuidado terminal, únicamente se puede requerir en ocasiones la creación de unidades de apoyo para la asistencia terminal o domiciliaria del SIDA<sup>29</sup>. Estas pueden depender del propio hospital de distrito o estar basadas en recursos comunitarios. En otros países con predominio de la práctica médica privada la opción habrá de ser libre<sup>30</sup>.

El *Bloomsbury Community Care Team*<sup>31-33</sup> (BCCT) en Londres es un ejemplo de integración de recursos para la atención al paciente de SIDA. Este grupo surgió tomando como referencia el modelo de asistencia oncológico y aporta a los pacientes apoyo emocional, físico, tratamiento sintomático y cuidado en la fase terminal las veinticuatro horas del día. El BCCT tiene una plantilla formada por consultores en cuidados paliativos, enfermeras, trabajadores sociales, bromatólogos y terapeutas ocupacionales, los cuales trabajan coordinadamente con el médico de atención primaria. Asimismo presta consejo y asesoramiento en estadios iniciales de la enfermedad. La evaluación de estos equipos ha puesto de manifiesto la utilidad de los mismos en orden a: disminuir la sobrecarga de los sistemas sanitarios, clarificar las necesidades psicofísicas de los pacientes y dotar a estos de un marco más humano en etapas finales de la enfermedad.

En el Estado Español, los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma Vasca<sup>34</sup> han sido pioneros en el planteamiento de la asistencia domiciliaria con participación de los equipos de atención primaria. El personal de enfermería<sup>35</sup> juega un papel fundamental en esta modalidad de atención.

El planteamiento conjunto y necesario del problema VIH/SIDA mediante la actuación coordinada de todos los niveles asistenciales con el imprescindible concurso de las ONG, requiere ciertas condiciones: 1. los servicios hospitalarios han de compartir, que no ceder, la atención de los pacientes. 2. los profesionales del nivel primario de salud han de poseer el adecuado nivel de conocimientos, actitudes y habilidades que les permitan enfrentarse a la enfermedad confiando en sus propias potencialidades y en la competencia de sus actuaciones, y 3. los pacientes deberán apreciar en esos profesionales el bagaje necesario para dicha atención.

**1.3 PAPEL DEL NIVEL PRIMARIO  
DE SALUD ANTE SIDA E  
INFECCION POR VIH.**

Las razones anteriormente mencionadas obligan a considerar el papel del profesional de salud más cercano a la población: la labor del médico de atención primaria en diferentes aspectos de la infección por el VIH<sup>37-55</sup>. Lógicamente una parte importante de la labor ha de localizarse en los hospitales y centros de investigación de alto nivel, pero no es menos cierto que la infección por VIH tiene una historia natural que comprende fases bajo la responsabilidad directa del nivel primario de salud<sup>56</sup>. Por parte de algún autor se ha sugerido que el SIDA es una enfermedad prototipo de ser abordada desde el nivel primario de salud y mediante un abordaje propio de la Medicina de Familia<sup>57</sup>. Ello obedece a la problemática social<sup>58,59</sup>, familiar<sup>60,61</sup>, preventiva<sup>62-64</sup>, y de cuidado en fase terminal<sup>65-66</sup>. La actuación del médico de atención primaria ante ésta enfermedad se ha de centrar en los siguientes puntos:

- educación sanitaria de la población<sup>67-69</sup>.
- extensión de la misma a todo tipo de colectividades: colegios<sup>70-72</sup>, empresas<sup>73</sup>.
- educación sanitaria a los grupos que comparten conductas de riesgo<sup>74-76</sup> estableciendo programas de actuación conjunta con agrupaciones ciudadanas, grupos de voluntarios y de autoayuda, y centros de deshabituación de toxicomanías<sup>77-84</sup>. Esta labor ha de garantizar su seguimiento clínico, impartiendo las normas preventivas adecuadas<sup>85</sup>, ofertando la realización de la detección de los marcadores serológicos VIH<sup>86-97</sup> con las normas éticas de confidencialidad, la integración de los aspectos preventivos y el estudio de su pareja si es su deseo<sup>98-101</sup>. Se requerirá en ocasiones el necesario apoyo psicológico<sup>102-106</sup>.
- evaluación y seguimiento clínico de infectados<sup>107-115</sup>. Los pacientes infectados que se hayan diagnosticado por los equipos de atención primaria o por el nivel hospitalario han de ser asesorados sobre generalidades en la promoción de la salud así como sobre las medidas tendentes a evitar la diseminación del VIH por cualquiera de las vías ya conocidas. Esta labor ha de ser asumida por los equipos de atención primaria (EAP). El médico de atención primaria ha de realizar el seguimiento clínico del infectado, sobre todo en su fase asintomática, dado que la mayor parte del tiempo estará residiendo en su medio habitual.
- identificación de pacientes que pertenezcan a colectivos que compartan conductas de riesgo en situación de portador oculto<sup>116</sup> del VIH.
- administración ambulatoria de las vacunas necesarias<sup>117-118</sup> y de medicación profiláctica<sup>119-121</sup>, con la colaboración del nivel hospitalario y bajo su asesoramiento mediante la elaboración de protocolos terapéuticos conjuntos. Ciertos medicamentos han probado su eficacia en orden a prevenir la aparición de enfermedades oportunistas como tuberculosis o micosis. Entre ellos destacan: isoniacida<sup>122-123</sup>, trimetoprim-sulfametoxazol<sup>124-125</sup>, pirimetamina, pentamidina aerosolizada<sup>126-128</sup>, anfotericina B, 5-fluorcitosina, y antivíricos como la zidovudina<sup>129-134</sup>. Su

administración ambulatoria evitará al paciente estancias hospitalarias permaneciendo integrado en su medio habitual.

- consejo para favorecer la prevención de la transmisión vertical<sup>135-137</sup>, sugiriendo la no conveniencia del embarazo, la posibilidad de interrupción del mismo<sup>138</sup> y la no utilización de la lactancia natural<sup>139</sup>, respetando siempre los deseos de los pacientes<sup>140-141</sup>.
- atención al paciente en fase terminal<sup>66</sup> y a sus familiares.
- formación continuada de profesionales del nivel primario de salud.

Se resalta la necesidad de que el seguimiento de los pacientes sea asumido por cada nivel asistencial reconociendo cada uno de ellos su papel y estableciendo mecanismos de colaboración: grupos de profesionales motivados, redacción de protocolos diagnóstico-terapéuticos conjuntos, establecimiento de contacto telefónico fluido, cursos y reuniones conjuntas.

El médico de atención primaria ha de reconocer los límites de su competencia y efectuar las interconsultas con el nivel especializado cuando así lo considere oportuno, brindando siempre la posibilidad de apoyo psicológico y/o psiquiátrico para el paciente y sus familias.

Existen diferentes grados de aproximación a la atención del VIH/SIDA en el nivel primario de salud, pero todavía existen dificultades para la asunción de las actividades clínico-asistenciales recomendadas. Salvo algunas excepciones en pocos países se está asumiendo de forma global la atención al paciente de SIDA como una tarea habitual por parte de los profesionales de atención primaria. Tampoco es menos cierto que el interés hacia éste problema por parte de dichos profesionales está aumentando paulatinamente.

La exposición de todos los datos anteriores lleva a la siguiente pregunta: ¿Por qué no ha asumido el nivel primario de salud en el Estado Español su protagonismo ante diferentes aspectos de ésta enfermedad?. Se detallan a continuación posibles causas:

- período transicional de la atención primaria en nuestro país inmersa en una amplia reforma mediante la sustitución de los antiguos consultorios por los modernos centros de salud y por la constitución de equipos de atención primaria (EAP) que todavía no han podido llevar a cabo su verdadero papel.
- divorcio existente entre la atención primaria de salud (APS) y el nivel hospitalario.
- desconocimiento de la verdadera historia natural de la enfermedad.

- creencia de que el SIDA es exclusivamente un problema de salud hospitalario.
- no existencia de personal preparado en APS para la atención a éstos pacientes.

Algunos autores<sup>30</sup> sugieren la creación de equipos de trabajo integrados por médicos de atención primaria interesados en el tema con la colaboración de consultores en enfermedades infecciosas y oncología, personal de enfermería y trabajadores sociales. Esta asistencia se prestaría sin detrimento de la atención a los problemas habituales de la población asignada a cada médico. Estos profesionales además del apoyo científico, técnico y material necesitarán en ocasiones, al igual que los colegas hospitalarios, estrategias tendentes a minimizar el impacto psicológico causado por el cuidado a estos pacientes.

#### **1.4 OBJETIVO DEL ESTUDIO.**

La tendencia futura de crecimiento del número de casos, la consideración de la historia natural de la enfermedad y el necesario y óptimo aprovechamiento de los recursos asistenciales llevan inexcusablemente a que todos los profesionales sanitarios se impliquen de alguna medida en la atención del VIH/SIDA.

Esta implicación ha de ser creciente en el ámbito del nivel primario de salud por ser éste el más accesible a la población y porque las misiones encomendadas a dicho nivel son perfectamente compatibles con las debidas a la atención del VIH/SIDA.

El objetivo general del presente estudio es valorar los niveles de conocimientos y opiniones sobre el SIDA, de los médicos de atención primaria del ámbito geográfico de la Comunidad de Madrid y su relevancia para la planificación de los recursos sanitarios.

Para ello nos hacemos la siguiente pregunta:

**¿Están los médicos de atención primaria preparados para asumir el reto de la atención a los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana?.**

Para responder a esa interrogante nos marcamos los siguientes objetivos específicos:

- valorar el nivel de conocimientos sobre el SIDA.
- establecer pautas sobre el comportamiento actual, interacción social y prejuicios de los médicos de atención primaria ante enfermos de SIDA.
- conocer el método de formación continuada seguido por dichos profesionales en relación con la infección por VIH.
- identificar opiniones sobre la atención primaria a pacientes de SIDA, así como el posible protagonismo de este nivel asistencial frente a la terapéutica de este proceso, identificando posibles dificultades y limitaciones.

- determinar la implicación actual de los profesionales de atención primaria en la asistencia al SIDA.

- proponer en relación con todo lo anterior un posible plan de actuación que contando con el conocimiento sobre la situación asistencial actual y la opinión de los profesionales permita adoptar las medidas planificadoras tendentes a garantizar que el nivel primario de salud participe en el proceso asistencial del VIH/SIDA.

## **2. MATERIAL Y METODOS**

**2.1 ANALISIS DE LA  
PERTINENCIA DEL ESTUDIO.**

Del análisis de la bibliografía consultada hasta la fecha se desprende que el problema planteado: "*Nivel de Conocimientos y Opiniones de los médicos de atención primaria ante el SIDA*" ha sido contestado y estudiado en otros países. No sólo se han estudiado éstos aspectos: conocimientos y actitudes sino también prejuicios, estigmatización e interacción social. En nuestro país se ha prestado poca atención a éste tema<sup>193</sup>. La tendencia progresiva del aumento del número de casos, las limitaciones asistenciales, el cuidado terminal y las tareas de prevención y educación sanitaria hacen que en todos los países se coloque al médico de atención primaria en un lugar fundamental ante ésta enfermedad.

Independientemente de que éste problema hubiera sido ya contestado en nuestro país y en otros, siempre tendría y tendrá interés la repetición de estudios similares con diversos intervalos temporales a fin de conocer las tendencias variables de los profesionales de la salud ante este problema.

Dada la creciente producción científica biomédica en general<sup>142-145</sup> y del SIDA en particular, dicha información se almacena en soportes informatizados. Estos soportes mejoran el acceso, y la optimización de las consultas, garantizando una gran rapidez. Dentro de éstas bases de datos documentales hay dos que merecen especial interés: acceso *on-line* y en discos ópticos, *compact disk read-only-memory* (CD-ROM)<sup>146-147</sup>.

a) Consulta *on-line*. Se trata de un método interactivo mediante el cual un usuario conecta su ordenador con un ordenador central accediendo a diferentes bases de datos.

b) Consulta mediante *cd-rom*. Se trata de un *compact disk* similar a los de audio pero que almacena información científica. Supera a la consulta *on-line* en rapidez, aunque necesita una instalación algo más sofisticada.

La creciente información sobre el SIDA y patología relacionada ha llevado a la creación de bases de datos específicas. Mediante consulta *on-line* se puede consultar además de Index Medicus, las bases de datos: *AIDS, AIDS LINE, Y AIDS Database*. Mediante *cd-rom* se accede a: *AIDS Information and Education Worldwide, AIDS Supplement y Compact Library AIDS*.

La consulta bibliográfica para este estudio se realizó a través de *cd-rom* mediante las bases de datos: "*Medline*"<sup>R</sup> e "*Inmunology & AIDS*"<sup>R</sup>. Se revisaron en una primera aproximación los discos correspondientes a los periodos: 1.981-primer trimestre de 1.991. Posteriormente se revisaron los discos ópticos de *Medline*<sup>R</sup> hasta mayo de 1.994.

La frecuencia de la enfermedad a estudiar es también un factor decisivo a la hora de valorar la pertinencia de éste estudio. En éste punto no debemos considerar únicamente el número de casos, en constante progresión, sino también la atención a los paciente infectados

por el VIH en sus diferentes estadios, los casos-SIDA, el cuidado familiar, en fase terminal, la problemática psicosocial, el asesoramiento, la prevención y la atención a cualquier demanda social generada por el SIDA: miedo, rechazo a infectados, y educación sanitaria de la población general.

Estudios realizados en la Comunidad de Madrid (CM)<sup>148</sup> preven una sobrecarga de las redes sanitarias en dicho territorio del 119% en el bienio 1990-1992, directamente relacionada con la atención al VIH/SIDA.

La suma de la sobrecarga debida al SIDA junto con la atención a la infección por VIH y su problemática relacionada hace que la presión asistencial sea mayor.

A fecha 30 de Septiembre de 1.993 se habían comunicado en España<sup>149</sup> 21.205 casos de SIDA, definición de los *Centers for Diseases Control* de 1.987, de los cuales correspondían a la CM un total de 5.088. De ellos y por conductas de riesgo, los usuarios de drogas por vía parenteral ocupan el primer lugar con 3.301 casos, seguidos a continuación de homo-bisexuales con 762 casos. El patrón epidemiológico de la infección por el VIH es en todo similar al presentado en el resto del Estado Español, es decir: una predominancia de las conductas asociadas a la drogadicción por vía intravenosa, seguidos de conductas de riesgo en homo-bisexuales. Se trata de cifras acumuladas desde 1.981. La CM ocupa el segundo lugar en cifras absolutas y el primero en cifras relativas (tasas de SIDA por millón de habitantes).

A fecha 30 de Junio de 1.994 se habían notificado al Registro Nacional<sup>149</sup> de SIDA un total de 25.775 casos acumulados. Desde el 1 de Enero de 1.994 comenzó a aplicarse a nivel de todo el Estado la nueva definición de caso de SIDA para la vigilancia epidemiológica en la región europea (*MMWR 1.987; 36, supl. n° 15: 1s-15s. y revisión en Europa 1.993. CE-OMS Centro Colaborador SIDA*). Esta definición amplía la relación de enfermedades indicativas de SIDA con tres procesos más (tuberculosis pulmonar, neumonías bacterianas recurrentes y cáncer invasivo de cuello uterino). Esta ampliación ha supuesto un incremento adicional del 26.1% del número de casos durante el primer semestre de 1.994, relacionado sobre todo con la tuberculosis.

La gravedad del SIDA se convierte en un hecho importante en cuanto a la pertinencia del estudio. La tasa de letalidad del SIDA en la Comunidad de Madrid es superior a la de España<sup>149</sup> (62% versus 45.4%). Esta alta letalidad junto con la ausencia por el momento de tratamientos curativos y de vacunas obliga a poner énfasis en los aspectos preventivos y en la participación de todos los niveles asistenciales<sup>150</sup>.

Por último es necesario valorar la vulnerabilidad del problema de salud en cuestión. El SIDA no es vulnerable en sí a los métodos curativos habituales, pero sí a las medidas preventivas sobre la población general y sobre los grupos que comparten prácticas de riesgo.

**2.2 ANALISIS DE LA VIABILIDAD  
DEL ESTUDIO.**

El análisis de la posible viabilidad de un estudio trata de responder entre otras a preguntas como la disposición de un número suficiente de sujetos para completar el estudio.

Los estudios que abordan una cuestión y responden a una metodología como la presente: conocer un determinado hecho a través de una encuesta o cuestionario postal, modificado en nuestro caso mediante correo interno de las Direcciones-Gerencias del Insalud, tienen el defecto de no conseguir todas las respuestas del universo analizado<sup>170-172</sup>. Diversas cuestiones no sólo técnicas sino también económicas y logísticas sugirieron la necesidad de abordar el estudio mediante encuesta postal. Se utilizaron diversas técnicas para garantizar en lo posible el mayor número de respuestas como:

- invitación a participar en el estudio mediante carta personalizada.
- respeto absoluto del anonimato para garantizar la ausencia del "sesgo de conveniencia social" o "respuesta de prestigio".
- asegurar la recepción de un resumen de los resultados a los encuestados.
- informar de la utilidad de la investigación a realizar.
- facilitar la comunicación y entrega de los cuestionarios cumplimentados para su posterior análisis.

Para conocer la población de médicos de atención primaria a estudiar se contactó con las direcciones médicas de atención primaria de las 11 Areas de Salud de la CM con el fin de solicitar su colaboración. Se requirió de dichas direcciones los siguientes datos:

- nombre de los médicos.
- centro de trabajo.
- dirección postal del mismo.
- ámbito de actuación: consultorio o equipo de atención primaria, urbano o rural.

Las variables personales como edad, sexo, experiencia profesional, y ámbito de trabajo son datos fácilmente mensurables y controlables si son facilitados por el encuestado.

La disposición de los recursos necesarios: humanos, técnicos y materiales es un factor crítico a la hora de estudiar la viabilidad de la investigación.

En cuanto a los recursos económicos estaba el derivado de la impresión de los cuestionarios, sobres y sellos, que en parte se palió mediante la utilización del correo interno de las Areas de Salud.

Un último hecho a valorar en materia de viabilidad sería la influencia de las consideraciones éticas. Estas han de ser analizadas desde una triple vertiente:

a) sobre los encuestados. Se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos procedentes del cuestionario. No se incluyeron en los cuestionarios claves identificativas ni de los que respondían ni de los que no lo hicieron. Se remitirá al final de la investigación, y una vez presentada la misma, un resumen informativo de los resultados a todos los profesionales.

b) sobre la administración sanitaria. El disponer de una aproximación al conocimiento y actitudes de los profesionales ante un problema de salud es una información útil para la administración sanitaria.

Por las propias características y objeto de la investigación junto con las obligaciones éticas consiguientes al estudio, las conclusiones, independientemente de su destino definitivo (publicación, congresos, tesis doctoral) serán presentadas públicamente y a la administración sanitaria.

c) sobre el propio autor. El autor del presente trabajo jugó el papel de intermediario entre la comunidad médica de medicina general de atención primaria de la CM y la administración sanitaria posibilitando el conocimiento de un problema de salud en particular.

A pesar de la utilización de recursos procedentes de las Areas de Salud y también del sector privado se intentó en todo momento garantizar la independencia profesional asumiendo las obligaciones debidas a la comunidad científica como investigadores.

Las consecuencias del conocimiento de los datos procedentes de este estudio pueden poner de manifiesto la necesidad de desarrollar programas de formación continuada sobre VIH/SIDA para los profesionales en ejercicio, como ya existen en otros países<sup>150-153</sup> y en algunas comunidades autónomas<sup>154</sup>. Otra probable consecuencia sería la necesidad de introducir en los currícula de ciertas especialidades de la profesión médica, sobre todo en las de más directo contacto con los pacientes, conocimientos acerca de la infección por VIH. Por último también puede derivarse la necesidad de incluir éste problema de salud en los estudios de pregrado<sup>11-15,155</sup>.

**2.3 DISEÑO Y JUSTIFICACION  
DE LA INVESTIGACION  
POR MEDIO DE ENCUESTA.**

Dentro de los sistemas de evaluación de los profesionales de la salud y de otros profesionales, los exámenes escritos juegan un papel muy importante.

Las especiales características de los profesionales de la salud han planteado desde siempre el interrogante sobre la validez de los exámenes escritos en sus diferentes variedades<sup>156-158</sup>. Pero, ¿sirven en realidad para demostrar la futura profesionalidad o son un mero ejercicio memorístico?

A favor de la existencia de éstos exámenes, generalmente pruebas de respuesta múltiple, se encuentra el concepto de fiabilidad o reproductibilidad de una encuesta. Probablemente la misma prueba servirá para decenas o cientos de examinandos y reproducirá los mismos resultados, aunque puede que se sacrifique el concepto de validez de la prueba, es decir si ésta servirá para los objetivos propuestos.

Si es difícil valorar las capacidades del médico en las tres vertientes de la taxonomía educativa médica: dominio cognitivo (conocimientos, interpretación y solución de problemas), dominio psicomotor (comunicación), y dominio afectivo (actitudes), todavía lo es más al valorar a los estudiantes o residentes que van a ejercer posteriormente en el nivel primario de salud<sup>159-160</sup>. Esto es debido a las especiales características de este nivel asistencial y de la práctica médica familiar: accesibilidad, competencia clínica, habilidad en comunicar, y atención al individuo, familia y comunidad.

El profesional de atención primaria en su quehacer diario adopta un modelo asistencial que tiende a integrar los aspectos preventivos con los asistenciales identificando en cada paciente situaciones potenciales de riesgo físico o social<sup>161-166</sup>.

Ante las dificultades señaladas anteriormente se han propuesto diferentes alternativas mediante la utilización de medios audiovisuales<sup>167</sup>, pacientes simulados o programas informáticos<sup>168</sup> con el fin de poder estudiar el aspecto más problemático: las habilidades o pautas que emplea el profesional en su relación diaria con el paciente. Estas alternativas van desde la realización de una exploración física, valoración de pruebas complementarias, y estudios radiológicos, hasta el consejo o educación sanitaria ante un paciente simulado junto con la valoración de problemas de salud en su vertiente psicológica.

Un estudio como el presentado desde éstas páginas debiera intentar en lo posible discriminar sobre el estado de la cuestión: ¿de qué conocimientos, opiniones y experiencia disponen los médicos de atención primaria de la Comunidad de Madrid para enfrentarse con éxito desde su ámbito asistencial a la pandemia del SIDA?

Con el cuestionario se ha intentado responder a dos únicos interrogantes, conocimientos y opiniones, ambos susceptibles de ser valorados mediante cuestionarios. El

aspecto de "*habilidades*" hubiera requerido la presencia de pacientes simulados o reales y su grabación audiovisual. La gran complejidad de éstos sistemas, y su difícil valoración escapan de las posibilidades de éste estudio.

Nuestro cuestionario postal se configuró a partir del estudio de cuestionarios ya publicados de los que se seleccionaron preguntas idóneas para responder a nuestros objetivos.

El cuestionario para investigar conocimientos y opiniones se ha elaborado teniendo en cuenta que en toda la bibliografía consultada, en relación con trabajos similares, se ha partido de qué interrogar sobre conocimientos no permite una validación como no fuera merced a la reiteración de las mismas preguntas. Evidentemente estas preguntas deberían ser modificadas en su expresión valorando la "consistencia interna" del interrogatorio. Ello, supone por tanto, una multiplicación de los ítem, aspecto poco práctico en los sondeos de opinión. Habida cuenta de que esto en ningún caso se ha realizado en el más de medio centenar de trabajos encontrados, y dado que en todos los casos el interrogatorio ha abordado esencialmente las mismas cuestiones, nosotros hemos elaborado el nuestro basándonos en el conjunto de todos y elaborando un trabajo piloto que nos ha demostrado la inteligibilidad y utilidad del cuestionario que hemos adaptado a nuestro medio a partir de la mencionada bibliografía. La prueba del cuestionario resultante se ha hecho a nivel de experiencia piloto con un grupo representativo del colectivo a encuestar.

El examen de los cuestionarios publicados reveló que, en general, unos se apoyaban en otros anteriormente publicados, intentando mediante las preguntas aproximarse a los objetivos de cada trabajo en concreto. Otros simplemente se limitan a referir en el apartado de metodología que su cuestionario concreto contiene las preguntas que han elaborado los autores y que tratan de cubrir las diferentes áreas de interés del cuestionario. Algunos autores<sup>206,270</sup> han construido sus propias escalas con el fin de medir ciertos aspectos que les resultaban de interés (homofobia, autopercepción de riesgo), no siendo esta metodología de utilización frecuente en todos los estudios consultados.

Ocasionalmente<sup>266,285</sup> las cuestiones sobre VIH/SIDA estaban camufladas entre otras preguntas, a pesar de tratarse del verdadero origen de la encuesta, con el fin, según los autores, de mejorar la tasa de respuesta.

En algunos estudios los autores realizaron una prueba piloto, al igual que hemos hecho nosotros, con el fin de verificar su inteligibilidad. En otros ni tan siquiera consta tal verificación.

Para el diseño de nuestro estudio se hicieron las consultas técnicas pertinentes a gabinetes profesionales, todo ello supervisado por los Directores de este trabajo. La

inestimable colaboración de las Direcciones-Gerencias de Atención Primaria del Insalud en Madrid permitió el correcto desarrollo del proceso de trabajo.

Para la redacción de las preguntas e introducción de las mismas en el cuestionario se partió de los conocimientos mínimos que en la opinión de diferentes autores deben tener los médicos de atención primaria sobre SIDA y VIH, adaptándonos a la realidad asistencial de nuestro país. Los contenidos han sido acercados e integrados con el perfil del médico de familia que es requerido en todos los países con el fin de cumplir su principal misión encomendada: ser el líder en salud de su comunidad.

El perfil del médico necesario para abordar de forma integral al SIDA, en sus aspectos más generales, coincide precisamente con el perfil del médico de familia necesario tanto para ésta enfermedad como para cualquier otra<sup>169</sup>. Exponemos a continuación los conocimientos, actitudes y habilidades necesarios en cualquier médico que se tenga que enfrentar a ésta enfermedad, y que en lo global coinciden con el asignado a la Medicina de Familia<sup>49-50,57</sup>:

**a) conocimientos requeridos.**

- ciencias de la conducta.
- epidemiología.
- conocimiento del trabajo social y de los recursos comunitarios.
- prevención de la infección por VIH.
- conocimiento de síntomas relacionados con el SIDA.
- tratamiento de infecciones que no requieran ingreso hospitalario.
- administración ambulatoria de medicación antiinfecciosa profiláctica de infecciones oportunistas.
- administración de vacunas necesarias.
- valoración de complicaciones de la gestación asociadas al VIH.
- utilización adecuada de la serología VIH como un recurso preventivo.
- obtención de historia de exposición al VIH.

- reconocimiento de los límites de su competencia efectuando interconsultas al nivel especializado.
- provisión de consejo sexual recomendando prácticas seguras.
- tratamiento y valoración adecuada de todos los problemas médicos o quirúrgicos que no requieran ingreso hospitalario y que se presenten en éstos pacientes.

**b) habilidad y experiencia para la comunicación en el ámbito del nivel primario de salud en relación al VIH/SIDA.**

- comunicación interpersonal.
- habilidad en diagnosticar y valorar correctamente signos y síntomas mal definidos que puedan estar relacionados o no con la infección por el VIH.
- capacidad de enfoque integral del binomio salud-enfermedad.
- utilización de análisis de decisiones clínicas.
- habilidad en el uso de métodos de prevención.
- trabajo en equipo con otros profesionales.
- atención familiar para atenuar el impacto de la enfermedad sobre la familia: información, cuidado en fase terminal, y situaciones de duelo.

**c) actitudes.**

- hacia el cuidado continuado.
- hacia el conocimiento de todos los pacientes y de sus problemas personales independientemente de la existencia de conductas social o éticamente no compartidas por el médico.
- hacia el respeto a los principios éticos: confidencialidad, solicitud de permiso, respeto sobre últimas voluntades y deseo de no emplear técnicas de resucitación agresivas.

- hacia la detección de pacientes en riesgo de cualquier problema de salud médico o social.
- tolerancia ante la frustración de asumir una entidad patológica devastadora para la que no existe vacuna ni tratamiento curativo.
- asumir el papel de interlocutor válido del paciente ante los diferentes niveles asistenciales sobre el tipo de asistencia a recibir.

Alguna de éstas premisas coinciden con el papel asignado a los médicos de atención primaria "tipo o ideales" necesarios en todos los países independientemente de su titulación o nivel académico: médicos generales, médicos de atención primaria o médicos especialistas en medicina de familia y salud comunitaria.

Se ha llegado a mencionar por parte de algunos autores que el SIDA por sus especiales características: clínicas, psicológicas, sociales, y de cuidado terminal, es una enfermedad prototipo de ser abordada en el nivel primario de salud y que requiere un abordaje propio de la Medicina de Familia<sup>49-50,53</sup>.

Las áreas principales que se ha pretendido investigar a través del cuestionario han sido:

- biología básica del VIH: células diana.
- epidemiología básica.
- vías de transmisión.
- historia natural de la enfermedad.
- solicitud correcta de los marcadores serológicos de la infección por VIH.
- consejos sobre disminución de riesgo para la infección por el VIH.
- administración de quimioprofilaxis.
- seguimiento clínico del infectado asintomático.
- alternativas asistenciales: papel del nivel primario de salud.
- derivaciones al nivel especializado.
- problemas psicológicos.

- cuidado del paciente en fase terminal.
- aspectos éticos.
- estigmatización y discriminación.
- educación sanitaria de la población general.
- cuidado social y uso de recursos comunitarios.
- prevención en profesionales en contacto con éstos pacientes.

Los conocimientos se intentan evaluar mediante el análisis de una prueba de respuesta múltiple. Las opiniones se intentan valorar a partir de las contestación a ciertas afirmaciones, utilizando respuestas similares a las empleadas en la escala de Lickert o de las evaluaciones sumadas (Lickert R.A. A technique for the measurement of attitudes. Arch. of Psych. 1.932: nº140). Ante ciertas preguntas sobre "*actitudes*" se plantean 5 ítem que van desde "*muy de acuerdo*" a "*totalmente en desacuerdo*". Mediante las opiniones se ha intentando analizar el componente cognoscitivo de las actitudes. Entendemos actitud como aquella disposición mental que orienta una acción, con una carga afectivo-emotiva, y que predispone a actuar en un sentido concreto. El componente cognoscitivo de las actitudes se refiere al grado de conocimiento, percepción, creencia, opinión y pensamiento que tiene un individuo hacia un objeto concreto.

Las preguntas se encuentran estructuradas en cinco apartados:

- **conocimientos**. Preguntas números: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13.
- **opiniones acerca de la implicación futura de la atención primaria en el VIH/SIDA**. Pregunta número: 15.
- **interacción social**. Pregunta número 10.
- **prejuicios**. Pregunta número: 11.
- **situaciones recientemente planteadas en relación al VIH/SIDA en las consultas de atención primaria**. Pregunta número 14.
- **modo de adquisición de conocimientos sobre el SIDA**. Pregunta número 16.

A la hora de elaborar las preguntas<sup>170</sup> de los cuestionarios, se valoraron los siguientes hechos:

- ¿Es útil introducir cierta pregunta?.
- ¿Disponen las personas encuestadas de la información necesaria para responder ésta pregunta?.
- ¿Influye la formulación de la pregunta sobre una respuesta en particular? ¿Es la formulación clara y/o ambigua?.
- ¿Influyen las preguntas precedentes sobre la futura respuesta de una pregunta en particular?.
- ¿Respetan las preguntas un orden psicológico, que va, por ejemplo, desde las más objetivas a las más subjetivas?.

Las preguntas se encuentran entrelazadas en el texto con el fin de controlar diferentes fuentes de error como la influencia de unas sobre las otras. Se ha intentado utilizar técnicas como la del "embudo" (sic) para pasar de aspectos generales a particulares e ir incrementando progresivamente la complejidad y problemática de las mismas, colocando las más conflictivas en la parte central del texto. Para controlar el así llamado "efecto de conveniencia social" o "respuesta de prestigio" se introdujeron en un primer momento preguntas similares con diferente formulación en distintos lugares del cuestionario (preguntas de consistencia). El excesivo número de preguntas resultante desaconsejó ésta técnica, sacrificando el control de dicho sesgo en aras de una mayor y mejor cumplimentación del cuestionario al disminuir el número de preguntas. La estructura del cuestionario se desarrolla en la figura 1.

Las etapas en la elaboración del cuestionario fueron las recomendadas habitualmente<sup>171</sup>:

- decisión sobre la información a investigar.
- decisión sobre el tipo de cuestionario que mejor se adaptara a la información a recoger.
- redacción de un primer borrador.
- examen del borrador y revisión de las preguntas.
- prueba piloto con cuestionario construido a partir del conjunto de encuestas publicadas al respecto.

- redacción definitiva del cuestionario.

Estas etapas se desarrollan en la figura 2.

¿Por qué nos inclinamos hacia un cuestionario escrito y no hacia otra técnica?. El cuestionario escrito y autoadministrado tiene como principal problema la excesiva rigidez de las respuestas. Con respecto a las ventajas, coloca a todos los sujetos encuestados en la misma situación psicológica, asegura comparabilidad de las respuestas, facilitando el examen y procesamiento. Otras ventajas adicionales son la garantía del anonimato al eliminar el sesgo del entrevistador asegurando potencialmente una mayor veracidad de las respuestas<sup>171</sup>.

Respecto al tipo de preguntas, abiertas o cerradas, decidimos inclinarnos por el tipo de pregunta cerrada, ya que requiere menor tiempo para su contestación y genera una más rápida codificación. Para no obviar las impresiones de los encuestados se incluyó en el cuestionario un lugar apropiado para las sugerencias o aportaciones que juzgaran de interés sobre el tema. Dado que se trataba de que los entrevistados expresaran su acuerdo o desacuerdo con un determinado punto de vista se optó, por las preguntas cerradas.

En cuanto a la forma de remitir el cuestionario se utilizó el correo, modificado en nuestro caso mediante la utilización del correo interno del propio Insalud. Se estimó tanto por el autor, como por los directores del trabajo que las ventajas aparejadas y la relación costo/beneficio era aceptable. Entre las ventajas del cuestionario postal destacan: menos costos que la encuesta personal, posibilidad de tener altas tasas de respuestas en preguntas conflictivas al obviar la presencia del entrevistador, accesibilidad más fácil a individuos muy ocupados, posibilidad de consultar, y tiempo de respuesta más largo. Entre los inconvenientes se destacan: una tasa de respuesta en general baja, la posibilidad de perder cuestionarios, la imposibilidad de controlar el orden de las respuestas, la brevedad lógica que ha de tener el cuestionario, la dificultad en cumplir los plazos previstos, el gasto derivado de cartas recordatorias, y el desconocimiento de la identidad del entrevistado<sup>170-171</sup>.

Por último no se pueden olvidar las ventajas económicas de un cuestionario postal remitido a los encuestados en contraposición al despliegue de recursos que lleva aparejada la formación de entrevistadores y el acceso a los encuestados.

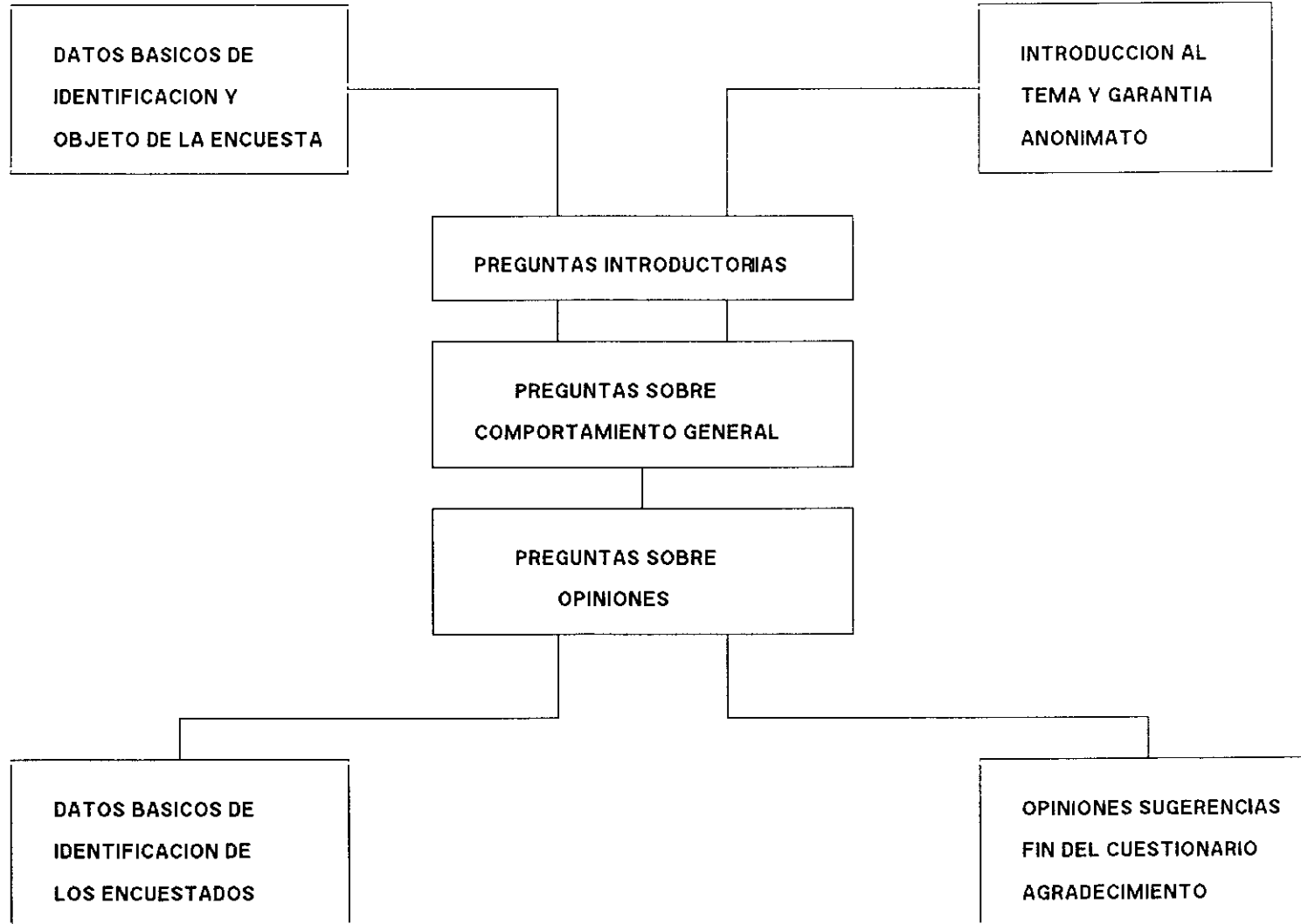


Fig. 1 Estructura del cuestionario.

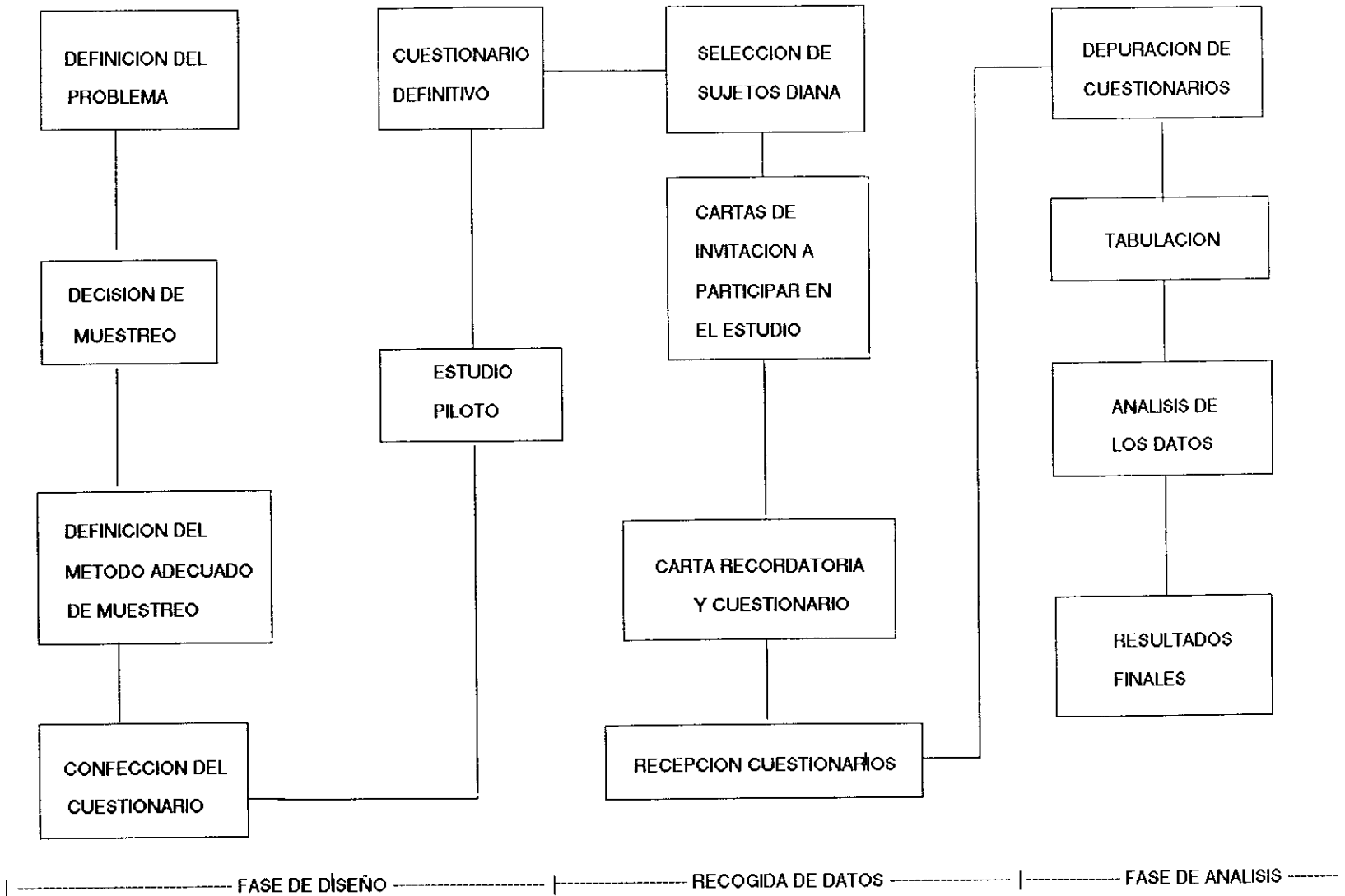


Fig.2 Proceso de investigación por encuesta

## **2.4 POBLACION DE ESTUDIO**

#### **2.4.1 DEFINICION Y SELECCION.**

La Comunidad de Madrid (CM) se encuentra dividida en 11 Áreas de Salud según su Mapa Sanitario (BOCAM nº 280 de 24-11-1.988, por Decreto 117/1.988 de 17 de Noviembre a propuesta de la Consejería de Salud de la CM).

Las Áreas de Salud son las siguientes:

- AREA 1. SUR-ESTE.
- AREA 2. CENTRO-NORTE.
- AREA 3. ESTE.
- AREA 4. NORTE-ESTE.
- AREA 5. NORTE.
- AREA 6. OESTE.
- AREA 7. CENTRO-OESTE.
- AREA 8. SUR-OESTE I.
- AREA 9. SUR-OESTE II.
- AREA 10. SUR I.
- AREA 11. SUR II.

Cada área integra en su caso ámbito urbano y rural, no existiendo ningún territorio de la CM que no esté adscrito a ninguna de ellas.

Las 11 Áreas de Salud se dividen en 34 Distritos Sanitarios, y éstos a su vez en 219 Zonas Básicas de Salud (zbs), a las cuales corresponden barrios determinados, secciones o municipios. Según la Ley General de Sanidad (LGS) a cada Zona Básica le corresponden de 5-25.000 habitantes. La Zona Básica de Salud es la unidad o ámbito de actuación del equipo de atención primaria (EAP). Este nuevo modelo asistencial integra en el centro de salud a diferentes profesionales de la salud: médicos, pediatras, personal de enfermería, y trabajadores sociales, mediante una metodología común de trabajo orientada a la asistencia integral preventiva, curativa y rehabilitadora, educación sanitaria y participación comunitaria.

A las áreas ya mencionadas se encuentran adscritos todos los médicos que prestan sus servicios en el nivel primario de salud del sistema sanitario público.

Los profesionales médicos del nivel primario de salud de la CM, dependientes del Instituto Nacional de la Salud (Insalud), pertenecen a dos modelos asistenciales perfectamente diferenciados. De un lado, mayoritario en el momento del estudio, se encuentran los consultorios o ambulatorios tradicionales donde el médico general presta servicios asistenciales de presencia física durante 2 horas y media atendiendo la urgencia domiciliaria de sus pacientes hasta las 17 horas. La norma de ésta asistencia es la práctica ausencia de sistema de registros, historia clínica, actividades preventivas, proveyendo únicamente de cuidados curativos. Se trata del nivel asistencial que goza del menor prestigio profesional ante la sociedad y ante los

mismos profesionales. El origen de estos es variado, y pocos tienen capacitación de postgrado en atención primaria de salud. Según datos de la Dirección Provincial del Insalud la cobertura de la población de la CM con este modelo asistencial era del 61% en 1989, y del 53% en 1990.

El nuevo modelo asistencial basado en los equipos de atención primaria (EAP) está integrado por médicos y personal de enfermería. Estos profesionales prestan atención integral en horario continuado de 7 horas diarias. En estos EAP se integran las actividades asistenciales junto con las preventivas, atención domiciliaria, docencia interna y externa, y actividades programadas y protocolizadas.

La regla de este modelo asistencial es la utilización de registros sanitarios como la historia clínica familiar. El origen de los profesionales médicos de los EAP es predominantemente el concurso-oposición para plazas de medicina general, de pediatría-puericultura y de enfermería.

Respecto a los médicos generales (MG), objeto del estudio, un gran número de los que ocupan plazas de MG en los EAP tienen formación postgraduada por vía MIR en medicina de familia y comunitaria, otros tienen formación postgraduada en otras especialidades y el resto procede de la integración de profesionales de los consultorios al nuevo modelo asistencial. Se trata de un sector en continuo desarrollo que una vez superados diversos problemas en su funcionamiento será atractivo para los futuros profesionales y que gozará de un creciente prestigio. La cobertura de la población por EAP era del 39% en 1989, y del 47% en 1990, según datos de la Dirección Territorial del Insalud en Madrid.

El estudio que se expone desde estas páginas trata de conocer el nivel de conocimientos y opiniones sobre el SIDA, de los médicos de atención primaria (medicina general), esto es, que tienen una población asignada que identifica a dicho profesional como su médico de cabecera a partir de los 7 años de edad. Se ha excluido a los profesionales que prestan asistencia a la edad pediátrica (0-7 años) por ser su implicación en la infección por VIH más marginal en comparación con los MG. También se han excluido del estudio a los médicos del nivel primario de salud adscritos a los servicios de urgencia extrahospitalaria por entender que esta actividad es generalmente puntual y que no tienen pacientes asignados. El universo está formado por tanto por los profesionales médicos de ámbito rural y urbano que presten sus servicios en el modelo tradicional y en los EAP.

Por tanto, la población de estudio es:

**MEDICOS GENERALES DEL NIVEL PRIMARIO DE SALUD QUE PRESTAN SUS SERVICIOS EN CONSULTORIOS O EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD EN EL AMBITO GEOGRAFICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID.**

#### **2.4.2 TAMAÑO.**

Al comienzo del estudio (Abril de 1991) se solicitó de la dirección de cada Area de Salud el nombre y dirección del centro de trabajo de todos los médicos generales adscritos a ese área. Se excluyeron del estudio a los médicos de cabecera del Area de Salud 4 (Norte-Este) por haber realizado ya un cuestionario sobre VIH/SIDA. Este estudio<sup>278</sup>, contenido en el Addendum, fue publicado y dado a conocer en 1.992.

El censo de profesionales de Medicina General del nivel primario de salud en el Insalud de Madrid alcanzaba un total de 2.193 para 10 Areas de Salud, excepción hecha de los profesionales del Area de Salud 4, y de los participantes en la validación del cuestionario.

Si tenemos presente, que no existía información válida que nos permitiera tener una estimación de la proporción de los médicos con mayores o menores conocimientos sobre el SIDA, ni sobre la buena o mala disposición de estos médicos ante los problemas que conlleva la asistencia a enfermos de SIDA, deberemos enfrentarnos al caso más desfavorable para calcular el tamaño muestral. Esto es, asignar a p y q el mismo valor 0.5. Por otro lado si el margen de error aceptable es del 5%, y dado que el universo a encuestar lo conforman un total de 2.193 médicos, el mínimo número de encuestados ascendería a 570 médicos, calculado según las técnicas habituales de muestreo y la siguientes fórmula:

$$n \geq \frac{1.96^2 N P_y (1-P_y)}{(N-1) E^2 P_y^2 + 1.96^2 P_y^2 (1-P_y)}$$

Donde:

N= universo.

n= muestra.

P<sub>y</sub>= probabilidad de encontrar el suceso buscado. En este caso 0.5 (50%).

E= error muestral que se está aceptando. En este caso estimado en el 5%.

Se trató de una oferta a todos los MG de la CM, no planteándose en ningún momento la extracción de una muestra aleatoria ni estratificada. Las razones para la elección de dicho diseño, a criterio del autor, una vez hechas las consultas pertinentes y supervisado por la Dirección del trabajo, son las siguientes:

- la gran heterogeneidad de los individuos a estudiar: edad, sexo, grado de cualificación profesional, ámbito de actuación, y modalidad de relación laboral (personal estatutario fijo, interino, suplente o contratado).
- la incapacidad teórica de seleccionar una muestra representativa, dado que el propio Insalud no tiene porque conocer necesariamente en sus plantillas la posible especialización, y formación específica en Atención Primaria. En el momento actual esta formación no se juzga como imprescindible para el acceso a las plazas de MG de los EAP. Existen situaciones llamativas como el hecho de que en un mismo centro de trabajo la mitad de los profesionales médicos dependieran en aquel momento de un Area de Salud y el resto de otra. De otro lado parecía conveniente no solicitar a las direcciones de las Areas de Salud datos muy exhaustivos sobre su personal, los cuales en ocasiones no podrían ser facilitados, y que podrían provocar no pocas reticencias hacia el objeto final de ésta investigación.
- la complejidad de la información a obtener, y el diferente grado de actitud que pueden mantener los encuestados como profesionales y como ciudadanos<sup>171</sup>.

En todo momento se garantizó la absoluta reserva de los datos y el anonimato de los encuestados. No se realizaron posteriores recaptaciones, dado que no se incluyó en los cuestionarios ningún tipo de clave de identificación.

Era económicamente factible la oferta del cuestionario a todo el universo del estudio habida cuenta de que únicamente se trataba de 2.193 individuos. Al utilizar el correo postal modificado de las Areas de Salud se obviaban diferentes costes, no suponiendo un gran desembolso la reprografía de todos los cuestionarios y los sobres que contenían a los mismos.

El bajo número de respuestas que se obtiene de encuestas postales en nuestro país<sup>172</sup> aconsejaba a la hora de extraer una muestra significativa, en caso de haber seguido esa metodología, seleccionar un número nada despreciable de encuestados en reserva ante posibles contingencias.

**2.5 VARIABLES.**

Las variables de persona a encuestar a fin de proceder al análisis de conocimientos y opiniones sobre la infección por VIH/SIDA de los médicos de cabecera del Insalud en la Comunidad de Madrid son:

- Edad.
- Estado civil.
- Sexo civil.
- Hijos.
- Año de finalización de la licenciatura.
- Area de Salud de actuación.
- Ambito de actuación (rural o urbano).
- Plaza en propiedad.
- Especialidad o especialidades médicas.

Todas ellas se relacionarán con las contenidas en el cuestionario elaborado según lo referido en páginas anteriores, y referidas a: conocimientos, opiniones, interacción social, prejuicios, situaciones recientemente planteadas en relación al VIH/SIDA, y modo de adquisición de los conocimientos sobre el SIDA.

## **2.6 DATOS.**

**2.6.1 HOJA DE RECOGIDA  
DE DATOS.**

En anexo 5 se adjunta la hoja de recogida de datos del cuestionario. El encuestado ha de señalar con una X o con un círculo en el recuadro de datos de filiación, opinión, y conocimientos.

Asimismo se dispone de un espacio en blanco a fin de que el encuestado si lo cree conveniente exprese por escrito sus sugerencias, opiniones o impresiones.

**2.6.2 METODOS DE ENTREGA Y  
RECOGIDA DEL CUESTIONARIO.**

Una vez conocido el nombre y dirección de trabajo de los MG a encuestar, facilitado por las direcciones de las Areas de Salud, se remitió a dichos profesionales una carta de presentación firmada por el autor invitándolos a participar en el mismo, explicando el objeto del trabajo y la utilidad futura de los resultados.

Diez días después se remitió a los profesionales una nueva carta que ya incorporaba el cuestionario y donde se recordaba el objeto de la investigación.

El estudio se inició el 2 de Noviembre de 1991 con la siguiente cronología:

- primer envío: 2 de Noviembre de 1.991. Cartas de invitación.
  
- segundo envío: 12 de Noviembre de 1.991. Cartas de recuerdo y cuestionario.
  
- fin de recogida de encuestas: 15 de Enero de 1.992.

Tanto las cartas como las encuestas fueron remitidas a los encuestados a través del coordinador del EAP o enfermera adjunta del consultorio, vía técnico de salud pública del Area de Salud.

Para la prueba piloto de la encuesta se tomó un grupo de 30 profesionales médicos de atención primaria representativos del colectivo médico. A ellos se les remitió previamente la encuesta para su cumplimentación, animándoles a que comunicaran cualquier defecto metodológico existente en la misma, así como dificultades en la interpretación de las preguntas o en la redacción de las mismas. Sus sugerencias y opiniones se tuvieron en cuenta y sirvieron para mejorar la redacción de algunas preguntas<sup>170</sup>.

Una vez realizada la redacción definitiva del cuestionario no se remitió el mismo a los profesionales que habían participado en la validación.

Este estudio se realizó con la colaboración en el envío y recogida de las encuestas por parte del correo interno de las Areas de Salud. Esta modalidad consiste en la utilización del correo existente entre las direcciones de Area y los consultorios y centros de salud. Se entregó al técnico de salud pública del Area, responsable de docencia e investigación, los

correspondientes cuestionarios en sobres dirigidos a cada profesional. Los celadores distribuyeron éstos a cada centro, y allí los responsables del mismo: coordinador médico o enfermera adjunta los entregaron a los médicos. Una vez cumplimentados seguían el camino inverso, iniciándose entonces el procesamiento de la información. Este método abarató costes, facilitando además la tarea de cumplimentación y devolución del cuestionario al entregarlo en el mismo lugar de trabajo. Aún cuando este sistema también tiene sus contrapartidas, la notable participación de los encuestados hace pensar que han colaborado por la importancia que tiene el tema en sí y para facilitar datos necesarios para una adecuada planificación de los recursos asistenciales del nivel primario de salud.

**2.6.3 TRATAMIENTO AUTOMATIZADO  
Y ESTADISTICO DE LOS DATOS.**

La información se obtuvo mediante cuestionarios autoadministrados, estructurados y precodificados. Una vez recibidos y revisados los mismos se procedió a introducirlos en una base de datos creada a tal efecto. Este proceso fue realizado por profesionales pertenecientes a una empresa de tratamiento automatizado de información. Los datos recogidos se codificaron en forma de fichero para su posterior análisis estadístico en un ordenador IBM P/System 2.

El análisis de los datos se realizó determinando la frecuencia absoluta y relativa de cada una de las variables y de las respuestas, estimando la significación de las diferencias encontradas mediante la prueba de la chi al cuadrado. Se efectuó la corrección de Ku (Ku, H.H. A note on contingency tables involving zero frequencies and the zi test. *Tecnometrics* 1963; 5: 398-400), para estimar las bajas frecuencias en las celdas de las tablas de contingencia. El nivel mínimo de significación estadística se estableció en  $p < 0.05$ . Asimismo se han analizado los datos mediante el análisis de correspondencia.

El análisis de correspondencia<sup>175</sup> es una técnica de análisis multivariado en la que las tablas de frecuencia son convertidas en un esquema gráfico en el que filas y columnas son interpretadas como puntos. Se trata de un método para comparar proporciones entre filas y columnas, y que resume el espacio de líneas y columnas en un espacio de menor dimensionalidad. El análisis de correspondencia trata las filas y las columnas de la matriz de datos de la misma forma, creándose entre ambos conjuntos de datos una relación biunívoca.

Matemáticamente el análisis de correspondencia descompone una medida de asociación para la tabla, que es proporcional a la chi al cuadrado, y que es llamada *inercia*, en ciertos componentes de una forma similar al análisis de los componentes principales en el caso de variables continuas.

El análisis de correspondencia aplicado a grupos amplios de variables o indicadores permite representar a éstos por medio de unas nuevas "*variables*" o "*factores*". El resultado final sería una reducción sustancial del número de variables, y una representación gráfica que ilustra las interrelaciones entre variables.

Para el procesamiento de los datos se utilizó un ordenador personal marca IBM PS/2 50Z y los siguientes paquetes estadísticos: Barbro<sup>R</sup>, para la tabulación básica de la información, y BMDP<sup>R</sup> (BMDP Statistical Software. Los Angeles, Ca: University of California Press, 1990) para el resto de cálculos.

### **3. RESULTADOS.**

**3.1 RESULTADOS.  
REVISION BIBLIOGRAFICA  
COMO REFERENCIA  
PARA LOS RESULTADOS.**

Con el fin de contrastar nuestros resultados se procedió a la correspondiente revisión bibliográfica efectuada mediante búsqueda automatizada con *cd-rom (Medline<sup>R</sup>)*. Por medio de ella se identificaron un total de 29 estudios que abordaban de alguna forma el tema objeto de investigación. El período de búsqueda contempló todos los estudios desde 1.981 hasta el primer trimestre de 1.991. Nueve estudios más se localizaron fuera de la búsqueda automatizada por ser citados en la bibliografía de algún otro trabajo. La bibliografía consultada, está referida, por tanto, a los estudios que se habían publicado en la época en que se distribuyó el cuestionario.

En total se consultaron 38 estudios<sup>8,176-212</sup>, relativos a SIDA y atención primaria de salud, de los cuales únicamente uno se refería a médicos de atención primaria de España. Otro también realizado en el estado español se dirigió únicamente a profesionales del ámbito hospitalario. La distribución de los países de origen fue la siguiente: 20 procedían de Estados Unidos, 11 del Reino Unido, 2 de Nueva Zelanda, 1 de Cánada, 1 de Australia, y 1 de Dinamarca.

En este conjunto predominaban por tanto los estudios de origen anglosajón pudiendo atribuirse este hecho a que en ese ámbito se identificaron los primeros casos de VIH/SIDA, y por tanto dichos sistemas sanitarios pudieron ser antes afectados por toda la problemática que rodea a esta enfermedad, debiéndose admitir además, dado el prestigio del que gozan los médicos de cabecera en éstos países, que sus métodos y afirmaciones pueden ser tenidos en cuenta en la lucha contra el SIDA.

La revisión de las características epidemiológicas del VIH/SIDA en los medios donde se han realizado dichos estudios pone de manifiesto que los sanitarios atienden allí preferentemente a pacientes homosexuales, seguidos de los consumidores de drogas por vía parenteral. Este patrón epidemiológico es el predominante en Estados Unidos, Cánada, Australia, y Europa Occidental. En contraposición, el patrón de los países del sur de Europa coloca en España, Italia y sur de Francia a los usuarios de drogas por vía parenteral en primer lugar.

Es por tanto lógico pensar que algunos aspectos de la práctica asistencial difieran en los países según el patrón epidemiológico imperante. Algunos estudios han detectado mayores tasas de adherencia a los tratamientos y cuidados en pacientes homosexuales que en usuarios de drogas, aunque estos últimos en estadios avanzados de la enfermedad puedan mostrar también tales características. Ciertos hechos, en ocasiones asociados al fenómeno de la drogadicción, evidentemente pueden no ser del agrado de los profesionales sanitarios. El número de estudios realizados en dichos países anglosajones, si el predominio de casos de SIDA en los mismos fuera entre drogadictos, hubiera sido, en nuestra opinión, distinto.

Es asimismo llamativo el no haber localizado ninguna investigación similar, y realizada en el mismo período de tiempo, en los países del sur de Europa donde las conductas asociadas a la drogadicción están directamente relacionadas con los casos de SIDA. Dichos países: Francia, Italia y España ocupan los tres primeros lugares de Europa tanto en números absolutos como en tasas de crecimiento anual. Esta situación puede obedecer tanto al mismo hecho del origen de los pacientes, como al poco peso específico del nivel primario de salud en contraposición con el nivel hospitalario. Si la atención primaria de salud tiene poca trascendencia en el sistema sanitario evidentemente no será vista como un recurso útil ni para el SIDA ni para otros problemas de salud.

Únicamente en España, más concretamente en Cataluña, se detectó una encuesta dirigida a una muestra de médicos de atención primaria de dos sectores sanitarios del Institut Català de Salut<sup>193</sup>. Dicha encuesta estaba limitada únicamente a investigar entre dichos profesionales los siguientes aspectos: sus puntos de vista sobre la posibilidad de contener la extensión del VIH, el valor de las pruebas serológicas, y las medidas para evitar el contagio del personal sanitario.

Asimismo se identificó una investigación<sup>209</sup> realizada en España sobre una muestra de 491 médicos con ejercicio hospitalario. En ella se intentaba conocer diferentes aspectos acerca de las actitudes sociales ante el SIDA de dichos profesionales. Las características diferenciales del aludido estudio radicaban en que la encuesta se realizó únicamente sobre profesionales hospitalarios, y sobre aspectos del SIDA referidos a pacientes toxicómanos. La recogida de información se hizo entre el 15 de Diciembre y el 23 de Enero de 1989, aspecto este que puede no hacer extrapolables las conclusiones de dicho estudio a la situación actual de la asistencia del SIDA. También el colectivo de estudio: sanitarios hospitalarios, hace difícil la generalización de conclusiones a profesionales de otros ámbitos asistenciales.

A lo largo de 1.991 y 1.992 se ha producido en el nivel primario de salud del Estado Español un cierto interés sobre el VIH/SIDA. Prueba de ello son estudios publicados, que aunque no comparten el objetivo de este, investigan diferentes aspectos de la enfermedad y su relación con atención primaria, amén de jornadas, cursos, y seminarios. A pesar del momento transicional que vive el nivel primario en nuestro país, cabe esperar que en un futuro próximo, los profesionales de dicho nivel asistencial asuman como habitual el manejo de ciertas etapas y aspectos del VIH/SIDA. Este deseo es auspiciado por la Administración Sanitaria Central (Ministerio de Sanidad y Consumo), que procedió en 1.992 a suscribir entre dicho departamento y el Instituto Nacional de la Salud un *"Convenio para el Desarrollo de Acciones Específicas en Prevención y Control del SIDA"*. Dicho convenio se desarrolla mediante un programa específico: *"Programa Marco de Atención Integral a la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana" (PAIVIH)*. Este programa coloca como eje fundamental de la asistencia la labor de los profesionales de atención primaria en el marco del Insalud, gestión directa.

Con respecto a los estudiantes de pregrado se han identificado diferentes estudios procedentes de Estados Unidos<sup>215-218</sup> y dos realizados en la Facultad de Medicina de Valladolid<sup>219-220</sup>, publicados antes de la realización de nuestra investigación. Todas las series ponen de manifiesto la imprescindible introducción en los planes de estudio de diferentes profesiones sanitarias de módulos de enseñanza sobre conocimientos y actitudes ante el VIH/SIDA. La enseñanza no sólo ha de abordar los aspectos estrictamente médicos sino también las actitudes, interacción social, prejuicios y condiciones de bioseguridad.

Simultáneamente a la redacción de los resultados del estudio se realizó una nueva búsqueda bibliográfica hasta el disco óptico (*Medline*<sup>®</sup>) que comprendía desde Enero hasta Mayo de 1.994. Asimismo se localizaron otros estudios fuera de la búsqueda automatizada.

Se encontraron un total de 24 estudios<sup>265-288</sup>. La distribución de los países de origen fue la siguiente: Estados Unidos (11), Francia (1), España (2), antigua Unión Soviética (1), Portugal (1), Austria (1), Canadá (1), Filipinas (1), Holanda (1), Hungría (1), República China (1), y un estudio multicéntrico realizado en Estados Unidos, Canadá y Francia. Se consultó además un estudio sociológico de opinión realizado en la Comunidad de Madrid referido al "Discurso de profesionales sanitarios en relación a la infección por VIH/SIDA". Esta investigación<sup>286</sup> tenía una orientación preferente hacia las opiniones de los sanitarios con ejercicio en instituciones hospitalarias, y por su propia metodología, discurso de opinión, no es en nada comparable a nuestro estudio.

Los estudios publicados hasta Mayo de 1.994 están sobre todo destinados a conocer: grado de implicación asistencial presente o futura sobre el SIDA, número de pacientes conocidos, tratados o a los que se ha realizado la serología VIH.

Los estudios procedentes de Estados Unidos ponen énfasis en el posible grado de colaboración futura en el seguimiento clínico por parte de los actuales médicos residentes, aspecto éticos, y repercusiones económicas sobre la práctica asistencial privada de los médicos. En un estudio<sup>288</sup> realizado en Carolina del Sur se investigaron los incentivos solicitados por los médicos de familia para atender de forma reglada a los pacientes de SIDA de forma ambulatoria. Estos incentivos reclamados fueron: formación específica sobre VIH/SIDA, coordinación de recursos, y apoyo de estructuras sociales y comunitarias.

Aparecen ya estudios realizados en Francia<sup>267</sup>, Hungría<sup>273</sup>, República China<sup>274</sup>, Holanda<sup>275</sup>, antigua Unión Soviética<sup>276</sup>, España<sup>278-279</sup>, Portugal<sup>280</sup>, Austria<sup>281</sup>, y Filipinas<sup>282</sup>. La aparición de éstos estudios parece consecuencia de:

- el crecimiento en el número de casos y la extensión de la enfermedad. Esta situación puede ser más patente en países asiáticos y del este de Europa.

- la sobrecarga asistencial del nivel hospitalario observada en países en los que se empieza a detectar un crecimiento del número de casos y que obligará en un futuro al planteamiento de otras alternativas asistenciales.
- la necesidad de realizar análisis de situación acerca de conocimientos y actitudes de profesionales sanitarios sobre el VIH/SIDA.

Los dos estudios<sup>278-279</sup> realizados en España han sido realizados en Madrid y Palma de Mallorca sobre personal sanitario (médicos y enfermeros) y no sanitario (trabajadores sociales) del nivel primario de salud.

El estudio realizado en Madrid<sup>278</sup> investigó el número de pacientes VIH/SIDA atendidos, motivos principales de consulta, educación sanitaria impartida, y aspectos relativos a la formación. Los datos más importantes radican en el acuerdo mayoritario de los encuestados en recibir formación específica sobre el SIDA, la frecuencia con que se atendían a los pacientes VIH/SIDA desde el nivel primario de salud, así como la escasa actividad asistencial domiciliaria para con éstos pacientes. Este estudio postal tuvo una tasa de respuestas del 48%, y fue distribuido entre los profesionales del Area Sanitaria nº4 de Atención Primaria de Madrid, razón por la cual no enviamos nuestro cuestionario a estos profesionales, a pesar de que los objetivos, metodología, y preguntas eran radicalmente distintos. Era posible que el número de respuestas fuera muy escaso habida cuenta de la repetición de encuestas del mismo tema en un período de tiempo corto.

El estudio realizado en Palma de Mallorca<sup>279</sup> investigó el conocimiento sobre mecanismos de transmisión, actitudes ante problemas asistenciales concretos en pacientes seropositivos al VIH, y opiniones sobre al ámbito asistencial más adecuado. La tasa de respuesta fue del 81.3%. Es necesario mencionar que el cuestionario fue distribuido en el propio centro de salud en el seno de una sesión clínica planteándose la cumplimentación simultáneamente a su distribución por parte de los autores. La comparación de los datos de este estudio con los de nuestra investigación no arroja grandes diferencias, a pesar de incluirse diferentes estamentos profesionales. Los encuestados plantean que el seguimiento clínico de los pacientes seropositivos se realice en el nivel primario y el de los pacientes que reúnan criterios de caso SIDA en el ámbito hospitalario.

De todos los estudios consultados únicamente cuatro<sup>189,207,210,269</sup> de ellos no utilizaron el cuestionario postal, sino que los médicos fueron entrevistados por medios telefónicos. El bajo número de estos trabajos y la comparabilidad de las preguntas realizadas aconseja que sean introducidos en nuestra discusión y comparación de resultados.

**3.2 RESULTADOS.**  
**CONSIDERACIONES DESCRIPTIVAS**

Para la realización de este estudio se remitieron un total de 2.193 encuestas con la distribución por áreas, modalidad de asistencia, grupos etarios y características profesionales que se detallan a continuación.

Una vez remitidos los cuestionarios se conocieron datos sobre 5 encuestas cuyos destinatarios no se encontraban en el centro por diferentes motivos: jubilación o amortización de la plaza. Asimismo 18 encuestas llegaron fuera del plazo marcado para comenzar el procesamiento, no siendo por tanto incluidas.

En algún cuestionario recibido los encuestados mostraron por escrito su malestar porque en él se contenían datos demográficos y profesionales, argumentando que con los mismos se les podría identificar, extremo con el que nunca se contó, al tratarse de una encuesta totalmente anónima. No se puede desestimar una posible falta de colaboración por el miedo o respeto a facilitar datos que puedan denotar ciertos conocimientos o actitudes hacia una enfermedad en particular rodeada de un halo de problema social.

Si se hubiera contenido algún tipo de dato identificativo que permitiera reiterar la encuesta a los no respondedores, la tasa de respuesta, en nuestra opinión, hubiera sido probablemente menor. Cabe la posibilidad de que las actitudes y conocimientos de los no respondedores difieran de las correspondientes a quienes contestaron la encuesta, y que en consecuencia no se reflejen en éste estudio las opiniones o actitudes más negativas y los conocimientos más escasos. Esta situación sería perfectamente extrapolable a cualquier cuestionario autoadministrado.

Dado que no existen datos al respecto no se van a extraer conclusiones del grado de colaboración de los encuestados y sobre las causas a que pueden obedecer el celo de su anonimato.

Los potenciales destinatarios de la encuesta ascendían a 2.188 médicos. Se recibieron un total de 1.011 encuestas, lo cual supone una tasa de respuesta del 46.18%. Únicamente se analizaron 993 encuestas, dado que las 18 restantes se nos remitieron una vez iniciado el proceso de análisis. La distribución de cumplimentación de encuestas por áreas se detalla a continuación:

AREA	REMITIDAS	%	RECIBIDAS	%
1	337	15.36	163	7.42
2	147	6.7	55	2.5
3	120	5.46	37	1.68
4	0	0.00	1	0.045
5	323	14.72	81	3.69
6	160	7.29	66	3
7	279	12.71	133	6.06
8	166	7.56	105	4.78
9	147	6.70	78	3.55
10	121	5.51	87	3.96
11	393	17.91	170	7.74
NO CONSTA	0	0.00	17	0.77
<b>TOTAL</b>	<b>2.193</b>	<b>100</b>	<b>993</b>	<b>45.21</b>

Tabla 1. Número de encuestas remitidas y recibidas por Areas de Salud.

No se remitió ninguna encuesta al Area Sanitaria n°4 por haberse realizado previamente en dicha población de médicos de atención primaria un estudio de opinión<sup>278</sup> sobre el SIDA. Existen varias posibles explicaciones al hecho concreto de informar la pertenencia de un encuestado (1) a un Area a la que no se enviaron encuestas:

1. Desconocimiento del propio encuestado del Area Sanitaria donde trabajaba. La conformación y origen del personal que ejerce su profesión en el nivel primario es absolutamente heterogénea y todavía no está arraigados, por falta de tradición, conocimientos sobre ordenación y administración de los recursos sanitarios. Es todavía corriente escuchar de los médicos de cabecera diversos nombres para designar a la misma estructura administrativa como: área, sector y sectorial.

2. Otra posible explicación estaría en la movilidad laboral que existe entre médicos suplentes y/o interinos que pueden realizar un número escaso de jornadas laborales en un Area Sanitaria para pasar posteriormente a otra en un breve intervalo de tiempo, tratándose incluso de áreas geográficamente apartadas. Es posible también, al menos teóricamente, que dicho encuestado simultaneara su actividad asistencial en más de un Area Sanitaria.

3. No se puede descartar, por último, la posibilidad de cumplimentación de tal ítem en la encuesta (Área Sanitaria de trabajo), de forma totalmente arbitraria y no ajustada a la realidad. Es necesario mencionar que cierto número de datos de filiación no fueron cumplimentados por los encuestados, a pesar de ser informados del total anonimato del estudio. Algún encuestado justificó tal falta de cumplimentación en una teórica "búsqueda e identificación posterior". Desconocemos las causas a que pueden obedecer tales afirmaciones dado que ello no estuvo nunca en nuestro ánimo. Concretamente la edad no consta en 12.8% de las encuestas.

Con respecto a las características etarias y profesionales de los médicos que respondieron a la encuesta se obtuvieron los siguientes datos:

EDAD	N	%
HASTA 30 AÑOS	165	16.6
DE 31-35 AÑOS	362	36.5
MAS DE 35 AÑOS	339	34.1
NO CONSTA	127	12.8

Tabla 2. Edad

SEXO	N	%
MUJER	402	40.5
HOMBRE	492	49.5
NO CONSTA	99	10

Tabla 3. Sexo

ESTADO CIVIL	N	%
SOLTERO	244	24.6
CASADO	614	61.8
OTROS	37	3.7
NO CONSTA	98	9.9

Tabla 4. Estado civil

HIJOS	N	%
SI	511	51.5
NO	354	35.6
NO CONSTA	128	12.9

Tabla 5. Hijos

PLAZA EN PROPIEDAD	N	%
SI	368	37.1
NO	526	53
NO CONSTA	99	10

Tabla 6. Plaza en propiedad

AÑO DE FINALIZACION DE LA LICENCIATURA	N	%
ANTES DE 1.981	345	34.7
ENTRE 1.981-1.985	352	35.4
DESPUÉS DE 1.985	180	18.1
NO CONSTA	116	11.7

Tabla 7. Año de finalización de la licenciatura

AMBITO DE ACTUACION	N	%
CONSULTORIO URBANO	409	41.2
CONSULTORIO RURAL	14	1.4
EAP URBANO	424	42.7
EAP RURAL	57	5.7
NO CONSTA	89	9

Tabla 8. Ambito de actuación

ESPECIALIDADES	N
MEDICINA DE FAMILIA	188
MEDICINA INTERNA	81
MEDICINA DEPORTIVA	19
MEDICINA TRABAJO	54
PEDIATRIA	19
PSIQUIATRIA	16
ENDOCRINOLOGIA	7
DIGESTIVO	20
OTRAS	53
NO CONSTA	624
TOTAL	1.081

Tabla 9. Especialidades

El hecho de obtener una suma de médicos sin especialidad y médicos especialistas (1.081) mayor que la de encuestados (993), podría obedecer a que algunos posean más de una especialidad. Por otro lado un total de 624 médicos no cumplimentaron el apartado de especialidad. Ello puede obedecer a que realmente no la tengan o que no desearon contestar dicho ítem.

En las siguientes secciones se desarrollan de forma descriptiva los diferentes aspectos contenidos en la encuesta:

- área de conocimientos.
- área de interacción social y prejuicios.
- modo de adquisición de los conocimientos sobre VIH/SIDA.
- opinión acerca de la implicación del nivel primario de salud en la atención del VIH/SIDA.
- participación reciente en la atención de pacientes VIH/SIDA y su problemática relacionada.
- opiniones y sugerencias realizadas por los encuestados.

**3.3 RESULTADOS.**  
**AREA DE CONOCIMIENTOS.**

El cuestionario autoadministrado a los médicos de atención primaria de Madrid contenía diferentes preguntas destinadas a conocer el grado de conocimientos sobre VIH/SIDA. Las cuestiones no tenían excesiva complejidad, en nuestra opinión, e incidían en aspectos básicos de manejo clínico-epidemiológico de los pacientes. Se detallan, a continuación, los resultados a las preguntas en materia de conocimientos.

**¿Cuál es, en tu opinión, el agente productor del SIDA?**

	N	%
Una bacteria	1	0.1
Un hongo	1	0.1
Un parásito	4	0.4
Un virus	980	98.7
NS / NC	7	0.7

Tabla 10.

La mayoría de los encuestados, 980 (98.7%) identificaron correctamente a un virus como el agente causante del SIDA, aspecto éste que no merece mayores comentarios.

**En tu opinión ¿cuál o cuáles de las siguientes son las vías de transmisión del SIDA?**

	N	%
Relaciones sexuales con personas infectadas	9	0.9
Compartir jeringas, agujas y sangre o derivados contaminados.	10	1.0
Vía materno-fetal	2	0.2
Todas las anteriores respuestas son ciertas.	972	97.9
NS / NC	9	0.9

Tabla 11

Del total de médicos de atención primaria encuestados, 972 (97.9%) reconocieron correctamente los mecanismos de transmisión<sup>231</sup> del VIH.

**¿Cuál es el método, a disposición de los médicos, más difundido para el diagnóstico del contacto con el agente productor del SIDA?**

	N	%
Cultivo del virus	20	2.0
Radiología de tórax	0	0
Métodos serológicos	969	97.6
Sintomatología	17	1.7
NS / NC	0	0

Tabla 12

La inmensa mayoría, 969 (97.6%) reconocieron que el medio diagnóstico de la infección por VIH más accesible al clínico son los métodos serológicos<sup>237</sup>.

**¿Cuál de las siguientes células es la principalmente afectada por el agente causal del SIDA?**

	N	%
Hematías	3	0.3
Neuronas	5	0.5
Linfocitos	201	20.2
Un tipo especial de linfocitos	784	79.0
NS / NC	1	0.1

Tabla 13

En el grupo estudiado, 784 (79.0%) identificaron correctamente que existe una célula diana especialmente sensible al efecto citopático del VIH: se trata de aquellos linfocitos que expresan en su superficie el complejo CD4. Únicamente un encuestado contestó a más de un ítem.

Del total de médicos encuestados, 985 (99.2%) identificaron a los linfocitos como la célula diana del virus y responsable, por tanto, del deterioro del sistema inmune.

La siguiente pregunta trataba de conocer los criterios que, en opinión de los encuestados, deberían presidir la solicitud de los marcadores serológicos de la infección por el VIH, así como a qué colectivos indicarían dichas pruebas.

**De los siguientes colectivos, ¿a quiénes indicarías y a quiénes no la realización de un test de anticuerpos del SIDA?**

Heroinómanos	N	%
Sí	982	98.9
No	6	0.6
NS / NC	5	0.5

Tabla 14

Del total de encuestados, 982 (98.9%) reconocieron la conveniencia de indicar la prueba a este colectivo.

Homosexuales	N	%
Sí	968	97.5
No	11	1.1
NS / NC	14	1.4

Tabla 15

El número de encuestados que creyeron conveniente indicar serología VIH a homosexuales fue de 968 (97.5%).

Recién nacidos de madres infectadas	N	%
Sí	979	98.6
No	6	0.6
NS / NC	8	2.6

Tabla 16

Los médicos de atención primaria que contestaron el cuestionario se decantaron por la solicitud de los marcadores serológicos de la infección por VIH a hijos nacidos de madres seropositivas, 979 (98.6%).

Parejas con factores de riesgo que proyecten tener descendencia.	N	%
Sí	961	96.8
No	6	0.6
NS / NC	26	2.6

Tabla 17

Los médicos encuestados se decantan, en su inmensa mayoría, 961 (96.8%) por indicar la realización de la serología VIH cuando coexistan en una pareja que proyecte tener descendencia, conductas de riesgo.

Cuando sea necesario para el diagnóstico clínico.	N	%
Sí	925	93.2
No	21	2.1
NS / NC	47	4.7

Tabla 18

En su gran mayoría, los médicos de atención primaria que cumplimentaron el cuestionario, se pronunciaron por indicar la prueba cuando fuera necesario para el diagnóstico del enfermo, 925 (93.2%).

Los aspectos que rodean a la indicación de la prueba, consentimiento informado, así como los criterios de idoneidad en la solicitud de dicha exploración complementaria serán abordados globalmente al final de esta sección.

Donación de tejidos, sangre y órganos	N	%
Sí	971	97.8
No	8	0.8
NS / NC	14	1.4

Tabla 19

Los médicos encuestados manifiestan también mayoritariamente su acuerdo, 971 (97.8%) en que se determine el status serológico al VIH ante donaciones de tejidos, aspecto éste recogido en diferentes legislaciones.

Personas sin factor de riesgo que lo soliciten	N	%
Sí	435	43.8
No	424	42.7
NS / NC	134	13.5

Tabla 20

En nuestro estudio la solicitud de la serología en pacientes sin conductas de riesgo que lo solicitaran, tiene casi tantos detractores, 424 (42.7%) como defensores, 435 (43.8%).

Pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.	N	%
Sí	383	38.6
No	492	49.5
NS / NC	118	11.9

Tabla 21

En este estudio llama la atención el número de médicos que no saben, no contestan, o no quieren contestar este ítem, 118 (11.9%). Los no partidarios de la realización de la serología VIH como parte del estudio preoperatorio, 492 (49.5%) mantienen poca diferencia con los partidarios, 383 (38.6%). El aspecto más llamativo, además de la práctica igualdad en las respuestas afirmativas o negativas, es la indefinición al respecto. El análisis estadístico intentará profundizar en estos aspectos.

Profesionales sanitarios que se han inoculado accidentalmente.	N	%
Sí	963	97.0
No	18	1.8
NS / NC	12	1.2

Tabla 22

Mayoritariamente los médicos encuestados se declaran partidarios de realizar serología VIH al profesional sanitario que haya sufrido una inoculación accidental.

A toda persona que se vaya a casar	N	%
Sí	98	9.9
No	783	78.9
NS / NC	112	11.3

Tabla 23

Los médicos de atención primaria encuestados en Madrid, se manifiestan en su inmensa mayoría en contra de la realización de la serología VIH como requisito antes del matrimonio, 783 (78.9%). A favor del cribado serológico prematrimonial se decantan 98 (9.9%).

Ante cualquier enfermedad de transmisión sexual	N	%
Sí	483	48.6
No	431	43.4
NS / NC	79	8.0

Tabla 24

En nuestro estudio existe bastante equilibrio entre los partidarios de realizar serología VIH ante cualquier ETS, 483 (48.6%) y los contrarios a la misma, 431 (43.4%).

A los reclusos	N	%
Sí	816	82.2
No	118	11.9
NS / NC	59	5.9

Tabla 25

Los médicos encuestados se manifiestan en su mayoría, 816 (82.2%) partidarios de la realización de la serología VIH a la población reclusa.

A las prostitutas	N	%
Sí	950	95.7
No	23	2.3
NS / NC	20	2.0

Tabla 26

En nuestro estudio, el mayor número de médicos se manifiestan partidarios de dicha medida, 950 (95.7%).

Al entrar en el Servicio Militar	N	%
Sí	188	18.9
No	673	67.8
NS / NC	132	13.3

Tabla 27

Los médicos de atención primaria encuestados manifiestan, mayoritariamente, su oposición a tal medida. Se pronuncian por la no realización del cribado en edad militar, 673 (67.8%).

Al cruzar la frontera española	N	%
Sí	70	7.0
No	802	80.8
NS / NC	121	12.2

Tabla 28

Los médicos encuestados se manifiestan contrarios, 802 (80.8%), a la determinación de anticuerpos antiVIH al cruzar la frontera española.

Lo indicaría a toda la población, independientemente de la edad, sexo o situación clínica.	N	%
Sí	37	3.7
No	857	86.3
NS / NC	99	10.0

Tabla 29

Un total de 857 (86.3%) médicos de cabecera madrileños no se muestran partidarios de la realización sistemática de la serología VIH a toda la población.

A continuación, el cuestionario autoadministrado contenía otras preguntas referidas al área de conocimientos sobre VIH/SIDA.

¿Puede una persona estar infectada por el agente del SIDA y no detectarse anticuerpos en su sangre?	N	%
Sí	731	73.6
No	208	20.9
NS / NC	54	5.4

Tabla 30

Los médicos de atención primaria encuestados en este estudio conocían esta circunstancia. Así, 731 (73.6%) conocían la eventual posibilidad de estar infectado por el VIH y, simultáneamente, no poder detectarse anticuerpos en suero.

Las dos siguientes preguntas intentaban hacer una cierta aproximación al grado de conocimientos de los médicos de atención primaria de Madrid sobre profilaxis de infecciones oportunistas y conocimiento de medicación antiretroviral.

**Como sabrás, el AZT (Zidovudina o Retrovir) es el principal fármaco utilizado actualmente contra el agente del SIDA. ¿Cuál es, en tu opinión, de la relación siguiente el principal efecto secundario?**

	N	%
Intolerancia digestiva	105	10.6
Artromialgias	18	1.8
Anemia y leucopenia	648	65.3
Alopecia	22	2.2
NS / NC	232	23.4

Tabla 31

Algunos de los encuestados han contestado a más de un ítem, exactamente 32. Cabe señalar que la mayoría de los médicos que respondieron al cuestionario señalaron correctamente el principal efecto adverso de la Zidovudina; las manifestaciones hematológicas: anemia y neutropenia<sup>129</sup>. Otros efectos adversos, menos severos, son: náuseas, astenia, cefalea, y mialgias.

Un aspecto llamativo de las respuestas es que 232 médicos (23.4%) no conocían o no han respondido a la pregunta.

En la pregunta se solicitaba que señalaran únicamente el "*principal efecto secundario de la Zidovudina*". El resto de ítems existentes, a excepción de la alopecia, también son efectos secundarios, pero es la anemia y la leucopenia, sobre todo la primera, los efectos secundarios de dicha medicación que más limitan su uso.

**La neumonía, por *Pneumocystis carinii*, es una complicación muy frecuente y grave los pacientes que padecen SIDA. Elige, de las siguientes respuestas, cuál consideras que es la pauta profiláctica para prevenir dicha complicación.**

	N	%
Trimetoprim-Sulfametoxazol a dosis habituales a todos los infectados por el agente del SIDA.	193	19.4
Amoxicilina 1 gramo cada 6 horas, diez días a todos los infectados.	24	2.4
Trimetoprim-Sulfametoxazol a dosis habituales, cuando los pacientes tienen menos de 300 linfocitos T4.	500	50.4
Amoxicilina 1 gramo cada 6 horas, diez días, cuando los pacientes tienen menos de 300 linfocitos T4.	46	4.6
NS / NC	230	23.2

Tabla 32

Los datos del presente estudio ponen de manifiesto que la mitad de los encuestados, 500 (50.4%) conocían perfectamente la pauta profiláctica más sencilla y accesible de las infecciones por *Pneumocystis carinii*. Prácticamente la cuarta parte de los participantes en el estudio, 230 (23.2%) desconocían dicho régimen farmacológico.

El cuestionario contenía una pregunta con el fin de conocer la opinión de los médicos de atención primaria acerca de los posibles medios y mecanismos de transmisión del VIH en situaciones cotidianas.

Beso	N	%
Sí	76	7.7
No	748	75.3
NS / NC	169	17.0

Tabla 33

El número de encuestados que manifestaron no reconocer el beso como un mecanismo de transmisión fue de 748 (75.3%).

Saliva	N	%
Sí	226	22.8
No	576	58.0
NS / NC	191	19.2

Tabla 34

El número de médicos encuestados que sugieren la saliva como mecanismo de transmisión fue de 226 (22.8%).

Lágrimas	N	%
Sí	108	10.9
No	677	68.2
NS / NC	208	20.9

Tabla 35

El número de encuestados que consideraron a las lágrimas como posible vehículo de transmisión del VIH ha sido de 108 (10.9%). Se mantiene entre nuestros encuestados un cierto nivel de incertidumbre: respondieron no saber, o no contestar, 108 (20.9%).

Coito vaginal	N	%
Sí	962	96.9
No	14	1.4
NS / NC	17	1.7

Tabla 36

El número de médicos de atención primaria de Madrid que manifiestan la posibilidad de transmisión del VIH mediante coito vaginal es de 962 (96.9%).

Coito anal	N	%
Sí	978	98.5
No	4	0.4
NS / NC	11	1.1

Tabla 37

Al igual que en el coito vaginal, un alto número de médicos de cabecera encuestados reconocen que mediante esta práctica sexual es factible la transmisión del VIH.

Masturbación mutua	N	%
Sí	45	4.5
No	770	77.5
NS / NC	178	17.9

Tabla 38

La encuesta contenía diferentes preguntas acerca del riesgo de transmisión del VIH en prácticas sexuales con reconocida diferencia de riesgo. Así, la masturbación mutua sólo fue reconocida de riesgo por 45 encuestados (4.5%). Por el contrario, 178 de los mismos (17.9%) manifestaron no saber o no conocer tal circunstancia.

Sexo bucal	N	%
Sí	755	76
No	123	12.4
NS / NC	115	11.6

Tabla 39

El sexo oral fue señalado como potencial mecanismo de transmisión del VIH por 755 encuestados (76%).

A continuación, la pregunta tenía diferentes ítem en relación con la transfusión de hemoderivados, vacunación, lactancia natural, picaduras de insectos y el hecho de compartir vajilla, menaje, agujas y jeringas con afectados.

Transfusión sanguínea	N	%
Sí	980	98.7
No	7	0.7
NS / NC	6	0.6

Tabla 40

La mayoría de encuestados, 980 (98.7%) reconocen la transfusión de sangre y hemoderivados como un mecanismo de transmisión del VIH.

Ser vacunado	N	%
Sí	62	6.2
No	789	79.5
NS / NC	142	14.3

Tabla 41

Es llamativa la respuesta de los encuestados al ítem en relación con la posibilidad de adquisición del VIH mediante la vacunación. El 6.2% de los encuestados considera tal posibilidad.

Lactancia natural	N	%
Sí	459	46.2
No	318	32.0
NS / NC	216	21.8

Tabla 42

En la muestra estudiada, 459 (46.2%) de los médicos encuestados contestaron afirmativamente acerca de la posibilidad de transmisión del VIH a través de la leche materna.

Insectos	N	%
Sí	86	8.7
No	691	69.6
NS / NC	216	21.8

Tabla 43

Un total de 86 médicos (86.7%) respondieron afirmativamente a la posibilidad de la picadura de mosquitos como mecanismo de transmisión del VIH.

Compartir jeringas y agujas con infectados	N	%
Sí	985	99.2
No	3	0.3
NS / NC	5	0.5

Tabla 44

El 99.2% (985) de los encuestados manifestaron que el hecho de compartir jeringas y agujas con afectados era un mecanismo de transmisión.

Compartir vajilla y menaje con infectados.	N	%
Sí	56	5.6
No	814	82.0
NS / NC	123	12.4

Tabla 45

Mayoritariamente los médicos de atención primaria de Madrid, 814 (82.0%) han manifestado que el hecho de compartir vajilla y menaje con infectados no está relacionado con la transmisión del VIH.

En el cuestionario autoadministrado, se contenían dos preguntas que intentaban identificar el grado de conocimiento de los médicos de atención primaria encuestados ante situaciones bastante comunes, en las que es necesaria la integración de los aspectos no sólo asistenciales, sino también preventivos<sup>235</sup> en la práctica diaria de atención a los pacientes.

**Ante un paciente en riesgo para el SIDA y en el que está indicada la realización de serología, se han de impartir siempre normas de educación sanitaria:**

	N	%
Antes de la realización del test	47	4.7
Después de la realización del test	16	1.6
Antes y después de la realización del test.	896	90.2
No se deben impartir normas de educación sanitaria.	7	0.7
NS / NC	27	2.7

Tabla 46

**Si en un paciente de alto riesgo para el SIDA la serología es negativa, ¿qué harías?**

	N	%
Educación sanitaria	29	2.9
Educación sanitaria y no repetir la serología, dado que es negativa.	3	0.3
Educación sanitaria y realización de la serología a intervalos regulares.	940	94.7
Ninguna	2	0.2
NS / NC	19	1.9

Tabla 47

Por el acierto en las respuestas, se deduce que manifiestan conocer con bastante exactitud la dinámica serológica de la infección por VIH y el seguimiento a plantear. Así, 896 (90.2%) manifiestan la necesidad de impartir educación para la salud antes y después de la realización de la serología. El grado de conocimientos al respecto de los médicos de atención primaria de Madrid es alto, 940 (94.7%), recomiendan educación sanitaria y realización de serología a intervalos regulares.

**3.4 RESULTADOS.  
AREA DE INTERACCION SOCIAL  
Y PREJUICIOS.**

El cuestionario autoadministrado que se remitió a los médicos de cabecera del sector sanitario público de Madrid, contenía dos preguntas que intentaban hacer una aproximación al conocimiento del grado de interacción social y prejuicios.

Pueden existir aspectos emanados de la conducta del propio profesional que deterioren la relación médico-paciente. Estas situaciones se ponen de manifiesto ante conductas marginales, o no aceptadas socialmente<sup>111,176-177,209</sup>.

La primera pregunta referida a interacción social contenía tres ítem. Se detalla, a continuación, el texto de las mismas y las opiniones de los encuestados.

**Imagina una serie de situaciones sociales de contacto con una persona afectada por el agente causal del SIDA. Circula tu actuación en cada caso hipotético.**

	SI		NO		NS/NC	
¿Estarías dispuesto a conversar con él?	976	98.3	8	0.8	9	0.9
¿Asistirías a una reunión donde hubiera un enfermo de SIDA?	975	98.2	7	0.7	11	1.1
¿Trabajarías con un compañero afectado por el SIDA?	903	90.9	27	2.7	63	6.3

Tabla 48

Los datos obtenidos demuestran que entre los médicos encuestados no existirían grandes problemas en la esfera de la interacción social en relación con el SIDA.

La siguiente pregunta de esta sección intentaba aproximarse a las opiniones de los médicos acerca de los medios más eficaces para detener el avance del SIDA.

**A tu juicio, ¿cuál es el medio más eficaz para defender a la sociedad del SIDA?**

	N	%
Prohibir drogadicción y homosexualidad	25	2.2
Reclusión de homosexuales y drogadictos	19	1.6
Sintetizar vacunas y administrarla a toda la población	203	18.0
Educación sanitaria a todos los niveles	848	75.4
NS / NC	29	2.5

Tabla 49

La respuesta mayoritaria se orienta hacia la prevención y la educación para la salud como el medio más eficaz de prevenir el VIH/SIDA, 848 (75.4%) de los médicos encuestados. El total de respuestas pone de manifiesto que algunos encuestados respondieron a más de un ítem a pesar de solicitar que señalaran únicamente: "el medio más eficaz para defender a la sociedad del SIDA".

En este estudio, únicamente 25 (2.2%) y 19 (1.6%) se manifestaron partidarios de la prohibición de la drogadicción, homosexualidad y la reclusión de ambos colectivos, respectivamente.

**3.5 RESULTADOS.  
MODO DE ADQUISICION  
DE CONOCIMIENTOS  
SOBRE VIH/SIDA.**

El cuestionario contenía un apartado que intentaba conocer el modo de adquisición de conocimientos sobre VIH/SIDA.

La pregunta respondía al siguiente texto:

**¿Como has obtenido los conocimientos que posees sobre el SIDA?**

**Lectura de prensa médica general.**

RESPUESTAS	N	%
SI	915	92.1
NO	42	4.2
NS/NC	36	3.6

Tabla 50

**Interconsultas docentes con el nivel especializado.**

RESPUESTAS	N	%
SI	238	24.0
NO	649	65.4
NS/NC	106	10.7

Tabla 51

**Sesiones clínicas en el centro de trabajo.**

RESPUESTAS	N	%
SI	228	23.0
NO	656	66.1
NS/NC	109	11.0

Tabla 52

**Autoaprendizaje. Estudio de libros y revistas.**

RESPUESTAS	N	%
SI	958	96.5
NO	9	0.9
NS/NC	26	2.6

Tabla 53

**Sesiones bibliográficas en el centro de trabajo.**

RESPUESTAS	N	%
SI	157	15.8
NO	715	72.0
NS/NC	121	12.2

Tabla 54

**Cursos o Conferencias en el Area de Salud.**

RESPUESTAS	N	%
SI	160	16.1
NO	719	72.4
NS/NC	114	11.5

Tabla 55

**Cursos o Conferencias fuera del Area de Salud.**

RESPUESTAS	N	%
SI	411	41.4
NO	490	49.3
NS/NC	92	9.3

Tabla 56

**Congresos en el Area de Salud.**

RESPUESTAS	N	%
SI	22	2.2
NO	843	84.9
NS/NC	128	12.9

Tabla 57

**Congresos fuera del Area de Salud.**

RESPUESTAS	N	%
SI	143	14.4
NO	723	72.8
NS/NC	127	12.8

Tabla 58

**Entrevista informal con otros compañeros.**

RESPUESTAS	N	%
SI	654	65.9
NO	253	25.5
NS/NC	86	8.7

Tabla 59

**Asistencia a pacientes en rotaciones hospitalarias.**

RESPUESTAS	N	%
SI	181	18.2
NO	693	69.8
NS/NC	119	12.0

Tabla 60

**Información entregada por visitadores médicos de laboratorios farmacéuticos.**

RESPUESTAS	N	%
SI	388	39.1
NO	505	50.9
NS/NC	100	10.1

Tabla 61

El autoaprendizaje mediante libros y revistas ha sido el medio de formación más frecuentemente señalado por los encuestados: 958 (96.5%).

A continuación aparece la lectura de la prensa médica general, no científica, con 915 respuestas (92.1% del total).

Manifestaron haber recibido información sobre el SIDA a través de los visitadores médicos de la industria farmacéutica, 181 encuestados (18.2%).

Únicamente 228 (23%), y 157 (15.8%) de los médicos encuestados reconocieron haber asistido a sesiones clínicas y bibliográficas, respectivamente, en su centro de trabajo.

El número de encuestados que reconoce haber participado en interconsultas docentes con el nivel especializado ha sido de 238 (24%).

Únicamente 160 médicos (16.1%) y 22 (2.2%) manifestaron haber asistido a cursos o congresos sobre SIDA dentro de su ámbito laboral.

Por el contrario refieren haber acudido a cursos o congresos fuera del Área de Salud, 411 (41.4%), y 143 (14.4%), de los encuestados, respectivamente.

Con respecto a la entrevista informal con otros compañeros, ha sido señalada en el presente estudio como un medio de información por 654 médicos (65.9%).

El último ítem existente en el cuestionario era la experiencia mostrada por los encuestados en la asistencia a pacientes VIH/SIDA dentro del ámbito hospitalario. Únicamente 181 (18.2%) de los médicos de atención primaria de Madrid que contestaron la encuesta, manifestaron haber participado en esta modalidad formativas.

**3.6 RESULTADOS.  
OPINIONES ACERCA  
DE LA IMPLICACION  
DEL NIVEL PRIMARIO  
DE SALUD EN LA  
ATENCION AL VIH/SIDA.**

El cuestionario autoadministrado contenía una pregunta en orden a conocer la opinión acerca del ámbito asistencial adecuado para el SIDA. Asimismo se planteaba delimitar, en lo posible, los campos de actuación del nivel primario y del especializado. Se exponen, a continuación, los resultados procedentes de dicho cuestionario.

**El único nivel asistencial que tiene un papel importante en la lucha contra el SIDA, es el nivel hospitalario.**

	N	%
Absolutamente de acuerdo	73	7.4
De acuerdo	94	9.5
Indiferente	32	3.2
En desacuerdo	354	35.6
Absolutamente en desacuerdo	424	42.7
No contestó	16	1.6

Tabla 62

Los encuestados se han manifestado es su mayoría contrarios a considerar que el SIDA era un problema asistencial estrictamente hospitalario, 778 (78.3%).

**El médico de atención primaria y el resto del equipo de atención primaria tiene un papel a jugar en la lucha contra el SIDA.**

	N	%
Absolutamente de acuerdo	636	64.0
De acuerdo	302	30.4
Indiferente	19	1.9
En desacuerdo	14	1.4
Absolutamente en desacuerdo	12	1.2
No contestó	10	1.0

Tabla 63

La mayoría de los médicos encuestados refirieron que el nivel primario de salud tenía algún papel a jugar en acciones contra el SIDA, 938 (94.4%)

**El médico de atención primaria debe colaborar en el tratamiento de la enfermedad mediante la administración ambulatoria de diversos fármacos contra el agente del SIDA, con el fin de mantener al paciente integrado en su medio.**

	N	%
Absolutamente de acuerdo	343	34.5
De acuerdo	411	41.4
Indiferente	76	7.7
En desacuerdo	110	11.1
Absolutamente en desacuerdo	35	3.5
No contestó	18	1.8

Tabla 64

De los médicos de atención primaria encuestados, 754 (75.9%) manifestaron su acuerdo en colaborar en el tratamiento de la enfermedad, en contraposición con 145 (14.6%) que manifestaron su desacuerdo.

**El nivel primario de salud debe participar en la educación sanitaria de la población general sobre el SIDA.**

	N	%
Absolutamente de acuerdo	715	72.0
De acuerdo	237	23.9
Indiferente	17	1.7
En desacuerdo	8	0.8
Absolutamente en desacuerdo	3	0.3
No contestó	13	1.3

Tabla 65

**El nivel primario de salud debe participar en la educación sanitaria sobre el SIDA de los grupos de riesgo.**

	N	%
Absolutamente de acuerdo	653	65.8
De acuerdo	284	28.6
Indiferente	26	2.6
En desacuerdo	14	1.4
Absolutamente en desacuerdo	4	0.4
No contestó	12	1.2

Tabla 66

Los participantes en el estudio han mostrado su acuerdo en participar en la educación sanitaria sobre el SIDA a población general, 952 (95.9%) y grupos de riesgo, 937 (94.4%).

**El nivel primario de salud y el médico de atención primaria deben asumir un papel principal en el seguimiento clínico de los afectados por el agente causal del SIDA.**

	N	%
Absolutamente de acuerdo	180	18.1
De acuerdo	358	36.1
Indiferente	110	11.1
En desacuerdo	282	28.4
Absolutamente en desacuerdo	45	4.5
No contestó	18	1.8

Tabla 67

Con respecto al seguimiento clínico de los afectados, estarían de acuerdo en asumir un papel principal, 538 (54.2%), manifestando su desacuerdo 327 (32.9%)

**El papel principal del nivel primario de salud ante el SIDA es únicamente el cuidado terminal.**

	N	%
Absolutamente de acuerdo	6	0.6
De acuerdo	22	2.2
Indiferente	22	2.2
En desacuerdo	469	47.2
Absolutamente en desacuerdo	459	46.2
No contestó	15	1.5

Tabla 68

Un número mayoritario de participantes expresa su opinión acerca de que del nivel primario de salud ante el SIDA no es únicamente el cuidado terminal de los enfermos, 928 (93.4%).

**Un paciente afectado por el agente causal del SIDA ha de exponer siempre su condición cuando, por motivos de salud, entre en contacto con un profesional sanitario.**

	N	%
Absolutamente de acuerdo	677	68.2
De acuerdo	260	26.2
Indiferente	12	1.2
En desacuerdo	24	2.4
Absolutamente en desacuerdo	5	0.5
No contestó	15	1.5

Tabla 69

En relación con el conocimiento del status para el VIH de los enfermos, 937 (94.4%) médicos encuestados sugieren la necesidad de este conocimiento por parte del profesional sanitario.

**3.7 RESULTADOS.  
PARTICIPACION RECIENTE  
EN LA ATENCION DE  
PACIENTES VIH/SIDA.**

En el cuestionario se contenía una pregunta que trataba de averiguar hasta qué punto los médicos de cabecera habían tenido en un período reciente alguna relación profesional con el problema VIH/SIDA.

Se detallan en las tablas siguientes los resultados a dichas preguntas:

**Existencia de pacientes afectados en tu cupo.**

RESPUESTAS	N	%
SI	805	81.1
NO	153	15.4
NS/NC	35	3.5

Tabla 70

**Problemas sociales**

RESPUESTAS	N	%
SI	560	56.4
NO	332	33.4
NS/NC	101	10.2

Tabla 71

**Pacientes con riesgo de SIDA en tu cupo**

RESPUESTAS	N	%
SI	817	82.3
NO	120	12.1
NS/NC	56	5.6

Tabla 72

**Conflictividad en estos pacientes**

RESPUESTAS	N	%
SI	380	38.3
NO	534	53.8
NS/NC	79	8.0

Tabla 73

**Problemas familiares en estos pacientes**

RESPUESTAS	N	%
SI	672	67.7
NO	241	24.3
NS/NC	80	8.1

Tabla 74

**Necesidad de derivación al nivel especializado**

RESPUESTAS	N	%
SI	714	71.9
NO	226	22.8
NS/NC	53	5.3

Tabla 75

**Solicitud de atención o cuidado por parte de algún afectado dirigido especialmente a su médico de cabecera.**

RESPUESTAS	N	%
SI	428	43.1
NO	474	47.7
NS/NC	91	9.2

Tabla 76

**Necesidad de interrupción del embarazo en afectados o en sus parejas.**

RESPUESTAS	N	%
SI	46	4.6
NO	865	87.1
NS/NC	82	8.3

Tabla 77

**Cuidado terminal de afectados.**

RESPUESTAS	N	%
SI	145	14.6
NO	771	77.6
NS/NC	77	7.8

Tabla 78

**Consejo sobre anticoncepción en afectados o sus parejas.**

RESPUESTAS	N	%
SI	321	32.3
NO	601	60.5
NS/NC	71	7.2

Tabla 79

**Problemas psicológicos en afectados.**

RESPUESTAS	N	%
SI	525	52.9
NO	391	39.4
NS/NC	77	7.8

Tabla 80

**Tratamiento de procesos intercurrentes en afectados.**

RESPUESTAS	N	%
SI	582	58.6
NO	351	35.3
NS/NC	60	6.0

Tabla 81

**Solicitud de ayuda y/o asistencia social.**

RESPUESTAS	N	%
SI	408	41.1
NO	523	52.7
NS/NC	62	6.2

Tabla 82

**Aportar normas higiénicas y/o preventivas a afectados por SIDA.**

RESPUESTAS	N	%
SI	631	63.5
NO	302	30.4
NS/NC	60	6.0

Tabla 83

**Aportar normas higiénicas y/o preventivas a pacientes en riesgo de SIDA.**

RESPUESTAS	N	%
SI	701	70.6
NO	235	23.7
NS/NC	57	5.7

Tabla 84

**Hacer el seguimiento clínico de algún afectado.**

RESPUESTAS	N	%
SI	420	42.3
NO	500	50.4
NS/NC	73	7.4

Tabla 85

**Partes de baja, ILT, P-10, y otros trámites administrativos.**

RESPUESTAS	N	%
SI	603	60.7
NO	340	34.2
NS/NC	50	5.0

Tabla 86

**Educación sanitaria a la población no perteneciente a grupo de riesgo.**

RESPUESTAS	N	%
SI	390	39.3
NO	530	53.4
NS/NC	73	7.4

Tabla 87

**Inquietud o nerviosismo sobre el SIDA en algún usuario no perteneciente a grupo de riesgo.**

RESPUESTAS	N	%
SI	530	53.4
NO	396	39.9
NS/NC	67	6.7

Tabla 88

**Inquietud o nerviosismo sobre el SIDA en algún usuario no perteneciente a grupo de riesgo y que cree poder estar enfermo de SIDA.**

RESPUESTAS	N	%
SI	448	45.1
NO	473	47.6
NS/NC	72	7.3

Tabla 89

**Solicitud de serología en pacientes de riesgo.**

RESPUESTAS	N	%
SI	787	79.3
NO	168	16.9
NS/NC	38	3.8

Tabla 90

**Solicitud de serología en pacientes no de riesgo.**

RESPUESTAS	N	%
SI	312	31.4
NO	610	61.4
NS/NC	71	7.2

tabla 91

**Certificados del estado de salud.**

RESPUESTAS	N	%
SI	135	13.6
NO	773	77.8
NS/NC	85	8.6

Tabla 92

**Confidencialidad de la enfermedad.**

RESPUESTAS	N	%
SI	455	45.8
NO	453	45.6
NS/NC	85	8.6

Tabla 93

**Tener que hacer preguntas embarazosas sobre el SIDA a algunos pacientes.**

RESPUESTAS	N	%
SI	401	40.4
NO	514	51.8
NS/NC	78	7.9

Tabla 94

**Miedo por tu parte a exponerte a la enfermedad.**

RESPUESTAS	N	%
SI	228	23.0
NO	684	68.0
NS/NC	81	8.2

Tabla 95

**Miedo por parte de tus compañeros de trabajo a exponerse a la enfermedad.**

RESPUESTAS	N	%
SI	323	32.5
NO	480	48.3
NS/NC	190	19.1

Tabla 96

**3.8 RESULTADOS.  
OPINIONES Y SUGERENCIAS  
REALIZADAS POR LOS ENCUESTADOS.**

El cuestionario contenía en su penúltima página un espacio en blanco. En dicho espacio se sugería que los encuestados expusieran todas las sugerencias que estimasen oportunas o las impresiones que les hubiera suscitado el cuestionario.

De las 2.193 encuestas remitidas únicamente contenían sugerencias un total de 157 (7.01%). Las cuestiones contenidas fueron agrupadas en grandes bloques que facilitasen su interpretación. Se detallan a continuación dichos resultados (tabla 97):

SUGERENCIAS DE LOS ENCUESTADOS	N	%
Es necesaria formación en atención primaria sobre el SIDA.	53	33.75
Es necesaria la coordinación entre atención primaria y especializada.	27	17.19
Dado el valor de la prevención, es necesario informar a la población.	18	11.46
Falta tiempo en atención primaria para asumir la atención al SIDA, por la elevada demanda asistencial y derivada de tareas burocráticas.	13	8.28
Esta investigación es pertinente	12	7.64
Es necesario que atención primaria participe en el diagnóstico y en la educación sanitaria sobre el SIDA.	8	5.09
Esta investigación no es pertinente.	8	5.09
Es necesario establecer servicios médicos específicos para el SIDA.	6	3.82
Es necesario diseñar materiales formativos específicos para los profesionales de atención primaria.	6	3.82
Existe dificultad para el acceso a determinadas exploraciones complementarias desde atención primaria.	4	2.54
El VIH/SIDA será un grave problema en el futuro.	3	1.91
El nivel primario de salud no ha de participar en la atención al SIDA	2	1.27
Es necesario coordinar los centros de atención a drogodependientes con los centros de salud	1	0.63
Es necesario facilitar a los centros de salud material desechable	1	0.63

Tabla 97

**3.9 RESULTADOS.  
FACTORES MODULADORES  
DE ACTUACION U OPINION.**

Se exponen a continuación los resultados en los que se identificaron diferencias estadísticamente significativas. En un gran número de ítem del cuestionario no existieron tales diferencias. Esta ausencia de significación puede tener una cierta relevancia, pero el elevado volumen de los datos aconsejaba dirigirse a reflejar en el texto únicamente una selección en orden al poder de discriminación de las mismas.

Aunque el objeto del estudio no era obtener estratos en la población de médicos encuestados, se han detectado ciertos factores ocultos que pueden tener una cierta trascendencia a la hora de identificar aquellos profesionales o grupos de profesionales más o menos proclives en función de ciertas características a asumir el cuidado de pacientes infectados por el VIH/SIDA desde el nivel primario de salud.

La identificación de éstos posibles factores moduladores de actuación u opinión ha sido más una consecuencia del trabajo que un objetivo del mismo. Estudios ulteriores sí deberían analizar específicamente estratos de opinión o de población en estos grupos profesionales. La práctica ausencia de estudios similares a este en nuestro país obliga a aceptar estos resultados como preliminares y básicos siendo necesario emprender posteriores investigaciones que profundicen en los estratos profesionales y permitan periódicamente analizar las tendencias temporales de actuación u opinión de los sanitarios en relación al VIH/SIDA.

Se exponen a continuación los datos obtenidos en función de características posiblemente favorecedoras de actuación, opinión o actuación profesional, como edad, sexo, estado civil, año de licenciatura, ámbito de actuación, y especialidad médica.

La edad de los encuestados ha sido un factor diferenciador de cierta importancia. Así, de los médicos con edades comprendidas entre 31 y 35 años, el 98.1% (355) ( $p=0.01$ ) identificó correctamente la serología como el medio diagnóstico de la infección, el 84.3% (305) ( $p=0.01$ ) conocía la célula diana de la infección. En cuanto a las indicaciones de realización de los marcadores serológicos desaconsejaron dicha práctica, el 87.8% (318) ( $p=0.000000001$ ) como requisito prematrimonial, el 77.6% (281) ( $p=0.0000008$ ) en la incorporación al Servicio Militar, el 88.4% (320) ( $p=0.00004$ ) al cruzar la frontera española, y el 91.7% (332) ( $p=0.0002$ ) la realización masiva de la prueba a la población. Asimismo continuando con este grupo etario, intervalo de edades entre 31 y 35 años, la edad tuvo relación con el grado de conocimientos: el 81.8% (296) ( $p=0.0000000003$ ) conocía la posibilidad de infección por VIH y seronegatividad, el 68% (246) ( $p=0.01$ ) los efectos secundarios de la *Zidovudina*<sup>R</sup>, y el 56.4% (204) ( $p=0.0001$ ) la pauta profiláctica de la neumonía por *Pneumocistis Carinii*. Con respecto al conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH en el grupo de médicos con edades entre 31 y 35 años: el 82.9% (300) ( $p=0.00000005$ ) desestimaron el beso, el 64.6% (234) ( $p=0.004$ ) a la saliva, el 75.1% (272) ( $p=0.01$ ) la picadura de insectos. En cuanto a las opiniones hacia la implicación del nivel primario de salud en la atención al SIDA del grupo con edades entre 31 y 35 años: el 54.4%

(197)( $p=0.000000000039$ ) mostró desacuerdo con la afirmación *"El único nivel asistencial que tiene un papel importante en la lucha contra el SIDA es el nivel hospitalario"*, el 39.2% (142)( $p=0.02$ ) mostró acuerdo con la afirmación *"El nivel primario de salud y el médico de atención primaria deben asumir un papel principal en el seguimiento clínico de los afectados por el agente causal del SIDA"*. En cuanto a formación continuada sobre VIH/SIDA, el grupo de encuestados con edades entre 31 y 35 años utilizó los siguientes métodos: el 72.7% (263) ( $p=0.04$ ) la entrevista informal, y el 29.8% (54)( $p=0.00001$ ) la asistencia a pacientes enfermos de SIDA en rotaciones hospitalarias.

En las respuestas del grupo de médicos con edades superiores a 35 años también se detectaron posibles factores diferenciadores de opinión en cuanto a la solicitud de serología VIH: el 48.4% (164) ( $p=0.02$ ) la indicaría en personas que lo solicitaran en ausencia de factores de riesgo, y el 56.9% (193)( $p=0.000002$ ) ante cualquier enfermedad de transmisión sexual.

El sexo de los encuestados también ha puesto de manifiesto ciertas diferencias. En cuanto a los varones: el 97.4% (479)( $p=0.01$ ) identificó correctamente la serología como medio diagnóstico de la infección por VIH. Con respecto a la indicación de la realización de dicha prueba por parte de dicho colectivo esta fue desaconsejada: por el 74.6% (367) ( $p=0.0001$ ) como requisito prematrimonial, por el 55.9% (275) ( $p=0.000004$ ) ante cualquier enfermedad de transmisión sexual, y por el 77.6% (382)( $p=0.006$ ) al cruzar la frontera española. Continuando con el grupo de encuestados varones: el 70.3% (346)( $p=0.002$ ) conocía la situación posible de infección por el VIH y seronegatividad, el 49.2% (242)( $p=0.003$ ) señaló correctamente una pauta profiláctica de la neumonía por *Pneumocistis Carinii*, desestimando como mecanismo de transmisión del VIH al beso el 75.8% (314)( $p=0.04$ ). En cuanto a las opiniones hacia la participación del nivel primario de salud en la atención a los enfermos de SIDA, el 40.7% de los varones (200)( $p=0.00008$ ) manifestaron un máximo desacuerdo con la afirmación: *"El único nivel asistencial que tiene un papel importante en la lucha contra el SIDA es el nivel hospitalario"*.

Con respecto al estado civil de los encuestados, el estar casado se ha asociado a la presencia de ciertas tendencias de opinión acusadas en la indicación de la realización de marcadores serológicos de infección por VIH. Así del grupo de médicos casados desaconsejaron dicha práctica: el 77.7% (477)( $p=0.0008$ ) como requisito prematrimonial, el 50.3% (309)( $p=0.04$ ) ante cualquier enfermedad de transmisión sexual, el 67.6% (415)( $p=0.02$ ) en la incorporación al Servicio Militar, y el 85.7% (526)( $p=0.03$ ) la realización masiva de dicha prueba a la población. De este grupo de encuestados conocía la eventual posibilidad de coexistir en un paciente situación de seronegatividad e infección por VIH, el 71% (436)( $p=0.00003$ ), y del mismo colectivo desestimaron al beso como mecanismo de transmisión del retrovirus el 74.6% (458)( $p=0.04$ ). Por último en relación con el grupo de encuestados varones, el 40.4% de los mismos, (248)( $p=0.006$ ) expresaron desacuerdo con la

afirmación: *"El único nivel asistencial que tiene un papel importante en la lucha contra el SIDA es el nivel hospitalario"*.

El año de finalización de la licenciatura ha supuesto un factor diferenciador de opinión. Así de los médicos licenciados antes de 1.981, el 49.3% (170)( $p=0.02$ ), y el 58.3% (201)( $p=0.00001$ ), indicarían la realización de serología VIH en personas sin factores de riesgo que lo solicitasen y ante cualquier enfermedad de transmisión sexual, respectivamente. La finalización de los estudios entre 1.981 y 1.985 ha supuesto la observación de otros factores de opinión o actuación. Con respecto a la realización de la serología VIH, en este grupo etario, dicha prueba fue desaconsejada: por el 55.7% (196)( $p=0.02$ ) previamente a la cirugía, por el 85.8% (302)( $p=0.00001$ ) como requisito prematrimonial, por el 79% (278)( $p=0.00001$ ) en la incorporación al Servicio Militar, por el 86.4% (304)( $p=0.00003$ ) al cruzar la frontera española, y por el 90.3% (318)( $p=0.001$ ) como cribado sistemático de la población.

Con respecto a los conocimientos del grupo de médicos licenciados entre 1.981 y 1.985, el 79.5% (280)( $p=0.00001$ ) conocían la posibilidad de existencia del *"período de ventana serológica"*, el 65.6% (231)( $p=0.05$ ) el principal efecto secundario de la *Zidovudina*<sup>R</sup>, el 54.3% (191)( $p=0.001$ ) una pauta preventiva de la neumonía por *Pneumocistis Carinii*, desestimando el beso como medio de transmisión del VIH, el 83.2% (293)( $p=0.00001$ ).

En relación a la participación reciente en la atención a pacientes VIH/SIDA, del grupo de médicos licenciados entre 1.981 y 1.985, el 88.4% (311)( $p=0.001$ ) de los mismos conocían en su población asignada la existencia de pacientes en riesgo de SIDA.

En cuanto a las opiniones hacia la implicación del nivel primario de salud en la atención de los enfermos de SIDA del grupo de médicos que finalizaron su licenciatura entre 1.981 y 1.985, el 55.4% (195)( $p=0.00001$ ) manifestó estar *"absolutamente en desacuerdo"* con la afirmación *"El único nivel asistencial que tiene un papel importante en la lucha contra el SIDA es el nivel hospitalario"*. Expresaron "acuerdo", el 40.2% (148)( $p=0.04$ ), y el 38.12% (134)( $p=0.01$ ), con la colaboración por parte del médico de atención primaria en la administración ambulatoria de fármacos para el tratamiento de la infección por el VIH, y con otorgar al nivel primario de salud y al médico de atención primaria un papel principal en el seguimiento clínico de los pacientes afectados por el VIH, respectivamente.

Con respecto a la formación continuada sobre SIDA del grupo de médicos licenciados entre 1.981 y 1.985, estos señalaron la utilización de los siguientes medios: el 28.7% (101)( $p=0.002$ ) sesiones clínicas en el centro de trabajo, el 46% (162)( $p=0.03$ ) la asistencia a cursos o conferencias fuera del Área de Salud, el 71.6% (252)( $p=0.05$ ) la entrevista informal con otros compañeros, y el 17.9% (63)( $p=0.04$ ) la asistencia a pacientes VIH/SIDA en rotaciones hospitalarias.

El ejercicio profesional ha supuesto un factor de posible influencia en ciertas respuestas o actuaciones. Así de los médicos de cabecera con ejercicio en consultorio urbano, el 63.8% (262)( $p=0.05$ ) efectuó un mayor número de consultas de contenido administrativo en pacientes de SIDA (cumplimentación de partes de baja, volantes de interconsulta y otros). Con respecto a los medios de formación continuada sobre SIDA de este colectivo, el 45.7% (187)( $p=0.02$ ) asistió a cursos o conferencias fuera del Área de Salud, y el 46% (189)( $p=0.00004$ ) recibió información a través de los visitantes médicos de la industria farmacéutica.

Del grupo de médicos de cabecera con ejercicio en equipos de atención primaria urbanos (EAP), desaconsejaron la práctica de la serología en la incorporación al Servicio Militar el 73.8% (313)( $p=0.005$ ). Respecto al apartado de conocimientos, conocían la posibilidad del "*período de ventana serológica*" el 79.5% (337)( $p=0.01$ ), la pauta profiláctica de la neumonía por *Pneumocistis Carinii*, el 58.3% (247)( $p=0.001$ ), desestimando la saliva como mecanismo de transmisión el 61.1% (259)( $p=0.01$ ). En relación a las opiniones hacia la participación del nivel primario de salud en la asistencia de enfermos de SIDA, el 49.3% (209)( $p=0.01$ ) de este colectivo manifestó estar "*absolutamente en desacuerdo*" en otorgar únicamente al nivel hospitalario un papel principal en la lucha contra esta enfermedad. Con respecto a las actividades de formación continuada seguidas por los médicos de cabecera con ejercicio en EAP, estas fueron las siguientes: el 39.2% (166)( $p=0.000001$ ) sesiones clínicas en el centro de trabajo, el 29.2% (124)( $p=0.00001$ ) sesiones bibliográficas, el 71.2% (302)( $p=0.02$ ) la entrevista informal con otros compañeros, y el 24.1% (102) la asistencia a pacientes en rotaciones hospitalarias.

La única especialidad médica que tuvo una posible influencia en algunas respuestas u opiniones fue medicina de familia. En este colectivo desaconsejaron la realización de la serología VIH, el 58.5% (110)( $p=0.02$ ) en estudios preoperatorios, el 86.7% (163)( $p=0.001$ ) como requisito prematrimonial, el 79.3% (149)( $p=0.000001$ ) en la incorporación al Servicio Militar, el 89.4% (168)( $p=0.008$ ) al cruzar la frontera española, y el 93.6% (176)( $p=0.02$ ) como práctica sistemática en la población. Con respecto a los conocimientos de este grupo profesional, el 89.4% (168)( $p=0.00003$ ) conocían la eventual posibilidad del "*período de ventana serológica*", desestimando como mecanismos de transmisión del VIH al beso el 83.5% (157)( $p=0.00001$ ), a la saliva el 66% (124)( $p=0.08$ ), a la vacunación el 89.4% (168)( $p=0.0001$ ), y a la picadura de insectos el 76.6% (144)( $p=0.01$ ). En cuanto a las actividades de formación continuada de los médicos especialistas en medicina de familia, señalaron su participación el 50.4% (94)( $p=0.0000005$ ) en sesiones clínicas en el centro de trabajo, el 41.5% (78)( $p=0.01$ ) en sesiones bibliográficas, el 35.6% (67) ( $p=0.01$ ) en la asistencia a pacientes de SIDA en rotaciones hospitalarias, y el 25.5% (48) ( $p=0.01$ ) haber recibido información a través de los visitantes médicos de la industria farmacéutica.

**3.10 RESULTADOS.**  
**ANALISIS DE CORRESPONDENCIA.**

La necesidad de profundizar en el estudio acerca de ciertos factores moduladores de actuación u opinión llevó a la aplicación del análisis de correspondencia a la encuesta.

Se trataba de identificar mediante análisis multivariado grupos de encuestados que compartieran niveles parecidos de opinión o de actuación profesional. El objetivo final sería identificar ciertas características de la práctica médica de los encuestados que pudieran sugerir una mayor o menor proclividad a asumir parte de la asistencia a los pacientes afectados por el VIH/SIDA desde el nivel primario de salud.

El trabajo planteado intentaba delimitar en lo posible algunos factores en los encuestados que podrían favorecer o no su participación presente o futura en la asistencia a los pacientes de SIDA en el nivel primario de salud. Para su análisis se empleó la metodología descrita del análisis de correspondencia. A la hora de aplicar el análisis de correspondencia no se seleccionaron ítem correspondientes al área de conocimientos por entender que esta se encontraba plenamente desarrollada en el análisis descriptivo y por estimar que en un estudio de éstas características los conocimientos no pueden tener un gran poder de discriminación a la hora de conocer resistencias o simpatías acerca de la asistencia al SIDA en el nivel primario de salud. Los conocimientos siempre pueden ser mejorados mediante formación. Cambiar actitudes, por el contrario, puede ser más complicado.

Los ítem seleccionados permitían aproximarse a identificar aquellos grupos más o menos proclives a la asistencia de los pacientes VIH/SIDA en el nivel primario de salud.

En el apartado de: "*Participación reciente en la atención de pacientes VIH/SIDA*", se seleccionaron diferentes ítem correspondientes a actuaciones profesionales del propio médico de cabecera como:

- conocimiento acerca de la existencia de pacientes afectados en su cupo médico (ítem 48).
- tratamiento de procesos intercurrentes en pacientes VIH/SIDA por parte del médico de cabecera (ítem 59).
- aporte de normas higiénicas o preventivas a pacientes en riesgo de SIDA (ítem 62).
- seguimiento clínico de pacientes VIH/SIDA (ítem 63).
- solicitud de serología VIH en pacientes de riesgo (ítem 68).

En el área de "*Opiniones acerca de la implicación del nivel primario de salud en la atención del VIH/SIDA*" se seleccionaron diferentes ítem. En ellos se preguntaba el acuerdo o desacuerdo hacia la asunción de diferentes labores por parte del médico de atención primaria

en el diagnóstico, seguimiento o tratamiento de la enfermedad. Los ítem eran concretamente los siguientes:

- "El médico de atención primaria y el resto del equipo de salud tiene un papel a jugar en la lucha contra el SIDA" (ítem 76).
- "El nivel primario de salud debe participar en la educación sanitaria de la población general sobre el SIDA" (ítem 78).
- "El nivel primario de salud y el médico de atención primaria deben asumir un papel principal en el seguimiento clínico de los afectados por el agente causal del SIDA" (ítem 80).

Se desarrollan a continuación las correspondencias detectadas en las áreas del cuestionario señaladas, junto con tablas en las que se contienen los valores de la *inercia*, como medida de la asociación. Para obtener los factores a estudiar se han seleccionado aquellos con *valores propios* más elevados y que podrían explicar un elevado porcentaje de la *inercia*.

En las tablas 98 y 99 aparecen datos diferenciados según se hayan utilizado 5 u 8 factores respectivamente. La diferencia entre 5 y 8 factores radica en un intento de obtener más información.

FACTORES O VARIABLES	VALORES PROPIOS	PORCENTAJE DE INERCIA	PORCENTAJE ACUMULADO DE INERCIA
1	0.290	29.0	29.0
2	0.172	17.2	46.2
3	0.127	12.7	58.9
4	0.110	11.0	69.9
5	0.107	10.7	80.6
6	0.082	8.2	88.8
7	0.066	6.6	95.4
8	0.046	4.6	100.0

Tabla 98. Análisis de correspondencia. Extracción de factores.

FACTORES O VARIABLES	VALORES PROPIOS	PORCENTAJE DE INERCIA	PORCENTAJE ACUMULADO DE INERCIA
1	0.325	32.5	32.5
2	0.261	26.1	58.6
3	0.178	17.8	76.4
4	0.130	13.0	89.4
5	0.106	10.6	100.0

Tabla 99. Análisis de correspondencia. Extracción de factores.

En la tabla 98 los dos primeros factores tienen los *valores propios* más elevados, correspondiendo al factor 1 o primer factor un 29%, y al factor 2 o segundo factor un 17.2% del porcentaje de la inercia. Entre ambos factores explicarían un 46.2% del total de la varianza acumulada.

En la tabla 99 los dos primeros factores tienen los *valores propios* más elevados, explicando el 32.5%, y 26.1% del porcentaje de inercia, correspondiendo a un 58.6% del porcentaje total de la inercia.

La representación gráfica de los resultados del análisis de correspondencia para los factores 1 y 2 (tablas 98 y 99), delimitaría dos ejes que en función de sus correspondencias positivas o negativas se traduciría en cuatro áreas (figuras 3 y 4).

Los resultados del análisis de correspondencia muestran de manera clara y significativa la existencia de al menos dos ejes, factores o dimensiones latentes. El primer eje podría ser denominado como de "*experiencia sobre la enfermedad*", ya que identifica y discrimina con extrema claridad y de manera contrapuesta a las variables o ítem que evalúan dicha cuestión. El segundo eje, podría ser denominado como de "*predisposición a la colaboración*" en los aspectos de educación sanitaria, y planificación sanitaria como participación del médico de cabecera en la asistencia del SIDA.

Si analizamos estos dos ejes bajo una perspectiva bidimensional, podemos observar como la distribución tanto de variables como de pacientes atendidos por los médicos de cabecera producen un fenómeno de agrupación, que como consecuencia daría origen a dos

grupos importantes de médicos. El primero de ellos relacionaría "*experiencia en la enfermedad por implicación actual*" con colaboración en el seguimiento y tratamiento de la misma. El segundo grupo uniría "*inexperiencia en la enfermedad*" con un probable no deseo de colaboración.

En las figuras 3 y 4 cada área del gráfico de puntos agruparía a grupos de médicos en función de sus respuestas y opiniones. Se detalla a continuación que variables están incluidas en cada área del gráfico.

En la figura 3, construida a partir de los datos de la tabla 98, con un intento de explicar el 46.2% del porcentaje de la inercia, el **área A** incluye a las siguientes variables:

- no conocer a pacientes afectados en el cupo médico (item 48).
- no haber tratado a pacientes afectados de procesos intercurrentes (item 59).
- no haber aportado normas higiénicas o preventivas a pacientes en riesgo (item 62).
- no haber realizado ningún tipo de seguimiento clínico a afectados (item 63).
- no haber solicitado serología a pacientes en riesgo (item 68).

En la figura 3 el **área B** incluye a las siguientes variables:

- conocer a pacientes afectados en el cupo del médico (item 48).
- haber tratado a pacientes afectados de procesos intercurrentes (item 59).
- haber aportado normas higiénicas o preventivas a pacientes en riesgo (item 62).
- haber realizado algún tipo de seguimiento clínico a pacientes afectados (item 63).

- haber solicitado serología a pacientes en riesgo (item 68).
- estar de acuerdo en otorgar al médico de atención primaria y al resto del equipo de salud algún papel en la lucha contra el SIDA (item 76).
- estar de acuerdo en que el nivel primario de salud ha de participar en la educación sanitaria de la población general sobre el SIDA (item 78).
- estar de acuerdo con que el nivel primario de salud y el médico de atención primaria asuman un papel principal en el seguimiento clínico de los afectados (item 80).

En la figura 3 el **área C** incluye a las siguientes variables:

- estar en desacuerdo con que el nivel primario de salud y el médico de atención primaria asuman un papel principal en el seguimiento clínico de los afectados (item 80).

En la figura 3 el **área D** incluye a las siguientes variables:

- estar en desacuerdo con que el médico de atención primaria y el resto del equipo de salud tenga algún papel en la lucha contra el SIDA (item 76).
- estar en desacuerdo con que el nivel primario de salud deba participar en la educación sanitaria de la población general sobre el SIDA (item 78).

La figura 4 contiene la representación gráfica de los datos procedentes de la tabla 99, en un intento de explicar un porcentaje de inercia más elevado, 58.6%.

En la figura 4 el **área A** incluye a las siguientes variables:

- no conocer a pacientes afectados en el cupo médico (item 48).
- no haber tratado a pacientes afectados de procesos intercurrentes (item 59).

En la figura 4 el **área B** incluye a las siguientes variables:

- conocer a pacientes afectados en el cupo médico (item 48).
- haber realizado tratamiento de procesos intercurrentes en afectados (item 59).
- estar de acuerdo con que el médico de atención primaria y el resto del equipo de salud tengan un papel a jugar en la lucha contra el SIDA (item 76).
- estar de acuerdo con que el nivel primario de salud deba participar en la educación sanitaria de la población general sobre el SIDA (item 78).
- estar de acuerdo con que el nivel primario de salud y el médico de atención primaria deban asumir un papel principal en el seguimiento clínico de los afectados (item 80).

El factor 1 correlacionaría positivamente las variables relativas a la experiencia clínica con los pacientes de VIH/SIDA, con el factor 2 alusivo a las variables que expresarían confianza en que el nivel primario de salud desempeña algún tipo de papel en la lucha contra el SIDA. Es decir: haber realizado algún tipo de tratamiento de problemas agudos, haber impartido algún consejo, haber solicitado serología VIH, y conocer en su población adscrita a pacientes infectados por el VIH/SIDA, se asociaría con mostrar actitudes positivas hacia la participación de los profesionales de atención primaria en esta enfermedad.

En cuanto a las correlaciones negativas existe total correspondencia entre las variables alusivas a no haber realizado ningún tipo de acto médico con estos pacientes, no conociendo su existencia en el cupo médico (factor 1), y el desacuerdo en otorgar al nivel primario de salud diferentes acciones en materia de prevención, información o seguimiento clínico de los pacientes (factor 2).

Existiría una serie de similitudes entre aquellos encuestados que no conocen en su cupo médico la existencia de pacientes afectados por el VIH, junto con aquellos que no han tratado problemas de salud intercurrentes en pacientes enfermos, no han aportado normas higiénicas a pacientes en riesgo de SIDA, no han realizado ningún seguimiento clínico, y no han solicitado serología VIH en pacientes de riesgo, y viceversa. Por el contrario se ha encontrado un grupo entre los médicos que conocían en su población adscrita la existencia de pacientes afectados, habían tratado de procesos intercurrentes a pacientes afectados por el VIH, y habían solicitado serología VIH a pacientes en riesgo.

De otro lado se han identificado correspondencias entre las opiniones de los médicos acerca del acuerdo mostrado en jugar un papel en la lucha contra el SIDA y en las opiniones acerca de asumir por parte del médico de atención primaria un lugar principal en el seguimiento clínico de los afectados. En contraposición ha existido asociación entre médicos que están en desacuerdo: en otorgar al médico de atención primaria y al resto del equipo de salud un papel a jugar en la lucha contra el SIDA, en la participación del nivel primario de salud en la educación sanitaria de la población general sobre el SIDA, y en que el médico de cabecera asuma un papel principal en el seguimiento clínico de los pacientes afectados por el VIH.

Parecería entonces que existen dos grandes grupos de correspondencias:

**1. Médicos con algún grado de implicación asistencial que:**

- . conocen en su cupo pacientes afectados.
- . les han tratado de problemas de salud intercurrentes.
- . han solicitado serología a pacientes en riesgo.
- . han realizado algún tipo de seguimiento clínico a los pacientes.
- . están de acuerdo en otorgar un papel principal al médico de atención primaria en el seguimiento clínico de los pacientes, asumiendo que el nivel primario de salud debe jugar algún papel en la lucha contra la enfermedad y que debe participar en la educación sanitaria de la población general sobre el SIDA.

**2. Médicos sin ninguna implicación asistencial que:**

- . no conocen en su cupo pacientes afectados.
- . no les han tratado de problemas de salud intercurrentes.
- . no han solicitado serología VIH a pacientes en riesgo.
- . no han aportado normas higiénicas a pacientes en riesgo.
- . no han realizado ningún tipo de seguimiento clínico.
- . están en desacuerdo con otorgar al médico de cabecera y al resto del equipo de atención primaria un papel a jugar en la lucha contra el SIDA, y en la educación sanitaria de la población general.

Por último existiría en el gráfico una zona que podría representar a un grupo de médicos de cabecera que están en desacuerdo en asumir un papel principal en el seguimiento de los enfermos de SIDA, encontrándose cerca de otros grupos de médicos que no han tenido contacto, y de otros que conocen a pacientes afectados en sus cupos habiéndoles tratado de problemas de salud intercurrentes.

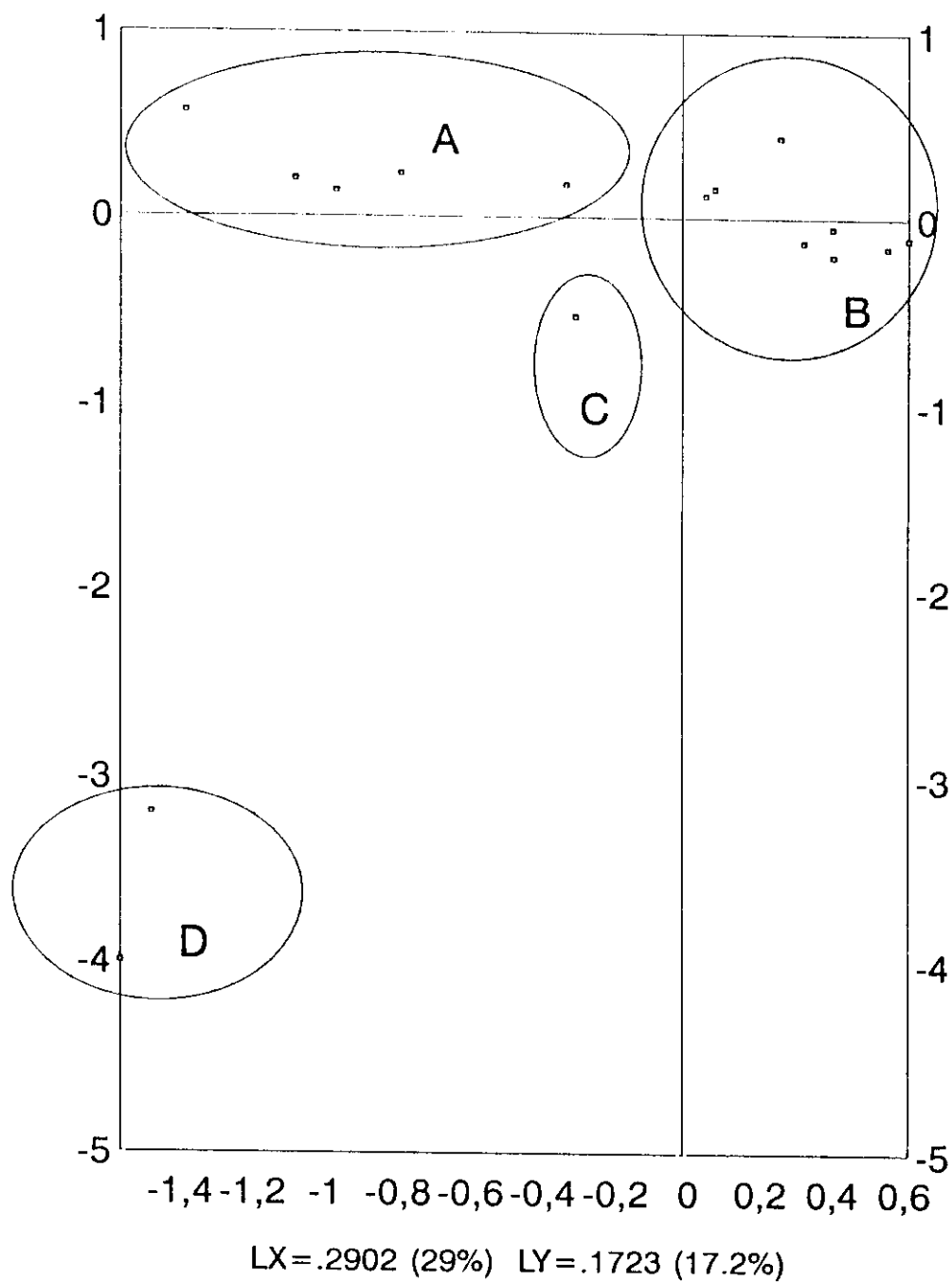


Fig.3 ANALISIS DE CORRESPONDENCIA (I)

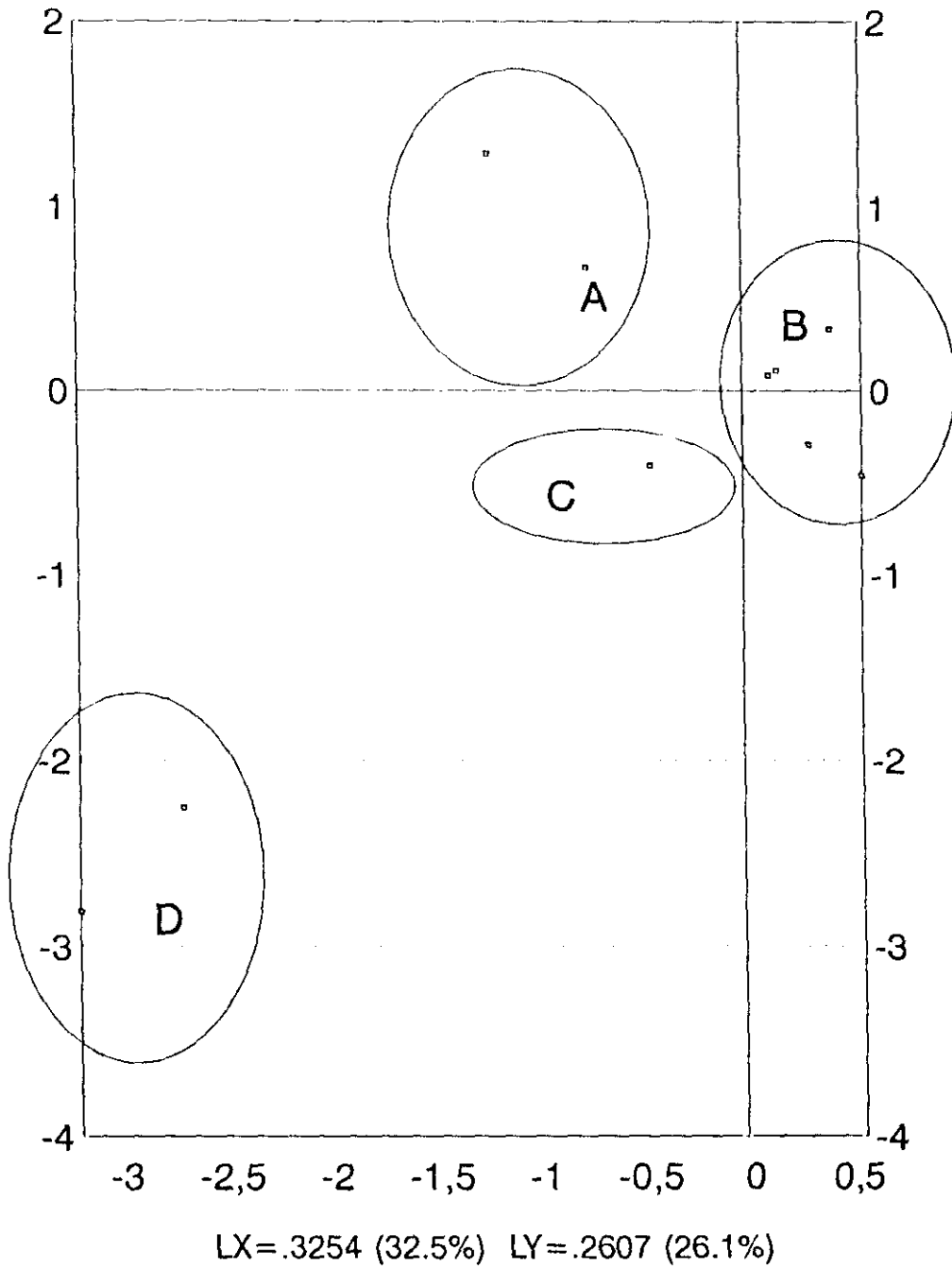


Fig.4 ANALISIS DE CORRESPONDENCIA (II)

#### **4. DISCUSSION**

**4.1 DISCUSION.  
CONSIDERACIONES GENERALES.**

La intención de asegurar respuestas objetivas en estudios de opinión requiere garantizar absoluto anonimato, lo cual precisa la completa omisión de datos demográficos e identificativos. Para incrementar la mayor cobertura del cuestionario se requieren sucesivos envíos del cuestionario, lo cual podría ir en detrimento de la mayor sinceridad en las respuestas a dicho cuestionario. Asimismo en algunos estudios postales la participación en el mismo puede estar favorecida con incentivos materiales o incluso monetarios. En nuestro estudio el único incentivo ofrecido ha sido el conocimiento de los datos más relevantes del mismo una vez finalizada y presentada la investigación.

El número de cuestionarios recibidos en éste estudio podría parecer a simple vista bajo, pero existen diferentes factores que pueden hacer considerar el resultado como normal en nuestro medio.

En cualquier estudio sobre conocimientos o actitudes es difícil alcanzar tasas de contestación superiores al 80%<sup>171</sup>. Las cifras alcanzadas en la situación más favorable oscilarían entre el 65 y el 80%. Intentos sucesivos en cuestionarios postales podrían elevar la cifra hasta el 85%. Se ha llegado a sugerir que en cuestionarios autoadministrados por vía postal un mínimo del 26% de los encuestados no suelen responder<sup>171</sup>, y que un porcentaje aproximado del 7% en encuestas postales serían candidatos no elegibles por diversas circunstancias<sup>171</sup>.

Estudios realizados en nuestro país ponen de manifiesto la dificultad de alcanzar tasas elevadas de contestación por médicos a encuestas sobre comportamiento y salud realizadas por correo. Se ha sugerido la dificultad de alcanzar tasas de respuestas superiores al 50%<sup>172</sup>. Una encuesta postal<sup>198</sup>, en algunos aspectos similar a la presentada, realizada en Cánada y Estados Unidos tuvo una tasa de respuesta del 40%. Sus autores estimaron que dado que no se realizarían intentos sucesivos de encuesta, se trataba de un número de respuestas que entraría en rangos normales teniendo en cuenta que se trataba de grupos heterogéneos de médicos y que se realizaban preguntas relativamente comprometidas sobre el SIDA. Otro estudio similar realizado sobre médicos con ejercicio en un hospital universitario de Minnesota arrojó una tasa de respuesta del 46%<sup>287</sup>, y uno más realizado sobre médicos de atención primaria de Louisiana fue cumplimentado por el 21.6% de los encuestados<sup>268</sup>. Este hecho sugiere la amplia variabilidad de los índices de respuesta a cuestionarios postales enviados a los médicos, cifrada en Estados Unidos entre el 41 y el 80%<sup>171</sup>.

A factores probablemente idiosincrásicos que posibilitan la baja tasa de respuesta se unen otros ya señalados en estudios aludidos<sup>172</sup>, como la imprecisión en los listados de los candidatos a encuestar, o posibles deficiencias en el correo postal.

Es ilustrativo al respecto un estudio<sup>173</sup> que se realizó en el ámbito del nivel primario de salud de Manresa sobre médicos y enfermeras. Se les remitió un cuestionario de opinión sobre la asistencia a los pacientes en fase terminal. Esta encuesta se distribuyó por correo y se

recogió en el propio lugar de trabajo en el transcurso de una reunión en la que se informó de la puesta en marcha de un programa de salud destinado a esos mismos enfermos. La tasa de respuesta fue del 89.4%, entendiéndose que evidentemente fue favorecida por la propia presencia física de los autores de la investigación, a la hora de la cumplimentar la encuesta. Es llamativo que en éste mismo grupo de profesionales una encuesta postal de opinión sobre oxigenoterapia domiciliaria realizada dieciocho meses después arrojara un índice de respuesta del 40%.

Otra encuesta<sup>174</sup> realizada sobre médicos de atención primaria en la que se trataba de investigar la actitud hacia la puesta en marcha de los centros de salud arrojó una tasa de respuesta del 59%.

Por último, en una encuesta<sup>278</sup> sobre SIDA dirigida a profesionales médicos, de enfermería y de trabajo social de un Area Sanitaria de Madrid, remitida por correo postal al propio centro de trabajo, se obtuvo un 48% de respuestas.

Estos datos nos permite afirmar, por tanto, que el porcentaje de respuestas alcanzado en nuestro estudio puede entrar dentro de lo esperado para una encuesta de opinión dirigida a médicos españoles.

En este estudio, de un lado, pueden existir verdaderas disonancias entre los listados de los médicos que fueron facilitados por el Insalud, y la presencia de dichos profesionales en los centros sanitarios. Este hecho puede obedecer además de a otros factores señalados anteriormente a la amplia reforma que está sufriendo el nivel primario de salud. De otro, ha existido un número nada despreciable de encuestas en las que no han cumplimentado los encuestados ningún tipo de variable demográfica (edad, sexo,...). El número asciende en el caso de la edad al 12.7% de encuestas donde no figuraba cumplimentada dicha variable.

Cabe suponer que el número de respuestas habría sido considerablemente inferior si se hubieran introducido en el texto claves o señales identificativas. Somos conscientes de haber jugado una baza comprometida.

Asimismo somos plenamente conscientes de las limitaciones del estudio, y de que las consecuencias de éste sólo pueden ser extraídas de los datos existentes, sin permitir ningún tipo de extrapolación. Cabe la posibilidad de que los encuestados representen más un sector de médicos que a otros en razón de su disposición a colaborar.

**4.2 DISCUSION.**  
**AREA DE CONOCIMIENTOS.**

El número de médicos que identificaron correctamente a un virus como el agente causal del SIDA (tabla 10) es prácticamente igual al obtenido en un estudio<sup>209</sup> realizado en 1988 sobre médicos españoles con ejercicio hospitalario.

El porcentaje de médicos que respondieron correctamente a la pregunta acerca de las vías de transmisión del agente del SIDA (tabla 11) es exactamente el mismo que en el estudio de Arredondo et al<sup>209</sup> sobre una muestra de sanitarios españoles con ejercicio hospitalario. La suma de todos los ítem anteriores pone de manifiesto que algunos de los encuestados contestaron a más de un ítem, concretamente 9, cantidad ésta irrelevante sobre un total de 993 encuestados.

La mayoría de los médicos de cabecera de Madrid respondieron correctamente a la pregunta acerca del medio diagnóstico adecuado para documentar la infección por VIH: los métodos serológicos (tabla 12). La validez de estos métodos: fiabilidad, sensibilidad, especificidad y valor predictivo en poblaciones seleccionadas, hace que sean las exploraciones complementarias de elección tanto en el cribado como en el diagnóstico de confirmación. El cultivo, o aislamiento viral, el "*patrón oro*", evidentemente es una prueba altamente sensible pero tan poco específica que desaconseja su uso rutinario, siendo, por lo demás, el montaje de estas técnicas inaccesible para algunas instituciones sanitarias. Nuevamente 13 encuestados contestaron a más de un ítem siendo mayoritario el acierto en las respuestas.

Las pruebas serológicas utilizadas actualmente están basadas en **enzimoanálisis** (EIA o ELISA) de diferentes generaciones y en otras técnicas como el *Western Blot*, *inmunofluorescencia indirecta* y la *radioinmunoprecipitación* (RIPA). Todavía no existe amplia difusión de las técnicas que permiten la detección de la infección por VIH mediante amplificación de ácidos nucleicos<sup>238</sup>.

Los resultados obtenidos en el cuestionario sobre los médicos de cabecera madrileños son mejores que los procedentes de otras series. Así, en dos estudios realizados en Los Angeles<sup>178</sup> y en Nueva York<sup>207</sup> (Estados Unidos) sólo conocían el diagnóstico serológico de la infección por VIH el 65.9% y el 51% de los médicos encuestados, respectivamente.

Un porcentaje elevado de médicos de atención primaria de Madrid identificaron correctamente al linfocito CD4 como la célula diana de la infección por el VIH (tabla 13).

Es llamativo el gran número de encuestados que se manifestaron a favor de indicar la realización de marcadores serológicos a los pacientes heroinómanos (tabla 14), dada la concurrencia de conductas de riesgo. Este patrón epidemiológico para el VIH es característico no sólo de nuestro país, sino también dentro del ámbito europeo en Italia y sur de Francia.

El número de médicos encuestados que estimaron conveniente la realización de la serología VIH a homosexuales, 968 (97.5%)(tabla 15) fue ligeramente superior al de un estudio<sup>199</sup> realizado en Australia, fijado en el 95%.

Asimismo los médicos de atención primaria se decantaron mayoritariamente por la solicitud de marcadores serológicos a hijos nacidos de madres infectadas por el VIH (tabla 16), indicación ésta unánimemente aceptada en la bibliografía<sup>87,88,260</sup>.

Parece también una creencia mayoritaria de los encuestados la realización de serología VIH en parejas con conductas de riesgo que proyecten tener descendencia (tabla 17). La labor de consejo sobre futura descendencia y la historia clínica de exposición al VIH, presente o pasada, debería ser accesible a todos los ciudadanos. Las condiciones de accesibilidad del nivel primario de salud son el marco más idóneo para esta labor.

La mayoría de los médicos se manifestaron de acuerdo con indicar realización de serología VIH cuando fuera una condición necesaria para el diagnóstico clínico del paciente (tabla 18). Otro aspecto diferente sería su solicitud indiscriminada en baterías de pruebas, sin criterio de idoneidad clara. La indicación real de la prueba, en este caso, sería cuando un cuadro clínico no se puede explicar ni diagnosticar correctamente en ausencia de dicha exploración complementaria.

Igualmente y de acuerdo con la legislación vigente los médicos encuestados refieren la necesidad de realizar serología VIH ante donaciones de tejidos, sangre y órganos (tabla 19).

Desde la aparición del VIH/SIDA ciertos pacientes acuden a los servicios sanitarios demandando la realización de la serología VIH. En algunas ocasiones existen conductas de riesgo que justifican dicha solicitud. En otras, puede haber existido algún tipo de exposición al VIH, generalmente sexual, y aislada, que genera el temor de haber sido inoculado.

Esta tipología de paciente, asintomático, con alguna exposición de riesgo ocasional y que demanda la realización de la prueba<sup>101</sup> es conocido en la bibliografía anglosajona como el "*worried well*", es decir, el "sano preocupado". A pesar de la explicación del bajo riesgo de una exposición<sup>85</sup> al VIH, la angustia puede ser tal que finalmente sea necesaria la realización de la serología y, lógicamente por la dinámica seroepidemiológica, la repetición de la misma a intervalos regulares<sup>88</sup>.

Del análisis de los datos de la encuesta se deriva que la solicitud de serología VIH a personas sin conductas de riesgo que lo soliciten tiene entre los médicos de cabecera encuestados casi tantos partidarios como detractores (tabla 20). Otra situación distinta sería la petición por parte de los pacientes de la serología al VIH, atribuyendo la causa de cuadros clínicos mal definidos y abigarrados al SIDA.

Con respecto a la petición de serología VIH a pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente es llamativo en el estudio un equilibrio entre los partidarios y no partidarios de la misma, así como una cifra de encuestados nada desdeñable, 118 (11.9%), que no contestan o no saben cual sería su actuación en tal caso (tabla 21). Se trata de un tema de diario debate en los medios sanitarios.

En ocasiones, la solicitud de la serología VIH se realiza más como carácter defensivo del propio profesional que como preventivo y beneficioso del paciente. En un estudio realizado en Gran Bretaña<sup>181</sup>, entre diferentes colectivos profesionales, el 12% de los médicos de cabecera fueron partidarios de realizar serología VIH antes de cirugía a todos los pacientes, porcentaje que fue ascendiendo, 83%, 84%, 86%, 71% si el enfermo era homosexual, heroinómano, hemofílico, o presentaba enfermedades de transmisión sexual, respectivamente. Diferentes estudios<sup>239-241</sup> procedentes de hospitales de Estados Unidos muestran que en pocas ocasiones son seguidos por los profesionales los criterios de idoneidad<sup>86-88</sup> que deben presidir la realización de dicha prueba. Estos son: indicación correcta, consentimiento informado y educación sanitaria antes y después de la realización de la prueba.

En uno de los estudios aludidos<sup>239</sup> los criterios de idoneidad eran más adecuados en las solicitudes de serología VIH realizadas por los médicos de familia.

La supuesta transmisión en el medio profesional<sup>227</sup> del VIH a ciertos pacientes, ha puesto todavía más en entredicho la práctica, no recomendable, de solicitar la serología VIH a todo paciente en que se fuera a realizar un procedimiento invasivo. El derecho asiste por igual a los pacientes que deseen conocer el status serológico del profesional sanitario que los atiende. Es posible entrar en una dinámica no deseable de mutua solicitud de serología VIH y mutua desconfianza médico-paciente que en nada beneficia a dicha relación, basada precisamente en la confianza. Es necesario extremar las así conocidas como "**Precauciones Universales**"<sup>226</sup> y, en el caso de profesionales sanitarios seropositivos al VIH, proceder por parte de ellos a la autoexclusión de la realización de procedimientos invasivos que puedan transmitir el VIH.

Los médicos de atención primaria de Madrid encuestados se manifestaron partidarios de practicar serología VIH a los profesionales sanitarios que hayan sufrido inoculaciones accidentales (tabla 22).

La estricta observancia de las "**Precauciones Universales**" no siempre evitará un accidente. El trabajador debe ser estudiado en condiciones lo más cercanas al momento del accidente. Requiere asimismo ser evaluado periódicamente, tanto en los aspectos clínicos, como psicológicos, documentando la fuente de infección, y valorando, incluso, la posibilidad de administración de antiretroviricos en las primeras horas post-exposición<sup>244</sup>. El bajo número

de seroconversiones<sup>245</sup> detectado, no obvia el establecimiento de políticas de bioseguridad frente al VIH conocidas por todos los profesionales en cada centro sanitario.

El número de médicos de atención primaria de Madrid favorables al cribado serológico prematrimonial para el VIH, 98 (9.9%), (tabla 23) es bastante inferior al referido en otro estudio, 56%, realizado sobre médicos de familia norteamericanos<sup>205</sup>.

A este respecto, es necesario hacer varias consideraciones<sup>246</sup>: 1. El matrimonio no es condición necesaria, ni imprescindible, para la iniciación y mantenimiento de relaciones sexuales. 2. El matrimonio entre homosexuales se encuentra regulado en pocos países, por lo que quedarían fuera de la supuesta normativa. 3. Las experiencias de cribado sistemático pre-nupcial, iniciadas en algunos lugares (Estado de Illinois)<sup>247</sup> han aportado datos sobre la escasa efectividad de la medida, alto costo de la misma y el aumento del número de enlaces nupciales en estados próximos a Illinois, en los que no era obligatoria dicha medida premarital. No parece así conveniente mezclar conceptos de moralidad con otros propios de la vigilancia epidemiológica de una enfermedad infecciosa.

La vía de transmisión del VIH es compartida con otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Es por ello que en ocasiones es posible recomendar la realización de serología VIH ante cualquier ETS<sup>87-88</sup>. En la tabla 24 se observa el equilibrio que se detectó en la encuesta: 483 (48.6%) eran partidarios de la misma, y 431 (43.4%) contrarios.

Existen diferentes situaciones que pueden aumentar el riesgo de transmisión del VIH cuando coexisten otras ETS: ulceraciones<sup>248</sup>, o soluciones de continuidad entre mucosas erosionadas susceptibles de sangrar. Asimismo, la presencia de supuraciones en genitales produce localmente un acumulo de linfocitos, muchos de los cuales, en caso de seropositividad, estarán infectados por el VIH.

La experiencia demuestra que el rendimiento de la serología VIH, en términos de seropositividad, aumenta cuando se realiza de forma anónima y sin ser solicitada en clínicas de ETS<sup>249</sup>.

Es razonable ante cualquier ETS<sup>250</sup> ofrecer al paciente asesoramiento sobre medidas preventivas en relación con ETS. Si las circunstancias sobre riesgo de exposición así lo hacen necesario, puede ser conveniente la realización de la serología VIH con el lógico consentimiento. De otro lado, también sería aconsejable en todos los pacientes que acuden a los servicios sanitarios la obtención de historias clínicas de exposición al VIH<sup>108</sup>. Una vez valorada la situación particular, se solicitará, o no, la serología atendiendo al riesgo concreto.

La mayoría de los médicos encuestados, 816 (82.2%) (tabla 25), se manifestaron de acuerdo en indicar la realización de serología VIH a los reclusos. En la población reclusa, las

propias características del aislamiento y de marginalidad, pueden hacer coexistir conductas de riesgo que favorezcan la transmisión del VIH. Ello favorece que la actitud hacia la realización de la serología VIH a ésta población goce socialmente de cierta permisividad<sup>251</sup>.

Como regla general, no debe ser permitida la realización de la serología VIH si ello no lleva aparejado el acceso, en condiciones de equidad, a alternativas sanitarias y sociales para la población reclusa. El aspecto más importante de conocer el status serológico debería ser la modificación de las conductas tendentes<sup>252-256</sup> a evitar la incidencia de la infección por el VIH, así como la transmisión del mismo a otros.

La segregación de los reclusos infectados produciría en ellos mismos reinfecciones repetidas y falso sentimiento de seguridad en los seronegativos que pudieran encontrarse en "*período de ventana serológica*".

El mayor número de médicos encuestados se mostraron partidarios de realizar serología a las prostitutas, 950, (95.7) (tabla 26). Al igual que se ha señalado anteriormente, la práctica de la realización de serología VIH a las prostitutas puede gozar de cierto predicamento. Ello puede obedecer a la asociación detectada entre ciertos hábitos sexuales y la incidencia del VIH.

Un reciente estudio<sup>254</sup> realizado en nuestro país demuestra que la prevalencia del VIH en las prostitutas españolas no usuarias de drogas por vía parenteral es baja. La seroprevalencia era del 16% en dicha situación. En el caso de prostitución asociada a drogadicción la seroprevalencia ascendía al 60%. Las seroprevalencias detectadas en ciertas áreas del Africa Subsahariana, donde el mecanismo de transmisión es predominantemente heterosexual, varían entre el 11% y el 61%<sup>254</sup>.

Se impone por tanto la educación para la salud en esta población para favorecer las conductas más saludables que interrumpan la transmisión sexual<sup>255</sup>. Estas medidas pasan por el asesoramiento a dichos colectivos, garantizando la accesibilidad a preservativos y jeringas estériles, y favoreciendo las relaciones basadas en el sexo seguro<sup>256</sup>.

La adolescencia es una etapa vital en la que pueden concurrir conductas como: indefinición o ambigüedad sexual, una cierta promiscuidad y los primeros contactos con drogas ilegales. La larga latencia del VIH/SIDA con el consiguiente diagnóstico en edades más tardías, hace suponer que muchos casos de VIH/SIDA pueden haber sido adquiridos en la adolescencia. Parecería entonces una buena práctica de vigilancia epidemiológica la realización de cribados en ciertas etapas vitales como: incorporación al Servicio Militar, o gestación. En el presente estudio la opinión mayoritaria de los médicos de atención primaria de Madrid es contraria a aquella medida, 673 (67.8%)(tabla 27).

La realización de dicha prueba, en Estados Unidos<sup>257</sup>, país donde este tipo de estudios gozan de mayor tradición, comenzó en 1985. Son excluidos del cribado candidatos con defectos de coagulación sanguínea, usuarios de drogas por vía parenteral y homosexuales, causas éstas de exclusión del servicio. Ciertos grupos etarios, como minorías étnicas, y raciales, están infrarepresentados. La seroprevalencia obtenida en reclutas (0.15%) cuando es corregida con respecto a variables de edad, sexo, grupos étnicos, es comparable a la seroprevalencia obtenida en la población adulta estadounidense (0.14%). Un aspecto a valorar sería la evaluación del coste-beneficio de estos cribados masivos en colectivos de baja prevalencia.

Para poder afirmar la idoneidad de esta medida en nuestro país, son necesarios estudios de seroprevalencia que permitan un mayor acercamiento a la hora de definir las poblaciones "centinelas".

La situación geográfica de nuestro país, encrucijada de tres continentes, le coloca en una situación idónea para permitir el paso de ingentes cantidades de viajeros. A ello contribuye la movilidad geográfica, favorecida por los modernos medios de locomoción propios de nuestro tiempo.

El derecho a la libertad de movimientos es limitado en algunos países que pueden mantener barreras tanto al VIH como a prostitución o drogadicción. Evidentemente al tratarse de conductas o condiciones que pueden elevar un cierto grado de restricción, no son referidas por los viajeros. El VIH/SIDA hace que se enfrenten conceptos propios de la Salud Pública y la Policía Sanitaria con otros pertenecientes a la esfera de los Derechos Humanos.

En nuestro estudio únicamente 70 médicos (7.0%)(tabla 28) se manifestaron de acuerdo con el cribado para VIH al cruzar la frontera española. Comparando los datos obtenidos en nuestro estudio con los de otro realizado en Gran Bretaña<sup>182</sup>, se aprecia que los médicos de cabecera británicos mantienen actitudes más favorecedoras del cribado sistemático, sobre todo en viajeros procedentes de Africa. De ellos el 35% sugieren el análisis, el 18% no se decanta por ninguna opción y el 51% se declaran contrarios.

La posibilidad de falta de validez de las pruebas utilizadas<sup>258</sup>, la posibilidad de adopción de medidas restrictivas y/o coercitivas en los seropositivos, los elevados costos del cribado sistemático e indiscriminado a toda la población y la lógica repetición de la serología a intervalos regulares, desaconsejan la realización de cribados masivos<sup>86-87</sup>. Los médicos de cabecera madrileños encuestados no se muestran partidarios, 857 (86.3%)(tabla 29), de la realización de cribados sistemáticos para el VIH a toda la población.

Otro aspecto diferente sería la realización de "*pruebas anónimas no relacionadas*"<sup>259</sup>. Este método de vigilancia epidemiológica consiste en la realización de la serología VIH con el

fin de monitorizar su seroprevalencia en poblaciones seleccionadas. Para ello, se reserva una pequeña cantidad del suero procedente de todas las muestras sanguíneas recolectadas en los centros sanitarios y separando completamente especimen y datos demográficos se somete a aquél a las pruebas que se estimen conveniente.

Este método de vigilancia epidemiológica, cuando se realiza en condiciones de absoluto anonimato y con una metodología rigurosa en la selección de las poblaciones, ha mostrado su utilidad. Es factible la realización de la misma con diferentes intervalos de tiempo a fin de monitorizar tendencias temporales en la infección.

La serología VIH se ha convertido en la exploración complementaria que más conflictividad ha producido en la reciente historia de la Medicina. Tras su introducción en la práctica clínica comenzaron a surgir problemas derivados de su empleo: unos como consecuencia de la propia naturaleza de la prueba (existencia de falsos positivos y necesidad de confirmación) y otros de claro componente social (consentimiento informado, secreto profesional, confidencialidad y posibilidad, no deseable, de discriminación). Todo ello ha llevado a delimitar, por parte de diferentes administraciones<sup>87-88</sup>, normas o recomendaciones técnicas en orden a garantizar la idoneidad de la prueba.

Los principios generales que han de presidir la solicitud de dicha exploración complementaria pueden concretarse en: indicación estricta, consentimiento informado por parte del paciente y educación sanitaria, antes y después de la prueba. Los diferentes aspectos sobre estos criterios, referidos al cuestionario objeto de estudio, han sido desarrollados previamente.

En nuestro país, la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas sobre el SIDA en su sesión del día 7 de julio de 1992 (Ministerio de Sanidad y Consumo), ha aprobado de forma genérica un documento titulado: "*Criterios que deben presidir la detección de marcadores serológicos de la infección por VIH*"<sup>260</sup>.

En dicho documento se insta a la obtención del consentimiento informado, que debe ser firmado por médico y paciente, la garantía de confidencialidad y las indicaciones en la realización de la prueba.

En ningún momento el documento en cuestión desaconseja la realización de la serología VIH a cualquier paciente cuando las circunstancias clínico-epidemiológicas así lo sugieran y exista consentimiento y garantía de confidencialidad.

El beneficio esperado con el conocimiento del status serológico al VIH de un determinado paciente es la modificación de conducta tendente, tanto a evitar la adquisición de la infección como la transmisión a otros. En ningún momento debe ser válida la política de la

prueba por la prueba, sin poder ofertar y garantizar un acceso a diferentes alternativas preventivas, asistenciales y sociales.

La utilización de los marcadores serológicos de la infección por VIH, en su vertiente preventiva, constituye un recurso útil para evitar la diseminación de la infección<sup>97,235</sup>. Su uso ha de ser juicioso, integrando los aspectos preventivos, asistenciales y de respeto a todos los derechos individuales y colectivos.

Es conocido el hecho de que tras la primoinfección por el VIH, así como en estadios finales de la enfermedad, es posible con los métodos serológicos actuales no detectar la presencia de anticuerpos en suero de pacientes infectados. Ello puede obedecer<sup>116</sup> al ya conocido "*período de ventana serológica*", estimado entre 4 y 12 semanas, a la dificultad en etapas finales de la enfermedad de sintetizar anticuerpos por el sistema inmunológico dañado, o a largos períodos de latencia en transmisión sexual. Tanto la primoinfección como las etapas finales de la enfermedad coinciden con elevadas tasas de viremia<sup>237</sup>.

En un estudio<sup>181</sup> realizado sobre un amplio colectivo de profesionales sanitarios, el 64% de ellos conocía que la existencia en los pacientes de anticuerpos anti-VIH no confería efecto protector, el 3.2% sí creía tal circunstancia, mientras que el 30% no estaba seguro de dicha situación. En nuestro estudio la mayoría de encuestados, 731 (73.6%)(tabla 30), conocía la posibilidad de estar infectado por el VIH y simultáneamente arrojar resultados negativos las pruebas serológicas.

En ningún estudio de los consultados en la bibliografía se ha encontrado pregunta alguna acerca de los principales efectos secundarios de la *Zidovudina*<sup>R</sup>. Por tanto no es posible realizar ningún tipo de comparación. En nuestro estudio únicamente 500 médicos (50.4%)(tabla 32) conocían perfectamente el régimen terapéutico adecuado para prevenir la neumonía por *Pneumocistis Carinii*.

La utilización conjunta de medicación antiretroviral y profiláctica de infecciones oportunistas<sup>120</sup>, está constituyendo en el momento actual la principal herramienta terapéutica en los casos de SIDA. El crecimiento esperado del número de enfermos tributarios de dicha intervención farmacológica, así como la mayor supervivencia de los mismos, hará que progresivamente los médicos de atención primaria se vean involucrados en la administración, control, expedición, o seguimiento de dicha medicación<sup>119,121</sup>. Es, por tanto, conveniente que dichos profesionales conozcan aspectos básicos de diferentes medicaciones.

Existe consenso, prácticamente unánime, en la necesaria precocidad del inicio de la administración de *Zidovudina*<sup>R</sup>. Su uso retrasa la evolución a SIDA y a complejo relacionado con SIDA cuando se administra a pacientes asintomáticos con determinaciones repetidas de linfocitos CD4 por debajo de 500 por milímetro cúbico<sup>132-134</sup>. Asimismo, la administración

preventiva de Co-Trimoxazol (Trimetroprim-Sulfametoxazol) a dosis habituales, más bajas, o intermitentes, previenen la aparición de neumonía por *Pneumocystis carinii* en pacientes infectados por el VIH con recuentos de linfocitos CD4 inferiores a 200-300<sup>125-131</sup>. Otras pautas alternativas han sido la utilización del Isoetionato de Pentamidina<sup>124,126-128</sup>, administrado por vía parenteral o aerosolizada. La administración preventiva de Co-Trimoxazol une a la facilidad de su manejo, bajo costo, y accesibilidad el efecto profiláctico sobre las infecciones por *Toxoplasma gondii*<sup>120</sup>.

Existen diferentes medicaciones profilácticas de infecciones oportunistas que han probado su eficacia en pacientes infectados por el VIH<sup>120</sup>. Estas medicaciones: Co-Trimoxazol, Isoniacida y antifúngicos como el Ketoconazol, son de fácil manejo, no estando sujetas a prescripción, diagnóstico o dispensación hospitalaria en nuestro país. Se ha demostrado su utilidad como prevención de la neumonía por *Pneumocystis carinii*, infección tuberculosa<sup>122,123</sup>, y profilaxis primaria y secundaria de la candidiasis esofágica respectivamente. Se sugiere incluso la administración de antifúngicos como Ketoconazol ante la asociación de disfagia-odinofagia en pacientes infectados por el VIH en presencia de candidiasis oral, clínica sugerente de candidiasis esofágica, sin esperar al diagnóstico por medios endoscópicos.

El número de médicos de este estudio que desestimaron el beso como un mecanismo de transmisión (tabla 33) fue similar al de una serie de Gran Bretaña<sup>199</sup> (70%) y discretamente superior a otra de Australia<sup>183</sup>. El número de médicos que opinan no saber, o no contestar, 169 (17.0%), es discretamente superior en nuestro estudio. Asimismo esta cifra también es superior a la obtenida en un estudio<sup>209</sup> realizado en hospitales españoles donde los sanitarios que no sabían o no contestaban al respecto eran el 5.2%.

El número de médicos de atención primaria de nuestro estudio (tabla 34) que sugirió la saliva como un mecanismo de transmisión es en todo similar al de un estudio sobre médicos de cabecera británicos<sup>184</sup> (20%). A pesar de haber aislado el VIH de la saliva de algunos enfermos, no se ha demostrado la transmisión por esta vía del mismo, al igual que sucede con las lágrimas<sup>236</sup>.

Un hecho llamativo de este estudio es la cifra de médicos de atención primaria de Madrid, 191 (19.2%), que no pueden afirmar, ni negar, con certeza el papel de la saliva en la transmisión del VIH. Al igual que en anteriores ítem el nivel de incertidumbre es mayor que en otro estudio<sup>209</sup>, anteriormente referido. Este se realizó sobre sanitarios hospitalarios españoles. La comparación entre ambos análisis pone de manifiesto que el 22.8% de los médicos de cabecera de Madrid contestaron afirmativamente a la posibilidad teórica de transmisión del VIH a través de la saliva, en contraposición al 33.7% de sus colegas hospitalarios. Se decantaron acerca de la respuesta negativa el 58% de los médicos de cabecera, y el 55.2% de los sanitarios hospitalarios encuestados<sup>209</sup>.

Nuevamente, el número de encuestados que consideraron a las lágrimas como posible vehículo de transmisión, 108 (10.9%)(tabla 35), ha sido superior a los de otras series consultadas<sup>184,220</sup>.

El número de médicos encuestados que sugieren el coito vaginal como un medio de transmisión del VIH es, en todo, similar a los encuestados en otras series<sup>183-184,199</sup> acerca de la misma situación (tabla 36).

Acercas de la transmisión del VIH a través del coito anal en nuestro estudio dicha situación ha sido contestada afirmativamente por el 98.5% de los encuestados (tabla 37). Otros estudios<sup>183-184,199</sup> en donde se realizó una pregunta similar, acercaron el porcentaje de respuestas al 100%.

En comparación con otras series<sup>183-184,199</sup> los médicos de cabecera de Madrid encuestados han manifestado unos niveles más altos de conocimiento acerca del bajo riesgo de transmisión del VIH a través de la masturbación mutua. Simultáneamente la encuesta pone de manifiesto un nivel de incertidumbre más alto que en los otros estudios, siempre procedentes de series anglosajonas.

En el mismo sentido, el sexo bucal está reconocido como una práctica sexual de mediano riesgo, en comparación con otras. Las cifras procedentes de esta encuesta son similares a otras<sup>183-184</sup>, detectándose un nivel de incertidumbre mayor, 115 encuestados (11.6%)(tabla 39). En dichos estudios el porcentaje de médicos que respondían no saber, o que no contestaban al respecto, era menor: 5.30% y 8.93%, respectivamente<sup>183-184</sup>.

El médico de atención primaria está llamado a desempeñar en la atención del VIH/SIDA un gran papel como consejero de salud. La eclosión de nuevos problemas de salud debe llevar aparejada la formación de estos profesionales en educación para la salud. El objeto no ha de ser otro que evitar la incidencia de la infección por VIH mediante el consejo adecuado. Este consejo ha de abordar el dirigido hacia las personas seropositivas que desean mantener una sexualidad lo más completa posible, evitando la transmisión de la infección a otros.

El número de médicos de atención primaria encuestados que consideró la posibilidad de transmisión del VIH a través de la transfusión sanguínea (tabla 40) fue similar a los procedentes de otros estudios<sup>184,220</sup>. Nuestro estudio no hacía referencia al período a partir del cual se podía afirmar el escaso riesgo de adquisición del VIH vía transfusión hemática, ni el papel que pueden jugar los donantes infectados por el VIH que se puedan encontrar en fase de "*período de ventana serológica*"<sup>116</sup>, por considerar este aspecto demasiado especializado. En torno a los años 1985-1987, la mayoría de países establecieron normas de obligado cumplimiento acerca de la detección anticuerpos anti-VIH en hemoderivados y órganos para

trasplante<sup>261</sup>. En concreto, en el Estado Español, este aspecto se reguló por Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 18 de febrero de 1987, sobre "*pruebas de detección anti-VIH en las donaciones de sangre*".

Resulta llamativo en el estudio el número de médicos de atención primaria de Madrid que consideran la posibilidad de transmisión del VIH a través de la vacunación. El tratamiento a que son sometidos los productos de vacunación hacen inviable la transmisión a menos que no se utilice material sanitario de uso único y desechable. Se trata de un número que, aunque bajo, 62 (6.2%) (tabla 41), sorprende. La comparación de estos datos con un estudio donde se realizó una pregunta similar, son también sorprendentes. En dicho estudio<sup>184</sup>, realizado en Gran Bretaña, el número de médicos de atención primaria que identificaba la vacunación como de riesgo era todavía mayor, 9.78%. Por el contrario, el nivel de duda, desconocimiento o incertidumbre era mayor en el estudio realizado en Madrid que en el británico. En este último, únicamente el 2.97% manifestaron no saber o no contestar a dicha pregunta, en contraposición con el estudio de Madrid, donde esta cifra se elevaba a 142 (14.3%).

El porcentaje de médicos de este estudio que respondieron afirmativamente a la posibilidad de la transmisión del VIH a través de la leche materna (tabla 42) fue algo superior al de otras series<sup>184,199,220</sup>. El número de médicos de Madrid que respondieron negativamente a dicha posibilidad, 318 (32.0%), fue inferior al de los mismos estudios. El nivel de incertidumbre, número de encuestados que manifestaron no saber dicha condición, o no contestar a dicha pregunta, 216 (21.8%) ha sido similar a otras series: 30.53%<sup>183</sup>, 34.04%<sup>184</sup> y 21%<sup>199</sup>.

Desde el principio de la epidemia de VIH/SIDA, ha sido posible el aislamiento del VIH a partir de leche materna procedente de madres seropositivas<sup>139</sup>. Es, por tanto, que en condiciones generales se recomienda evitar dicha lactancia.

Las picaduras de insectos están absolutamente descartadas como mecanismo de transmisión del VIH<sup>236</sup>. En las primeras épocas de la epidemia del VIH/SIDA se concedió excesiva importancia a tal teórica vía, hasta que fue plenamente descartada. En nuestro estudio, 86 (8.7%) de los médicos encuestados contestaron afirmativamente a la posibilidad de transmisión del VIH a partir de las picaduras de mosquitos (tabla 43). Datos procedentes de otros estudios, ponen de manifiesto cifras similares: 5.95%<sup>184</sup>, 11.8%<sup>220</sup>, este último, obtenido en una encuesta a estudiantes de medicina. Nuevamente, el nivel de desconocimiento o duda es mayor en los médicos de atención primaria de Madrid, 216 (21.8%).

Al igual que en otros ítem, los niveles de duda o creencia de desconocimiento son mayores en el estudio sobre los médicos de cabecera de Madrid que en otras series.

El hecho de compartir jeringas y agujas con infectados por el VIH está asociado con la transmisión del mismo virus, así como de otros patógenos. Este hecho es constatado por la inmensa mayoría de los médicos encuestados, 985 (99.2%) (tabla 44), cifras bastante similares a las de otras series<sup>180,183-184,199</sup>.

Un número importante de médicos de nuestro estudio, 814 (82.0%) (tabla 45), estimó que el uso compartido de vajilla y menaje no era un mecanismo posible en la transmisión del VIH. Datos procedentes de otros estudios arrojan resultados dispares. Así, el 74% de trabajadores sanitarios de Massachusetts<sup>180</sup>, antes de participar en actividades de formación continuada, creía que compartir tazas podría facilitar la difusión del VIH. En un estudio sobre médicos de cabecera británicos<sup>184</sup>, el 97.8% no creyeron que compartir menaje con infectados fuera una conducta de riesgo en la adquisición del VIH. En otro estudio sobre médicos de atención primaria estadounidenses<sup>207</sup>, el 5% de ellos creían que comer en el mismo restaurante que un infectado podría facilitar la transmisión del VIH.

Al igual que en ítem anteriores, el número de médicos madrileños que responden "no saber" o "no contestar" a la pregunta, 123 (12.4%) es más alto que en otras series<sup>184</sup>: 2.12%.

En resumen, podríamos afirmar que el nivel de conocimientos de los médicos de atención primaria de Madrid encuestados es similar al de sus colegas de otros países. El hecho más llamativo es su mayor grado de duda o incertidumbre sobre algunas vías de transmisión que pueden haber resultado polémicas, como: lágrimas, saliva, beso y picadura de insectos. Comparando los resultados obtenidos en nuestro estudio con uno realizado en Francia<sup>262</sup>, acerca de las percepciones del público general sobre las vías de transmisión del VIH/SIDA, se observa que algunas respuestas dadas por médicos se encuentran bastante cerca de las opiniones de un grupo de ciudadanos cualquiera. Así, en nuestro estudio, el 8.7% de los encuestados manifestaron que la picadura de insecto podría ser una vía de transmisión, cifra cercana al 10% de ciudadanos franceses y al 11.8% de estudiantes de medicina<sup>220</sup> de la Facultad de Valladolid. Ambos colectivos tenían la misma opinión acerca de los insectos.

Cabe la posibilidad, aspecto éste que requeriría otro tipo de estudios más dirigidos, que, en aspectos comprometidos o dudosos acerca de los mecanismos de transmisión, influyan en los profesionales sanitarios, actitudes mantenidas más como ciudadanos que como profesionales. Asimismo, podría influir un acusado déficit de conocimientos acerca del VIH/SIDA, tanto en pre como en post-grado.

La actitud contestada mayoritariamente por los encuestados acerca de impartir educación para la salud antes y después de la realización de la serología VIH, 940 (94.7%) (tabla 47), es la más conveniente, por ser un contacto del paciente con el sistema sanitario que nunca ha de ser desaprovechado y la eventual posibilidad de encontrarse en "*período de ventana serológica*"<sup>88,116</sup>. Al igual que en la situación anterior, puede encontrarse un paciente

con conductas de riesgo para la infección por el VIH cuyos resultados serológicos han sido seronegativos. La actitud más correcta es el asesoramiento para evitar la adquisición de la infección y el planteamiento de un adecuado seguimiento clínico, preventivo, psicológico y social.

El conocimiento por parte de los médicos de atención primaria de Madrid sobre la dinámica serológica (tabla 47) es mayor que el detectado en el único estudio<sup>193</sup> similar, en algunos términos, llevado a cabo en el Estado Español. El 82% de los médicos de atención primaria encuestados en ciertas Areas de Salud barcelonesas desconocían tal circunstancia: la necesidad de repetición de la serología periódicamente en caso de seronegatividad asociada a conductas de riesgo.

En un estudio realizado en Gran Bretaña<sup>182</sup> el 85% de los médicos de cabecera encuestados únicamente impartían educación sanitaria antes de la serología. Esta actitud, evidentemente, no aseguraría el adecuado seguimiento del paciente, la educación sanitaria y la eventual repetición de la serología en caso de seronegatividad ante la existencia de conductas de riesgo pasadas o presentes.

Se impone, por tanto, la formación de los médicos de atención primaria, acerca de los mecanismos y vías de transmisión claramente aceptados y los que no lo son. Por su posición, el médico de cabecera se encuentra en el lugar idóneo para realizar las labores de consejo, tanto ante la población general como en la población de riesgo. A ambos ha de informar de los medios preventivos, así como sobre las conductas saludables de sexo seguro que permitan mantener relaciones sexuales sin riesgo de transmisión del VIH.

**4.3 DISCUSION.  
AREA DE INTERACCION  
SOCIAL Y PREJUICIOS.**

Los médicos encuestados manifestaron no presentar grandes problemas con respecto a la interacción social con un compañero enfermo de SIDA (tabla 48). Esta buena interacción social aporta datos sobre la conducta de los médicos encuestados, más como ciudadanos que como profesionales sanitarios. Estudios similares<sup>177</sup> han puesto de manifiesto datos parecidos, aunque en una serie<sup>205</sup>, el 40.2% de los médicos encuestados opinó que su consulta tendría menos demanda y sería menos atractiva si los pacientes conocieran que su médico atendía a enfermos de SIDA. Es necesario recordar que estos datos se obtuvieron de médicos de familia estadounidenses con práctica profesional predominantemente privada.

Los resultados obtenidos sobre una más que aceptable empatía hacia los enfermos de SIDA son positivos. En un futuro cercano los médicos tendrán relación con pacientes de SIDA por diferentes motivos:

- contacto social habitual, no profesional,
- contacto profesional, tanto asistencial como preventivo,
- relación con grupos de enfermos y colectivos de autoayuda,
- sanitarios seropositivos al VIH que, probablemente, desarrollarán actividades profesionales conjuntas<sup>227</sup>.

Únicamente 27 (2.7%) de los encuestados manifiestan su deseo de no trabajar con un compañero afectado por el VIH/SIDA. Dado el desconocimiento de casos de transmisión actual sin que medien las vías conocidas, esta opinión puede ser extrapolable a la de la población general. Puede contribuir a esta afirmación más un sentimiento de irracionalidad que la creencia de un verdadero riesgo.

En un estudio<sup>209</sup> realizado sobre médicos hospitalarios españoles en el que se hacía una pregunta similar, el 12.8% de los encuestados manifestaron no saber o no conocer su actuación en tal hipotético caso. Tanto el 6.3% de los médicos de atención primaria, como la cifra sensiblemente superior del 12.8% de médicos hospitalarios pudieran tener algún problema de comportamiento al tenerse que enfrentar con una situación como la señalada.

En nuestro estudio fueron pocos los médicos partidarios de medidas segregativas o prohibitivas como la reclusión de homosexuales y drogadictos, 19 (1.6%), o la prohibición de drogadicción y homosexualidad, 25 (2.2%)(tabla 49). El mayor número de encuestados, 848 (75.4%) (tabla 49) sugirieron que la educación sanitaria era el medio más eficaz de prevención.

Ante problemas que afectan a la sociedad y donde convergen aspectos éticos, conductuales, sanitarios y legales, es fácil ceder en ocasiones a la tentación de solicitar medidas legislativas que restrinjan la libertad de algunos grupos sociales<sup>229-233</sup>.

Es arriesgado ante problemas ligados a la conducta humana decantarse por medidas restrictivas que tendrían asegurado un posible fracaso. Más útil se puede revelar el convencimiento de la ciudadanía de observar diferentes medidas de educación para la salud en la creencia de lo positivo de las mismas. Las administraciones sanitarias han de favorecer las opciones más saludables.

La propia judicialización del SIDA, lleva a los tribunales a instituciones sanitarias que restringen el ejercicio profesional a médicos seropositivos al VIH<sup>228</sup>.

La no aceptación de conductas marginales por parte de los profesionales sanitarios, era ya conocida antes de la aparición del SIDA. Queremos llamar la atención, en concreto, hacia la homofobia, entendido como aversión a la homosexualidad, generalmente masculina. Esta falta de aceptación de relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, así como sus causas, han merecido profundos y lúcidos análisis antropológicos<sup>232</sup>.

Años antes de la aparición de los primeros casos de SIDA, el 27% de una muestra de homo-bisexuales estadounidenses estimaban que su médico de cabecera tenía prejuicios hacia los pacientes homosexuales<sup>233</sup>.

La eclosión del SIDA puede haber exacerbado las tendencias homofóbicas ya existentes. La incomodidad en la relación médico-paciente ha sido referida en diferentes estudios: tanto los que abordaron incomodidad con homosexuales<sup>176,186,189,192,197,199,206</sup> como con usuarios de drogas por vía parenteral<sup>202-203,206</sup>.

En un estudio realizado sobre médicos de cabecera en Australia<sup>199</sup>, el 19% de los mismos derivarían sus pacientes homosexuales a otros médicos.

Las actitudes de estudiantes<sup>217-218</sup> de profesiones sanitarias tampoco diferían, en lo fundamental, de sentimientos anti-homosexuales. Este aspecto puede estar asociado con falta de conocimientos sobre VIH/SIDA.

La síntesis de vacunas y su administración a toda la población sería una forma eficaz de luchar contra la enfermedad. Este hecho fue señalado en nuestro estudio por 203 médicos (18.0%)(tabla 49), pero se trata, en el momento actual, de un objetivo todavía lejos de ser generalizado. Contribuyen a la dificultad de sintetizar vacunas anti-VIH: la extrema variabilidad y mutabilidad del retrovirus, la existencia de período de latencia y la carencia de modelos animales de la enfermedad. Asimismo, todavía se desconoce cuál sería el grupo de

población más susceptible de ser beneficiado de la posible vacuna: sanos, en riesgo, susceptibles, o seropositivos.

La existencia de vacunas específicas no garantiza la desaparición de ninguna enfermedad. Contribuyen a éste hecho diferentes factores como: accesibilidad, disponibilidad y costos, entre otros. En países desarrollados con cobertura sanitaria pública de la población no se alcanzan tasas de vacunación del 100%. En áreas de subdesarrollo dichas tasas son aún inferiores, obligando a Agencias Internacionales como la Organización Mundial de la Salud a poner en práctica programas específicos como el "**Programa Ampliado de Inmunizaciones**" (**PAI**). Cualquier actividad de inmunización por sí sola no tenderá a erradicar ninguna enfermedad si no va acompañada de medidas de Educación para la Salud, y de otras correctoras de desequilibrios geográficos, sociales y económicos.

El VIH/SIDA es una enfermedad de transmisión sexual, por tanto ligada a la conducta humana. La historia de la Medicina nos ha mostrado que, a pesar de la existencia de potentes y seguros medicamentos, las enfermedades de transmisión sexual ni han desaparecido, ni probablemente lo harán nunca, acompañando siempre al género humano<sup>234</sup>. La aparición de penicilinas, sulfonamidas y otros fármacos no ha provocado la erradicación de la lúes, ni de la blenorragia.

Progresivamente, han aparecido nuevas enfermedades que han reconocido como vía de transmisión la sexual: micosis, herpes genital, hepatitis, *chlamydias*, *citomegalovirus*, *gardenella*, *mycoplasma hominis*, y *ureaplasma urealiticum*. El SIDA no será una excepción, a nuestro juicio, y será difícil su absoluta erradicación.

La educación para la salud será la verdadera vacuna que podrá detener la extensión de la enfermedad. Hacia esta opinión se decantan en nuestro estudio 848 médicos (75.4%) (tabla 49).

La integración de las labores asistenciales en la práctica asistencial, unido a la indisoluble actuación en educación sanitaria que debe llevar cada acto profesional, puede hacer posible el objetivo de detener el avance de la infección por el VIH<sup>235</sup>.

Siempre es necesario recordar que las opiniones vertidas en el cuestionario representan las procedentes de los médicos que respondieron la encuesta. Cabe la posibilidad de que éstas difieran de las del resto. Es posible asimismo que únicamente hayan respondido a la encuesta los más proclives a la atención del VIH/SIDA, o los mejor formados al respecto.

Asimismo, por causa del posible "*sesgo de conveniencia social*", las opiniones que se vierten en un cuestionario anónimo autoadministrado, aunque gocen de dicho beneficio, no tienen por qué corresponderse con la actuación real en casos concretos.

**4.4 DISCUSION  
MODO DE ADQUISICION  
DE CONOCIMIENTOS  
SOBRE VIH/SIDA.**

En el cuestionario se contenía una pregunta que intentaba conocer como habían adquirido dichos profesionales sus conocimientos sobre VIH/SIDA.

Este hecho obedece a la necesidad de conocer las vías formativas como paso previo al diseño y ejecución de actividades de formación continuada dirigidas a este colectivo.

Las posibilidades de respuesta abarcaban todas las diferentes actividades de formación continuada, desde el autoaprendizaje hasta la atención específica de pacientes en unidades hospitalarias.

El autoaprendizaje (estudio de libros, revistas y publicaciones científicas) se convierte en el medio más utilizado por los encuestados para la actualización de conocimientos, 958 (96.5%)(tabla 53), porcentaje en todo similar al de una serie sobre médicos de cabecera de Gran Bretaña<sup>184</sup>, 92% y de otra realizada en Minnesota<sup>186</sup>(Estados Unidos), 94%. Un estudio<sup>209</sup> realizado sobre médicos españoles con ejercicio hospitalario también aportó datos en este sentido. Así, el 51.3% de dichos médicos se informó sobre el SIDA a través de revistas médicas.

Tanto una respuesta como la otra llaman a la reflexión, dado que salvo escasas excepciones en nuestro país, al menos en el momento de envío del cuestionario, eran prácticamente inexistentes las publicaciones específicas sobre VIH/SIDA y atención primaria. Las publicaciones existentes iban generalmente dirigidas, y asimismo eran producidas por y para el ámbito hospitalario. La información es por tanto susceptible de soslayar aspectos de la atención diaria de los pacientes como: seguimiento, tratamiento de problemas intercurrentes, problemática psicosocial y prevención.

Es llamativo que esta tendencia aparezca reflejada también en otros países. En una serie estadounidense<sup>186</sup>, el 76% de los médicos de atención primaria encuestados, manifestaron haber adquirido conocimientos sobre VIH/SIDA de la lectura de los medios de comunicación social. Este aspecto todavía puede hacer necesarias reflexiones profundas, dados los mensajes contradictorios, generalmente alarmantes y escasamente contrastados de que hacen gala en ocasiones dichos medios.

La así llamada "prensa médica general": noticiarios, y periódicos de información profesional, están generalmente subvencionados por la industria farmacéutica que, progresivamente, es consciente del gran papel a jugar por el nuevo nivel primario de salud, tanto sobre el VIH/SIDA como sobre otros problemas sanitarios. La necesidad de que la atención primaria desempeñe el papel de hilo conductor del continuo asistencial es una necesidad que debe llevar a reorientar también los recursos generados por el sector privado para actividades formativas, destinadas a los médicos de atención primaria. Destaca, también, en el estudio que 181 médicos (18.2%) (tabla 61), manifestaron haber adquirido información

sobre VIH/SIDA mediante la entrega de la misma por visitantes médicos de la empresa farmacéutica. Este hecho no ha podido ser comparado, al no aparecer preguntas similares en la bibliografía.

Las actividades de formación continuada generadas desde los propios centros de atención primaria han tenido un seguimiento desigual. Así, únicamente 228 (23.0%) y 157 (15.8%) (tabla 52 y 54) médicos manifestaron haber recibido formación mediante sesiones clínicas y bibliográficas, respectivamente. Ello puede obedecer a multitud de razones que abarcan desde la no realización de sesiones formativas, desde un punto de vista genérico, hasta que las mismas no se realicen específicamente sobre VIH/SIDA.

Datos procedentes de un estudio<sup>209</sup> ya aludido realizado sobre médicos españoles con ejercicio hospitalario arrojan datos muy similares. Así, el 20.4% y el 9.4% de los mismos obtuvieron formación sobre el SIDA a través del propio trabajo, y de información aportada por el propio centro sanitario.

Es importante mencionar que 423 (42.6%) de los encuestados reconocieron como su ámbito de actuación el clásico consultorio, donde por las particularidades organizativas propias, es difícil la realización de actividades formativas. La norma de estos centros es realizar la consulta médica de presencia física, los avisos domiciliarios y abandonar posteriormente el centro de trabajo.

Por contraposición, en los equipos de atención primaria, dada la jornada laboral de siete horas de presencia física, es más factible la organización de actividades de formación continuada auspiciadas por y para los profesionales del centro. Recordemos que en nuestro estudio, 481 (48.4%) médicos desarrollaban su labor en equipos de atención primaria.

En dos estudios realizados en Gran Bretaña, únicamente el 65,10%<sup>184</sup> y el 53.7%<sup>188</sup> de los encuestados manifestaron que los seminarios formativos habían constituido un medio de formación continuada.

Ha sido escaso el número de encuestados que manifestaron haber participado en interconsultas docentes con el nivel especializado, 238 (24.0%) (tabla 51), porcentaje éste más alto incluso que el referido en otro estudio<sup>184</sup>(8.09%).

Las actividades formativas realizadas dentro del propio Area de Salud, han sido señaladas como escasas por los médicos encuestados. De tal modo que únicamente 160 (16.1%) y 22 (2.2%) (tablas 55 y 57) manifestaron haber asistido a cursos o congresos sobre VIH/SIDA dentro de su ámbito geográfico de actuación.

Sin tener suficientes argumentos para extraer conclusiones al respecto, caben las posibilidades de la no celebración de tales eventos en condiciones de accesibilidad real para los médicos de atención primaria de cada Area de Salud respectiva, o un cierto desinterés al respecto.

Por el contrario, los encuestados manifestaron haber asistido a cursos y congresos fuera del Area de Salud en 411 (41.4%) y 143 (14.4%) (tablas 56 y 58), de los casos, respectivamente. En contraposición, el 77.5% de una muestra de médicos de familia en California (Estados Unidos), manifestaron haber asistido al menos a algún evento científico sobre SIDA, durante 1988; más del 28% de los mismos, informaron haber asistido a tres, o más, conferencias, o seminarios en el año precedente al estudio<sup>204</sup>.

La entrevista informal con otros compañeros de trabajo que pueden tener dificultades similares en el manejo y abordaje de enfermos sigue siendo una actividad informativa a considerar. En este estudio, 654 (65.9%) (tabla 59) manifestaron compartir dudas con sus propios compañeros. Los datos recogidos en otros estudios abarcan desde el 36.17%<sup>184</sup>, al 74%<sup>186</sup>. En esta última serie, el 93% de los médicos verían con agrado el poder consultar con un compañero las dudas diarias.

Dada la novedad de la enfermedad, los primeros casos en España datan de 1981, únicamente un pequeño porcentaje de médicos han tenido contacto con el VIH/SIDA en su pre y post-grado.

Respecto al pre-grado, 532 (53.5%) finalizan su licenciatura entre 1981 y después de 1985, con lo cual su contacto con pacientes VIH/SIDA puede haber sido limitado. Estudios procedentes de Estados Unidos han puesto de manifiesto la necesidad de incluir el VIH/SIDA en la formación de pre-grado<sup>15-16</sup> a fin de dotar a los estudiantes de los conocimientos necesarios, eliminar miedos infundados o prejuicios y actitudes negativas<sup>12-14</sup>. Otros estudios, también realizados en Estados Unidos<sup>215-218</sup>, han mostrado la existencia en los estudiantes de medicina, odontología y enfermería, de déficit de conocimientos, falta de experiencia clínica en el manejo de pacientes VIH/SIDA e, incluso opiniones sobre el derecho de poder rechazar a estos pacientes.

Los únicos estudios similares, conocidos en nuestro país<sup>219-220</sup> no aportan grandes diferencias respecto de los ya referidos anteriormente, en cuanto a conocimientos sobre transmisión y actitudes ante medidas legales.

La pregunta iba directamente dirigida a conocer si algún médico de atención primaria había asistido de manera directa a pacientes VIH/SIDA en el hospital. Prácticamente, se podría asumir que únicamente habían participado en dicha atención los médicos de cabecera que hubieran realizado una especialidad por vía MIR, que les hubiera obligado a dicha rotación.

El número de médicos encuestados que atendieron pacientes de SIDA en rotaciones hospitalarias fue de 181 (18.2%)(tabla 60). Datos procedentes de un estudio realizado en California pusieron de manifiesto la opinión de los médicos encuestados acerca del método de formación idóneo. Estos médicos se decantaron por la realización de pequeñas rotaciones por las policlínicas donde se atienden a pacientes VIH/SIDA<sup>211</sup>, probablemente para adquirir una experiencia personal que en ocasiones es difícil de adquirir con el aprendizaje teórico.

El sistema MIR contempla para la especialidad de medicina de familia, o post-grado específico en atención primaria, períodos de formación intra y extrahospitalaria. Pudieran ser estos profesionales junto con los especialistas en medicina interna por vía MIR, el colectivo de la encuesta que más contacto ha tenido en el hospital con los pacientes enfermos de SIDA.

La escasa coordinación entre niveles asistenciales, la necesidad sentida por los propios profesionales de atención primaria de ser formados sobre VIH/SIDA será referida posteriormente, en el apartado 4.7, donde se comentan las opiniones y sugerencias realizadas por los encuestados.

Dichas sugerencias abundan más en la opinión de establecer actividades coordinadas entre todos los niveles asistenciales.

**4.5 DISCUSION.  
OPINIONES ACERCA DE  
LA IMPLICACION DEL  
NIVEL PRIMARIO DE SALUD  
EN LA ATENCION AL VIH/SIDA.**

Como se ha analizado anteriormente (Ver apartado 3 de la Introducción) ciertos factores como el aumento progresivo del número de enfermos, y los aspectos psicosociales, entre otros, sugirieron la necesidad de estudiar diferentes alternativas asistenciales.

Estas contemplaban desde la asistencia indiferenciada de otras enfermedades, hasta la creación de unidades monográficas.

La tendencia futura, dado el todavía previsible aumento del número de casos y la supervivencia de los enfermos, será la participación de todos los niveles asistenciales, en la medida de sus posibilidades y en diferentes estadios de la historia natural de la enfermedad.

Conocer las expectativas de los profesionales de atención primaria sobre el VIH/SIDA y su disponibilidad a colaborar, o no, en la atención, es un dato de capital importancia para el diseño de alternativas asistenciales que contemplen la participación de todos los recursos sanitarios públicos.

No es conveniente olvidar que la opinión vertida en una encuesta no tiene porqué coincidir necesariamente con la intención real del profesional, por causa del así llamado "*sesgo de conveniencia social*" y de que los que contestaron la encuesta pueden ser precisamente los más proclives y sensibles a la problemática del VIH/SIDA.

Se intentaba conocer el grado de acuerdo con diferentes afirmaciones mediante unas respuestas similares a las utilizadas en la escala de Lickert. Las posibilidades abarcaban desde "*absolutamente de acuerdo*" a "*absolutamente en desacuerdo*", pasando por "*indiferente*".

Los encuestados manifiestan, mayoritariamente, que el VIH/SIDA no es un problema estrictamente hospitalario, 778 (78.3%) son partidarios de esta afirmación. En contraposición 167 (16.9%) se manifiestan a favor de considerar el hospital como el ámbito idóneo asistencial del SIDA (tabla 62).

Encuestas similares, realizadas en otros países, arrojan datos bastante congruentes con los anteriores. Así, en un estudio<sup>194</sup> realizado en Irlanda del Norte, el 76.8% de los encuestados colaborarían en el tratamiento de los enfermos si existieran mecanismos de coordinación con el nivel especializado. En el mismo estudio, el 16.3% de los encuestados serían partidarios de que el hospital asumiera todas las tareas relacionadas con la enfermedad.

El único estudio<sup>193</sup> del que tenemos noticia en nuestro país, realizado en Barcelona y previamente al nuestro, donde se contenía algún tipo de pregunta similar, expresó la opinión del 23.8% de los encuestados acerca de la necesidad de crear redes de centros especializados para el SIDA.

Un estudio<sup>209</sup> aludido en otras ocasiones realizado sobre sanitarios hospitalarios puso de manifiesto que el 55.9% de los mismos sugería que la atención sanitaria a los pacientes de SIDA debería prestarse tanto en hospitales como en centros extrahospitalarios. Únicamente el 13.5% de los mismos manifestó su opinión a favor de la creación de centros específicos, porcentaje este bastante inferior al obtenido en el estudio mencionado sobre médicos de atención primaria de Barcelona<sup>193</sup>.

La encuesta contenía un apartado de libres sugerencias y opiniones a manifestar por los encuestados. El 3.82% de los que realizaron sugerencias manifestaron la necesidad de establecer servicios médicos específicos para el SIDA (Ver 3.8).

Según se observa en la tabla 64, 754 (75.9%), de los médicos se manifestaron a favor de colaborar en el tratamiento de la enfermedad con la administración ambulatoria de diferentes fármacos.

La opinión mayoritaria de los encuestados, 938 (94.4%) era compatible con asumir algún papel en la lucha contra el SIDA, a diferencia de 26 (2.6%) que manifestaron su desacuerdo (tabla 63).

En la revisión bibliográfica efectuada no se ha encontrado ninguna pregunta de similares características, por lo que este ítem junto con el posterior, se van a discutir conjuntamente comparando los resultados con los de otras series.

Es clara la discordancia manifestada por los encuestados entre jugar un papel asistencial en el SIDA y ocuparse parcialmente del tratamiento de la enfermedad (94.4% y 75.9%)(tablas 63 y 64) respectivamente. Este hecho puede obedecer a la dificultad de manejo de algunos agentes terapéuticos, la sobrecarga asistencial que puede suponer y la limitación que desde el nivel primario se tiene al acceso a determinados medios diagnósticos y terapéuticos, aspecto éste manifestado en el apartado de sugerencias de la encuesta (ver 3.8).

Estudios similares consultados en la bibliografía, han puesto de manifiesto datos parecidos. Así el acuerdo de tratar en atención primaria a pacientes VIH/SIDA ha sido expuesto por el 68% en médicos de cabecera británicos<sup>182</sup>(el 15% estaba en contra) y el 76% en médicos de familia de Australia<sup>199</sup>.

Con respecto al interés en atender a estos pacientes, en una serie de médicos de familia estadounidenses<sup>208</sup>, el 92% tratarían a enfermos infectados asintomáticos, el 86% a los paucisintomáticos y el 49% a los severamente afectados. En el mismo estudio se expresa la mejor disposición a la atención, si los médicos de cabecera tuvieran fácil acceso a sesiones de interconsulta con especialistas en enfermedades infecciosas. Asimismo, en otras series se expresa la necesidad de trabajar coordinada y multidisciplinariamente con estos pacientes<sup>186</sup>.

Nuevamente se pone de manifiesto la coordinación con el nivel especializado, en orden a mejorar efectividad y eficiencia en la atención.

Los médicos de atención primaria encuestados se manifiestan mayoritariamente por participar en la educación para la salud sobre el SIDA hacia la población general, 952 (95.9%)(tabla 65) y de los grupos que comparten prácticas de riesgo 937 (94.4%) (tabla 66). Esta función es perfectamente compatible con los objetivos estratégicos propios de la atención primaria de salud.

Como se ha referido en otros apartados, el nivel primario de salud constituye el ámbito idóneo para las tareas de educación para la salud por su característica accesibilidad, continuidad en la atención e integralidad.

El papel que ha de jugar el médico de atención primaria y el resto del equipo de este nivel asistencial, ha sido reconocido en diferentes publicaciones<sup>62,68,69</sup> ya mencionadas, así como en otras donde los propios pacientes expresaban sus deseos<sup>213-214,221</sup>, siendo algunos de ellos compatibles con la mejora de las habilidades comunicativas entre el médico y el paciente<sup>62,213,222</sup>.

Al comparar los datos de este estudio con otro de la bibliografía, se aprecia que con respecto a la educación sanitaria, el 79.5% y el 92% de los médicos de cabecera británicos<sup>187</sup> y estadounidenses<sup>202</sup>, respectivamente, manifestaron que la educación para la salud sobre SIDA era de su competencia. Con respecto a grupos que comparten conductas de riesgo, consideran acorde con su actividad la educación para la salud a homosexuales<sup>199</sup>.

Tanto los resultados del estudio realizado en Madrid como los procedentes generalmente de la bibliografía anglosajona, son similares en cuanto a los resultados: asumir en un gran porcentaje de los encuestados que la educación para la salud es competencia del nivel primario de salud. Siempre es conveniente recordar la particularidad de tratarse de un cuestionario autoadministrado donde las respuestas no han de coincidir necesariamente con la actuación profesional real. Puede ser posible que los encuestados precisamente mantengan actitudes más positivas al respecto.

Estarían de acuerdo, en nuestro estudio, en asumir un papel principal en dicho seguimiento clínico 538 (54.2%), siendo contrarios a dicha asunción 327 (32.9%), e indiferentes 110 (11.1%) (tabla 67). Estas diferencias serán posteriormente analizadas desagregando por: edad, ámbito de actuación y especialidad, a fin de poder valorar realmente el perfil del profesional médico, más o menos proclive a la participación en dicho seguimiento clínico.

Otras series consultadas arrojan datos similares. Así, en tres series estadounidenses de médicos de familia<sup>205</sup>, médicos de atención primaria<sup>206</sup> y, nuevamente, médicos de familia<sup>207</sup>, participarían en el seguimiento clínico el 77.3%, el 68% y el 42% respectivamente.

Las causas a que pueden deberse ciertas reticencias a este cuidado pueden ser: déficit de actitud y aptitud, falta de tradición, complejidad de conocimientos, dificultades en el acceso a terapéuticas o a exploraciones complementarias, las propias características psicosociales de la enfermedad, temor a la exposición accidental, y frustración ante una enfermedad eventualmente fatal.

La historia natural de la enfermedad contempla períodos en los que no es estrictamente necesaria la asistencia hospitalaria dado el carácter crónico o terminal del proceso.

La atención del paciente crónico, en fase terminal o incapacitado, era desde antiguo competencia del propio tejido social representado por la familia del enfermo<sup>223</sup>, primer nivel de atención, complementado con la labor del médico de cabecera. El progresivo aumento de enfermos crónicos o discapacitados, junto a la crisis y descapitalización que sufría la medicina general, llevó a que la asistencia de estos enfermos recayera en el supuesto lugar "*más idóneo*" para ello: el hospital. La consecuente fragmentación del cuidado de los enfermos y el deseo de permanecer éstos en su lugar obligó, posteriormente, a volver a contemplar alternativas asistenciales más basadas en los recursos de la comunidad que en los únicamente sanitarios<sup>224</sup>.

Respecto al SIDA, la situación es similar al tratarse de una enfermedad crónica, e incapacitante, que requiere apoyo no sólo sanitario, sino social<sup>28-34</sup>.

Parecería razonable que las fases agudas del VIH/SIDA fueran asumidas por el nivel especializado, y que estadios finales de la enfermedad, donde se plantea el cuidado domiciliario, fueran asumidas por el nivel primario. Contra esta orientación se decantan claramente los encuestados. Así, 928 (93.4%) (tabla 68) manifiestan que su única labor contra el SIDA no es el cuidado en fase terminal, aspecto este bastante positivo, ya que reivindican una mayor participación. Recordemos que 938 (94.4%) reconocen tener algún papel en la lucha contra el SIDA y que como vemos no ha de ser necesariamente la atención terminal.

Otro aspecto sería la integración de la asistencia entre los diferentes dispositivos sanitarios (nivel primario y nivel hospitalario) y recursos sociales y comunitarios (organizaciones no gubernamentales). En dicho continuo de cuidados deberían de participar todos ellos de forma integrada<sup>225</sup>, coordinada, continuada y protocolizada, en orden a procurar a los enfermos no sólo un marco asistencial y médico estricto, sino humana y socialmente digno.

Un estudio realizado en la Comunidad Autónoma del País Vasco<sup>224</sup> sobre médicos de atención primaria, puso de manifiesto que el grado de motivación de éstos para atender a los enfermos terminales era medio-alto, en el 89% de los mismos. Hay que hacer la salvedad de que en el estudio no se explicitaba el tipo de dolencia de los enfermos.

El 57.6% de médicos de cabecera encuestados en Irlanda del Norte<sup>194</sup> estarían dispuestos a colaborar en el cuidado terminal de pacientes de SIDA en el domicilio de éstos.

Se impone, por tanto, no desaprovechar el capital humano y técnico que suponen los profesionales del nivel primario de salud, para que dentro de actividades coordinadas e integradas, se cuide al paciente en su domicilio y rodeado de sus familiares el mayor tiempo posible.

Los encuestados se manifiestan, en su mayoría, 937 (94.4%) por conocer el status de seropositividad de los pacientes cuando éstos requirieran algún tipo de actuación profesional (tabla 69). Este dato coincide con una pregunta similar contenida en un cuestionario remitido a médicos de cabecera británicos<sup>182</sup>.

Asimismo en un estudio realizado en España sobre sanitarios con ejercicio hospitalario<sup>209</sup>, el 90.7% de los mismos se manifestaban a favor de que dicho personal sanitario debería conocer en todo momento la condición de enfermo de SIDA de los pacientes a su cargo.

La relación médico-paciente ha de estar sujeta a la mutua confianza, respeto y derecho a la confidencialidad siendo, por tanto, de interés conocer por parte del profesional diferentes aspectos clínicos del paciente.

Otro hecho diferente sería reclamar el conocimiento de la seropositividad del enfermo y seguir con él cualquier tipo de medida sanitaria restrictiva, coercitiva, segregativa, o diferenciadora de la atención sanitaria. Esta atención ha de ser indiferenciada, independientemente de la situación clínica y enfermedad del paciente.

El conocimiento por parte del profesional de la condición de seropositivo del enfermo únicamente debe llevar aparejadas la asunción de las internacionalmente denominadas "**Precauciones Universales**"<sup>226</sup>. Estas no representan en sí ninguna barrera física que impida el normal ejercicio de la asistencia sanitaria y, únicamente, suponen la adopción de ciertas medidas ante procedimientos invasivos. La adopción activa de las "**Precauciones Universales**" no debe hacer olvidar que precisamente se denominan "**Universales**" por recomendar que todas las muestras biológicas se manejen en condiciones de similar bioseguridad, independientemente del status de seropositividad conocido o no de cualquier enfermo.

Otro hecho que puede hacer conveniente el conocimiento, por parte de los médicos de cabecera, de la condición de enfermos de VIH/SIDA es, dentro de las más estrictas normas de confidencialidad, la vigilancia epidemiológica, aspecto éste referido de interés en diferentes estudios<sup>64,201</sup>.

El papel asignado al nivel primario de salud en diferentes países, dada la tendencia a la mayor supervivencia de los enfermos por la utilización de medicación antiretroviral y profiláctica de infecciones oportunistas, es hacia la participación mayor en el continuo asistencial<sup>44,46,51-52,57,119,121</sup>. Los costes elevados de la asistencia y la necesidad de mantener al paciente integrado en su medio normal, hace necesario el diseño de estrategias tendentes a disminuir las hospitalizaciones, mediante la utilización de hospitales de día, atención primaria, centros de salud y hospitalización domiciliaria, entre otros<sup>29-34</sup>.

La evolución en la organización de la asistencia al SIDA debería llevar aparejada en una primera fase mejorar la formación de los profesionales del nivel primario más capacitados y motivados. Posteriormente sería necesario extender dicha actividad a todos los profesionales. Los campos a cubrir abarcarían conocimientos, actitudes y habilidades. Es imprescindible mejorar la coordinación con el nivel hospitalario y con los recursos de la comunidad: servicios sociales, centros de atención a drogodependientes (CAD), organizaciones no gubernamentales (ONGs), colectivos ciudadanos y de autoayuda.

**4.6 DISCUSION.  
PARTICIPACION RECIENTE  
EN LA ATENCION DE  
PACIENTES VIH/SIDA.**

Parecía conveniente introducir en el cuestionario alguna pregunta a fin de intentar aproximarse al conocimiento de la participación en la asistencia al SIDA por parte de los médicos de atención primaria de Madrid.

La pregunta cuyos resultados se desarrollan a continuación abarca la mayoría de las situaciones posibles que se pueden plantear con un problema de salud como el VIH/SIDA, donde confluyen aspectos asistenciales con otros preventivos, sociales, y de cuidado en fase terminal.

Existen datos llamativos en relación con el conocimiento del médico de cabecera sobre la morbilidad por VIH en la población a su cargo. Así, 805 (81.1%) y 817 (82.3%) (tablas 70 y 72), respectivamente, reconocían en su cupo de pacientes a afectados por SIDA y enfermos en riesgo para la misma enfermedad. Esta cifra es sustancialmente superior al resto de las series consultadas<sup>178-179,182,184-187,190,192-194,210,212</sup>, a excepción de un estudio concreto<sup>191</sup> donde se refería que el 95% de los médicos de atención primaria habían tenido alguna consulta médica relacionada con el VIH en los últimos doce meses.

Por tanto: aunque los médicos de cabecera de Madrid que cumplimentaron la encuesta puedan no estar absolutamente implicados en esta atención, conocen, en un gran porcentaje, a pacientes enfermos o en riesgo, en la población a su cargo.

Un aspecto que se baraja en ocasiones para explicar la escasa implicación de estos profesionales: conflictividad con los pacientes, generalmente ADVP, no se deriva de este estudio. Así, 534 (53.8%) (tabla 73) de los encuestados manifestaron no tener problemas de relación con estos enfermos.

Si las preguntas han sido contestadas con honradez y evitando el posible "*sesgo de conveniencia social*", la participación de los médicos de atención primaria, participantes en la encuesta, en el cuidado del SIDA, podría ser en un futuro nada desdeñable, dado que existe un conocimiento y acceso a la población afectada.

Estos profesionales cuentan con la peculiaridad de ser el sanitario más accesible a la población y ser capaz de detectar problemas sociales y familiares de los pacientes.

Con respecto a la existencia de problemas sociales y familiares, éstos son comunicados por 560 (56.4%) médicos de atención primaria de Madrid, problemas familiares por 672 (67.7%) y problemas psicológicos por 525 (52.9%), (tablas 71, 74 y 80). En un estudio realizado en Londres<sup>188</sup>, se detectaron en las consultas, cifras superiores al 25.55% respecto a problemas psicológicos y al 17.62% en cuanto a problemas familiares.

La supuesta complejidad de la atención, la falta de actitud o aptitud por parte de los médicos de atención primaria ante el SIDA, o también un deficiente acceso a determinadas exploraciones complementarias, o a tratamientos, lleva a que éstos planteen la necesidad de derivación al ámbito especializado. Esta necesidad ha sido expresada por 714 (71.9%) de los encuestados (tabla 75). Al comparar este dato con otros procedentes de diferentes estudios, se observa que en el único estudio<sup>204</sup> donde se hizo tal pregunta, el 42.7% de un grupo de médicos tuvo necesidad de derivación en los seis meses precedentes.

En nuestro estudio se detectó una cierta implicación con los problemas físicos y psíquicos de los pacientes VIH. El número de médicos de cabecera de Madrid que fue requerido directamente por enfermos de SIDA para su asistencia ascendió a 474 (47.7%) (tabla 76). Este hecho puede obedecer a pensar que su médico no es competente<sup>213</sup>, que los médicos hospitalarios son los únicos que tienen un bagaje de conocimientos suficiente, o a una cierta prevención a la pérdida de confidencialidad, al ser este médico, generalmente, de toda la familia. Este hecho contrasta con otros estudios en los que se detecta una mayor confianza en el médico de cabecera por parte de los enfermos de SIDA, al menos en la vertiente física<sup>214</sup>.

La necesidad de indicar interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en pacientes de SIDA, o en riesgo, únicamente ha sido señalada por 46 (4.6%) encuestados (tabla 77). Este hecho puede obedecer a que los enfermos consultaron directamente con los servicios obstétrico-ginecológicos, en vez de con los de atención primaria.

Un hecho similar sucede con la petición de consejo sobre anticoncepción por parte de los afectados, o de sus parejas. Un tercio de los encuestados, 321 (32.3%), (tabla 79) manifiesta haber aportado algún tipo de consejo o norma anticonceptiva. Estas consultas relacionadas con anticoncepción, son el ámbito más idóneo para realizar historias clínicas de exposición al VIH, así como para recomendar prácticas sexuales de bajo riesgo y sexo seguro.

Una parte de los encuestados refiere proveer de algún tipo de cuidado terminal a afectados, 145 (14.6%) (tabla 78), porcentaje ligeramente superior al 11.85% señalado en otro estudio<sup>188</sup>.

En relación al tratamiento de procesos intercurrentes en afectados por VIH/SIDA, 582 (58.6%) (tabla 81) de los médicos de atención primaria encuestados manifiestan tratar tales problemas. Estos procesos pueden abarcar a infecciones respiratorias de vías altas, gastroenteritis y signos y síntomas físicos. Esta cifra es superior a la procedente de un estudio similar realizado en Estados Unidos, donde el 38% de los médicos encuestados refería haber tratado de procesos intercurrentes a los pacientes seropositivos al VIH<sup>210</sup>.

Relacionado con el aspecto anterior, 408 (41.1%) (tabla 82) de los médicos de cabecera refieren haber sido receptores de solicitud de ayuda social por parte de los afectados.

Este hecho demuestra que al menos una parte de los pacientes, utilizan el nivel primario de salud como puerta de entrada al sistema sanitario.

Respecto del aporte de normas higiénicas y/o preventivas a pacientes afectados por el VIH/SIDA, o en riesgo, 631 (63.5%) y 701 (70.6%) de los encuestados manifestaron realizarlo (tablas 83 y 84). Este porcentaje es prácticamente similar al detectado en los diferentes estudios realizados en otros países<sup>178,184-185,188,190,202,204,207-208</sup>.

El consejo preventivo puede abarcar desde recomendar no compartir jeringas y agujas, hasta informar sobre prácticas de sexo seguro y utilización de preservativo. La información y educación sanitaria es, en el momento actual, la principal herramienta para evitar la propagación de la enfermedad. El número de encuestados que refieren impartir tal educación sanitaria ha sido de 390 (39.3%) (tabla 87), cifra menor, en general, a la mayoría de las series consultadas en la bibliografía<sup>178,184,188,202,204,207-208</sup>.

En cuanto al seguimiento clínico de los afectados, 420 (42.3%) de los médicos (tabla 85) refieren haber realizado algún tipo de seguimiento del proceso VIH en afectados.

Este seguimiento pudo ser tanto de la enfermedad en sí, como de alguna complicación. La falta de coordinación existente entre los servicios especializados hospitalarios y los de atención primaria, hace presuponer que, en el caso de haber realizado algún tipo de seguimiento clínico, éste haya sido más fruto de iniciativas aisladas, o voluntaristas, que de actividades globales protocolizadas. El porcentaje de médicos de familia en otros países que ha tratado a pacientes VIH/SIDA ha sido del 75% en la situación más favorable<sup>206</sup>. Otros estudios dan cifras más bajas<sup>184</sup>.

Los estudios consultados<sup>178,165,184,186,188,197,205-208</sup> ponen de manifiesto que el 49.5% de los médicos de atención primaria, han tratado o tratan a pacientes con infección VIH. Evidentemente, esta atención se dirigirá preferentemente a enfermos en estadios iniciales de la enfermedad, o infectados que no requieren la utilización de recursos que no se encuentran al alcance del nivel primario de salud. En un estudio<sup>208</sup> realizado en Maryland (Estados Unidos) sobre una muestra de médicos de familia, el 60% de ellos trataron al menos un paciente con infección asintomática y el 28% a más de tres en la misma situación. En dicho estudio, la disposición al tratamiento de los enfermos graves, por parte de esos médicos de familia, estaba en relación directa con las mejores actitudes y simpatía hacia ellos, así como al mayor número de enfermos de SIDA, previamente manejados o tratados.

El nivel primario de salud sigue siendo utilizado por estos pacientes para la realización de trámites burocráticos, como seguimiento de su incapacidad laboral transitoria (ILT), recetas y partes y volantes de interconsulta. La mayoría de los médicos encuestados manifestaron

cumplir con esta función, 603 (60.7%) (tabla 86). Una cifra menor de médicos han sido requeridos para cumplimentar certificaciones del estado de salud, 135 (13.6%) (tabla 92).

En cuanto a la inquietud de la población general sobre el SIDA, 530 (53.4%) (tabla 88) de los médicos de este estudio refiere que algún paciente le ha manifestado esta preocupación. Respecto al miedo de algún paciente a haber sido infectado, esta situación es expresada por 448 (45.1%) (tabla 89) de los encuestados. Esta tipología puede responder al paciente conocido en la bibliografía anglosajona como "*worried well*", entendido como aquel paciente que generalmente ha tenido algunos contactos aislados que le presuponen estar en riesgo y que no manifiesta directamente esa exposición.

El contacto con pacientes que en algún momento mostraron preocupación o inquietud sobre el SIDA, llega en algunas series<sup>178,179,188,196,197,202,204</sup> a ser señalado por el 86% de los médicos de cabecera.

La consulta del médico de cabecera es un ámbito idóneo para efectuar el consejo individualizado y en ocasiones, familiar a todos los pacientes. En aquellos casos en que, tras realizar una exhaustiva historia clínica de la exposición al VIH, existan dudas razonables, previo consentimiento, se ha de realizar la detección de los marcadores serológicos, aportando en todo momento el imprescindible apoyo psicológico y social.

En cuanto a la solicitud de serología, 787 (79.3%) (tabla 90) de los médicos de cabecera encuestados de este estudio, solicitaron dicha exploración complementaria en los seis meses precedentes a pacientes en riesgo para el VIH. Asimismo, 312 (31.4%) (tabla 91) médicos solicitaron marcadores serológicos a pacientes no pertenecientes a los grupos de riesgo "*clásicos*". Estos porcentajes son, en todo, similares e incluso superiores, en algunos casos, a los procedentes de estudios existentes en la bibliografía<sup>186,188,189,191,199,201,207-208,212</sup>. El porcentaje de solicitudes de serología de este estudio, por parte de los médicos de cabecera, únicamente es superado por tres series, procedentes a su vez de Londres<sup>188</sup>, Nueva Zelanda<sup>191</sup> y Estados Unidos<sup>207</sup>.

La problemática relacionada con la confidencialidad ha sido señalada por 455 (45.8%) (tabla 93) de los médicos encuestados. El origen de este problema puede estar en el mantenimiento de la confidencialidad, tanto entre los miembros de los equipos sanitarios, como entre los pacientes que acuden a las consultas. Estos pacientes pueden pertenecer, generalmente, al mismo núcleo familiar o social.

Como se ha referido previamente, es conveniente la realización en todo tipo de pacientes de historias clínicas de exposición al VIH. Estas historias han de contemplar los siguientes aspectos: adicción a drogas, permanencia en instituciones penitenciarias, preferencia sexual, prácticas sexuales concretas, y antecedente de transfusiones.

Es, por tanto, razonable que se tengan que hacer a los pacientes cierto tipo de preguntas que pueden resultar embarazosas. Esta incomodidad ha sido señalada por 401 (40.4%) (tabla 94) de los médicos encuestados, porcentaje bastante similar al referido en otras series<sup>179,184,186,197,199,202,204-207</sup>. En un estudio<sup>179</sup> sobre historia de exposición al VIH, únicamente menos del 4% de los encuestados referían tener un modelo impreso de dicha historia clínica. En otro estudio<sup>186</sup>, la historia de exposición era realizada más frecuentemente por los médicos de cabecera que habían atendido previamente a otros pacientes similares. La incomodidad en preguntar preferencia sexual y sobre la realización de prácticas sexuales concretas, pasadas o presentes, fue señalada en un estudio<sup>202</sup>, en el 56% y 64%, respectivamente.

En nuestro estudio, únicamente 228 (23%) (tabla 95) de los encuestados han manifestado miedo a exponerse a la enfermedad. Este dato contrasta abiertamente con los datos recabados de otros estudios. Así, en una muestra de médicos de cabecera y pediatras<sup>8</sup>, refirieron miedo al contagio el 48% y el 23%, respectivamente. Otro estudio<sup>199</sup>, procedente de Australia, sobre médicos de cabecera, puso de manifiesto temor a la exposición profesional por parte del 20% de los encuestados.

Por último, un estudio sobre médicos de familia<sup>205</sup> de Estados Unidos, elevó la cifra de médicos que expresaron cierto temor al 60.4%.

Un tercio de los médicos encuestados en nuestro estudio han expresado el reparo de sus compañeros de trabajo en exponerse a la enfermedad, 323 (32.5%) (tabla 96). El riesgo de exposición accidental aunque es bajo, existe. Se ha llegado a señalar la existencia de una cierta irracionalidad en profesionales que conocen las normas de bioseguridad frente al VIH pero, simultáneamente, presentan un excesivo miedo a la exposición accidental que colisiona con ese buen conocimiento.

Existiría, en la opinión de ciertos autores, un umbral de irracionalidad, difícilmente explicable<sup>198</sup>. De tal modo que, si fuera posible, se rechazaría tratar a estos pacientes. En algunos estudios<sup>8,180,187,199,204-205</sup> el porcentaje de médicos partidarios de este rechazo va desde el 6.1%<sup>187</sup> en una encuesta, hasta el 63% en otro estudio<sup>205</sup>.

Nosotros no introdujimos ninguna pregunta en tal sentido, por entender que la atención de cualquier paciente es competencia del médico, independientemente de la situación clínica que presente, aspecto deontológico éste que no merece mayores comentarios.

Respecto del tema estudiado en esta sección: "**Participación reciente en la atención de pacientes VIH/SIDA**", cabe señalar que aunque marginal, ha existido. Aspectos como las deficiencias en la formación clínica del manejo de estos pacientes en situaciones relacionadas con el sexo, situación ésta extensible a muchos profesionales sanitarios, hace que esta participación no haya sido tan eficaz como hubiera sido necesario.

La utilización de los servicios de atención primaria por parte de los enfermos ha de ser reorientada hacia los problemas ya referidos: prevención, educación sanitaria, evaluación clínica y aspectos psicosociales. Es, por tanto, necesario que se forme adecuadamente a los profesionales del nivel primario en la atención a esta enfermedad.

De otro lado, es necesario asumir las críticas realizadas por parte del nivel hospitalario hacia el nivel primario y su escasa implicación en el problema VIH/SIDA. Los objetivos en salud, propios de la estrategia de atención primaria de salud, son escasamente comparables a los propios de la asistencia especializada, más orientada hacia la "*curación*" que hacia el "*cuidado*", siendo conveniente una simbiosis de los mismos, integrando en el nivel primario los aspectos preventivos con los estrictamente asistenciales.

Las deficiencias de los sistemas sanitarios, puestas de manifiesto por el VIH/SIDA: hospitalocentrismo, descoordinación, falta de eficiencia, etc..., difícilmente podrían ser solucionadas únicamente con la participación incondicional de los profesionales de atención primaria y sin facilitarles formación, coordinación y acceso a exploraciones complementarias.

La red de casas de acogida, residencias asistidas y ayuda a domicilio, es todavía deficiente en nuestro país y a la misma, tienen dificultades de acceso los pacientes de VIH/SIDA. No es conveniente, por tanto, exigir a un nivel sanitario, todavía en pleno desarrollo, un grado de implicación por encima de sus posibilidades reales.

**4.7 DISCUSION.  
OPINIONES Y SUGERENCIAS  
REALIZADAS POR  
LOS ENCUESTADOS.**

El cuestionario contenía un espacio en blanco a fin de que los médicos encuestados manifestaran libremente sus opiniones al respecto.

Las sugerencias vertidas en el cuestionario coinciden en lo general con las recogidas en otras series.

Las dos primeras sugerencias manifestadas por los encuestados son: la necesidad de formación para atención primaria en aspectos que hacen referencia al manejo del VIH/SIDA, y la imprescindible coordinación que ha de existir con el nivel especializado. Las opiniones de médicos de cabecera en otros estudios coinciden en solicitar formación continuada al respecto<sup>182,186,187,191,193-194,212</sup>.

La falta de coordinación entre niveles asistenciales también es patente en otros estudios. En uno de ellos, realizado en Irlanda del Norte<sup>194</sup>, el 44.2% de los médicos de cabecera encuestados verían con agrado la existencia de un coordinador-facilitador o intermediario entre ellos y el nivel hospitalario; participarían entonces el 76.8% de los encuestados en el tratamiento de los pacientes si existiera dicha coordinación. Estos datos también aparecen en un estudio procedente de Londres, donde el 31% de los médicos de cabecera encuestados desearía contar con intermediario en el hospital para favorecer la coordinación en el seguimiento de los pacientes<sup>212</sup>.

El papel de la educación sanitaria en la prevención del VIH/SIDA es manifestada por el 11.46% de los encuestados que realizaron sugerencias, aspecto éste conforme con otras investigaciones<sup>183</sup>. En nuestro estudio, se incide en aspectos más concretos del papel de dicho nivel asistencial como: información a la población (11.46%) mediante actividades de educación sanitaria (5.09%). La confianza en el papel de la educación para la salud es señalada en diferentes estudios<sup>182,202</sup>.

Una falta de recursos en el nivel primario de salud por la asunción de elevada demanda asistencial y demanda burocrática ha sido señalada por 13 encuestados (8.28%). Este aspecto también fue señalado en estudios realizados en Reino Unido<sup>182</sup> y en Australia<sup>199</sup>.

Únicamente 6 encuestados (3.82% de los que realizaron sugerencias) han manifestado la necesidad de establecer servicios médicos específicos para el SIDA. Este hecho contrasta con la opinión vertida en un estudio realizado sobre médicos de atención primaria en Cataluña<sup>193</sup>. El 23.8% de los mismos sugería la necesidad de crear una red de centros especializados para la atención al SIDA.

Asimismo los médicos de cabecera madrileños encuestados plantearon la necesidad de garantizar acceso a exploraciones complementarias (2.54% de los que realizaron sugerencias),

y la dotación a los centros de atención primaria de material de bioseguridad frente al VIH (0.63%).

Las sugerencias procedentes del cuestionario autoadministrado son un material de gran utilidad a ser tenido en cuenta por las autoridades sanitarias y los planificadores, en orden a diseñar y ejecutar actividades asistenciales que contemplen la opinión de los profesionales.

**4.8 DISCUSION.**

**FACTORES MODULADORES  
DE ACTUACION U OPINION.**

Las diferencias halladas en las respuestas de los diferentes grupos podrían expresarse desde un punto de vista como factores predisponentes de una buena o mala asistencia al paciente. Es necesario recordar que poseer toda la formación adecuada no tiene porque presuponer que la asistencia sea correcta en términos no sólo clínicos sino también de respeto hacia otros sistemas de valores u orientaciones sexuales, situaciones éstas acompañantes del SIDA. Si bien este estudio no se diseñó como un análisis estratificado sí podemos exponer los resultados como una aproximación a la situación que se podría dar en el caso de diseñar una encuesta similar teniendo presentes los estratos edad, sexo, año de licenciatura, y formación pre y postgraduada.

La práctica ausencia en la bibliografía médica de nuestro país de estudios similares al presentado, hace que necesariamente la comparación se base casi exclusivamente en series procedentes de Reino Unido y Estados Unidos.

Las diferencias de dichos sistemas sanitarios con el propio del Estado Español hacen que obligatoriamente las posibles semejanzas o diferencias que se deriven de éste estudio hayan de ser contempladas con reservas.

En el momento actual, aspecto éste que ha sido corroborado en algunas series<sup>203</sup>, la práctica en medicina de atención primaria se había visto poco influenciada por el SIDA. Esta influencia ya parecía haberse dado en la medicina especializada, sobre todo a expensas de la práctica quirúrgica. Aspectos ya comentados en otros puntos de este estudio ponen de manifiesto que el grado de implicación y de influencia del SIDA se está extendiendo a todos los niveles asistenciales.

Del análisis de los datos obtenidos se desprende que la variable edad en el intervalo entre 31 y 35 años se ha asociado a un grado mayor de conocimientos sobre el SIDA. Así, el mayor número de médicos de este grupo etario identificó correctamente la célula diana de la infección ( $p=0.01$ ), el método diagnóstico de la enfermedad ( $p=0.01$ ), la posibilidad de seronegatividad del paciente en presencia de infección por el VIH ( $p=0.0000000003$ ), los efectos secundarios de la *Zidovudina*<sup>R</sup> ( $p=0.01$ ), y la profilaxis de la neumonía por *Pneumocistis Carinii* ( $p=0.0001$ ).

Con respecto a los mecanismos de transmisión la situación es similar. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en dicho grupo etario. El colectivo de médicos con edades entre 31 y 35 años desestimó como vía de transmisión del VIH, el beso ( $p=0.00000005$ ), la saliva ( $p=0.004$ ), y la picadura de insectos ( $p=0.01$ ). Estos datos coinciden con otros estudios similares<sup>187</sup>. Los médicos más jóvenes parecen tener un mejor conocimiento sobre el SIDA.

La edad de los encuestados comprendida entre 31 y 35 años también se asoció favorablemente a actitudes en contra de la solicitud de serología VIH en las siguientes situaciones: como requisito prematrimonial ( $p=0.000000001$ ), en la incorporación al servicio militar ( $p=0.0000008$ ), al cruzar la frontera española ( $p=0.00004$ ), y en el cribado sistemático de la población ( $p=0.0002$ ). Asimismo los médicos de este grupo de edades no consideraron que el hospital era el único ámbito asistencial para la atención al SIDA ( $p=0.0000000000039$ ). Este mismo grupo etario expresó acuerdo en otorgar un papel principal al médico de atención primaria en el seguimiento clínico de los pacientes de SIDA ( $p=0.02$ ).

Asimismo los médicos encuestados en este grupo de edad habían utilizado como medio de formación continuada la entrevista informal con otros compañeros ( $p=0.04$ ), y habían participado en la asistencia a pacientes de SIDA en rotaciones hospitalarias ( $p=0.0001$ ).

En el análisis del grupo de edad superior a 35 años se identificaron algunas diferencias que merecen cierto análisis. Este grupo de profesionales fue partidario de realizar serologías VIH a pacientes sin conductas de riesgo que lo solicitaran ( $p=0.02$ ), y a pacientes portadores de cualquier enfermedad de transmisión sexual ( $p=0.000002$ ).

Aunque no existían estudios en la bibliografía que relacionaran con la edad los puntos anteriormente analizados, se desprende de los mismos, que los médicos más jóvenes eran más proclives a dar consejo ( $p=0.001$ ) y a obtener historias sexuales ( $p=0.005$ )<sup>179</sup>. Asimismo en otro estudio<sup>188</sup> los médicos de cabecera con edades más avanzadas y teóricamente sin pacientes de SIDA en su población asignada trabajaban aisladamente, aspecto éste corroborado en nuestro estudio, donde se ha observado que el grupo de médicos con edades entre 31 y 35 años utilizaba la entrevista informal con otros compañeros como un medio de solventar dudas, no teniendo por tanto práctica asistencial aislada.

La variable sexo ha tenido una repercusión escasa. Los médicos de cabecera varones que respondieron a la encuesta tuvieron un mejor conocimiento sobre el método diagnóstico de la infección por VIH ( $p=0.01$ ). Expresaron también los varones actitudes contrarias a la serología VIH prematrimonial ( $p=0.0001$ ), a la realización de dicha exploración ante cualquier enfermedad de transmisión sexual ( $p=0.000004$ ), y al cribado serológico sistemático al cruzar la frontera española ( $p=0.006$ ).

Respecto a otros ítem referidos a conocimientos los médicos varones señalaron adecuadamente la posibilidad de existencia del "*período de ventana serológica*" ( $p=0.002$ ), la pauta profiláctica de la neumonía por *Pneumocistis Carinii* ( $p=0.003$ ), y desestimaron al beso como un posible mecanismo de transmisión ( $p=0.04$ ). Los varones también han mostrado actitudes positivas hacia considerar que el hospital no era el ámbito exclusivo de la atención al SIDA ( $p=0.00008$ ).

Otros estudios han puesto de manifiesto en relación al sexo de los encuestados que las mujeres médicos de cabecera habían tratado a más pacientes de SIDA<sup>206</sup>( $p=0.01$ ), que impartían consejo y educación sanitaria<sup>179</sup>( $p=0.005$ ), y en otro estudio que demandaban mayor formación<sup>187</sup>( $p=0.0008$ ) en relación a los médicos varones.

El estado civil de los encuestados ha tenido repercusión sobre todo en actitudes hacia la práctica de la serología VIH. Los médicos casados se manifestaron a favor de dicha prueba ante cualquier enfermedad de transmisión sexual ( $p=0.04$ ). Simultáneamente los médicos casados se manifestaron en contra de la serología en las siguientes condiciones: prematrimonial ( $p=0.0008$ ), en la incorporación al servicio militar ( $p=0.02$ ), y en el cribado sistemático de la población ( $p=0.03$ ).

También dichos médicos de cabecera casados conocían la eventual posibilidad del "*período de ventana serológica*" ( $p=0.00003$ ) y desestimaron al beso como un potencial mecanismo de transmisión del VIH ( $p=0.04$ ). Este colectivo manifestó estar "*absolutamente en desacuerdo*" en considerar al hospital como el único nivel asistencial que tiene un papel en la lucha contra el SIDA ( $p=0.006$ ).

En ningún estudio de los consultados el estado civil se ha asociado a ninguna característica diferenciada de los encuestados como conocimientos o actitudes. Únicamente en un estudio realizado en Reino Unido<sup>187</sup>, los médicos de cabecera solteros no expresaron miedo o precaución personal en relación al trato profesional con pacientes de SIDA ( $p=0.0002$ ).

El año de graduación de los médicos de atención primaria que cumplimentaron la encuesta ha tenido una gran relación con diferentes ítem del mismo. Así, el grupo de licenciados previamente a 1.981 fue el más partidario de indicar serología VIH a cualquier paciente que lo solicitara, aún en ausencia de factores de riesgo ( $p=0.02$ ), y a realizar dicha exploración ante cualquier enfermedad de transmisión sexual ( $p=0.00001$ ).

Por el contrario los graduados en el intervalo de 1.981 a 1.985 tuvieron un mejor grado de conocimientos sobre: "*período de ventana serológica*" ( $p=0.00001$ ), efectos secundarios de la *Zidovudina*<sup>R</sup>( $p=0.05$ ), pautas profilácticas de la neumonía por *Pneumocistis Carinii* ( $p=0.001$ ), desestimando al beso como un mecanismo de transmisión del VIH ( $p=0.0001$ ).

Este grupo de profesionales fue partidario de no realizar sistemáticamente la serología VIH en las siguientes circunstancias: pacientes prequirúrgicos ( $p=0.02$ ), como requisito prematrimonial ( $p=0.00001$ ), en la incorporación a filas ( $p=0.00001$ ), al cruzar la frontera española ( $p=0.00003$ ), y como cribado sistemático poblacional ( $p=0.001$ ).

Asimismo el grupo de licenciados entre 1981 y 1985 conocían en su población asignada la existencia de pacientes en riesgo de SIDA ( $p=0.001$ ). Este conocimiento puede traducir una

cierta sensibilidad hacia la detección o conocimiento de estos pacientes que no se había dado en otros grupos de profesionales encuestados. Dicho colectivo de profesionales también ha mostrado opiniones favorables hacia la posible participación del nivel primario de salud en la asistencia de los pacientes de SIDA. Afirmaron estar "*absolutamente en desacuerdo*" con asignar únicamente al hospital un lugar importante en la lucha contra el SIDA ( $p=0.00001$ ), expresando "*acuerdo*" en colaborar en el tratamiento ambulatorio de los pacientes mediante la administración extrahospitalaria de diferentes fármacos ( $p=0.04$ ), y en asumir un papel principal en el seguimiento clínico de los pacientes de SIDA ( $p=0.01$ ). Esta opinión es contraria a la expresada por un colectivo de médicos de familia en Maryland (Estados Unidos) licenciados antes de 1.965, los cuales opinaron que a los pacientes de SIDA se les podrían tratar más adecuadamente en "clínicas especiales".

En cuanto a la modalidad de formación obtenida sobre el VIH/SIDA, el grupo de médicos licenciados entre 1.981 y 1.985 manifestó haber participado en: sesiones clínicas en el centro de trabajo ( $p=0.002$ ), cursos o conferencias fuera del Área de Salud ( $p=0.03$ ), la asistencia a pacientes en rotaciones hospitalarias ( $p=0.04$ ), y haber ocasionalmente solucionado sus dudas mediante la entrevista informal con otros compañeros ( $p=0.05$ ).

Algunos de estos datos son congruentes con otros estudios en los que se observan mejores actitudes en médicos que han participado en actividades formativas específicas<sup>180</sup>, y que han tratado previamente a pacientes de SIDA<sup>200,206,208</sup>. Parecería que tanto la edad entre 31 y 35 años y la finalización de la licenciatura posteriormente a 1.980<sup>206</sup>, en el estudio aludido, y entre 1.981 y 1.985, en nuestro estudio, sería un factor favorecedor de mejores conocimientos y de actitudes más positivas hacia el cuidado y seguimiento de los pacientes de SIDA por parte del médico de atención primaria.

Con respecto al ámbito profesional de actuación se han identificado diferencias significativas en algunas respuestas efectuadas por los médicos de cabecera con ejercicio en los equipos de atención primaria (EAP) urbanos, en contraposición a otras respuestas, también significativas, por parte de los médicos de consultorios urbanos.

En relación a los conocimientos, los médicos de EAP urbano identificaron correctamente: la eventual posibilidad de "*período de ventana serológica*" ( $p=0.01$ ), la correcta dosis para la profilaxis de la afección pulmonar por el *Pneumocistis Carinii* ( $p=0.001$ ), y el nulo o escaso riesgo de la saliva como vía de transmisión ( $p=0.01$ ). En cuanto a las indicaciones de serología este colectivo manifestó estar en contra de dicha prueba en la incorporación al servicio militar ( $p=0.005$ ).

Este grupo de médicos de EAP urbano expuso su "*absoluto desacuerdo*" hacia la participación exclusiva del hospital en la lucha contra el SIDA ( $p=0.01$ ).

En cuanto a las actividades de formación sobre el SIDA realizadas por los médicos de EAP urbano, estos señalaron haber participado en el centro de trabajo en sesiones clínicas ( $p=0.000001$ ), sesiones bibliográficas ( $p=0.00001$ ), haberse entrevistado de forma informal sobre el SIDA con otros compañeros ( $p=0.02$ ), y haber atendido a pacientes enfermos durante rotaciones hospitalarias ( $p=0.0001$ ).

Los equipos de atención primaria (EAP) ofrecen un mejor marco de trabajo que puede favorecer las actividades comunes de formación continuada como: sesiones clínicas, bibliográficas, trabajo conjunto de los profesionales, e interconsultas con el nivel especializado. De otro lado la propia esencia de esta metodología de trabajo hace que al no realizarse la práctica asistencial de forma aislada sea más factible la posibilidad de referir dudas a otros compañeros del EAP. Las características epidemiológicas, en cierto modo urbanas, de la infección por el VIH y el SIDA, hacen posible que estos profesionales puedan haber tenido más contacto con el problema. Este hecho se ha corroborado en otros estudios. En una investigación realizada en Minnesota<sup>186</sup>, el 45% de los médicos de familia urbanos había tratado a éstos pacientes en oposición al 14% de los médicos rurales ( $p=0.001$ ).

Asimismo se han puesto de manifiesto diferencias significativas en algunas respuestas por parte de los médicos de atención primaria con ejercicio en consultorio urbano (CU). Estos profesionales reconocen haber efectuado de forma significativa consultas de tipo administrativo (partes de baja, recetas, ...) a pacientes de SIDA ( $p=0.05$ ). Estos profesionales también reconocen haber asistido a cursos o congresos fuera del Area de Salud ( $p=0.02$ ) y utilizar como medio de formación continuada sobre el SIDA la información entregada por los visitantes médicos de la industria farmacéutica ( $p=0.00004$ ).

Los consultorios urbanos (CU), habitualmente, tienen una práctica asistencial aislada con consultas a demanda de los pacientes durante dos o tres horas, con lo que es difícil la participación en actividades formativas conjuntas con el resto de profesionales. Es posible que estas deficiencias en formación y en relación con otros compañeros sean cubiertas con la asistencia a actividades formativas realizadas fuera del Area de Salud y con la colaboración de la industria farmacéutica mediante el acto de la visita al profesional médico.

La especialidad de los médicos de atención primaria que han participado en le encuesta ha tenido una asociación significativa en algunas respuestas.

Los médicos de cabecera especialistas en medicina de familia y comunitaria (MFYC) han mostrado en cuanto a la solicitud de serología VIH, actitudes contrarias a dicha práctica en las siguientes situaciones: pacientes prequirúrgicos ( $p=0.02$ ), como requisito prematrimonial ( $p=0.001$ ), en la incorporación al servicio militar ( $p=0.000001$ ), en el cribado poblacional de la infección por VIH ( $p=0.02$ ), y en la realización de la prueba al cruzar la frontera española ( $p=0.008$ ).

En relación a los conocimientos, el colectivo de médicos de atención primaria especialistas en MFYC manifestó conocer la posibilidad del "*período de ventana serológica*" ( $p=0.00003$ ), desestimando como mecanismos de transmisión del VIH el beso ( $p=0.00001$ ), la saliva ( $p=0.08$ ), la vacunación ( $p=0.0001$ ), y la picadura de insectos ( $p=0.01$ ).

También con respecto a los métodos de formación sobre el SIDA se han identificado diferencias significativas a favor de los médicos especialistas en MFYC. Este colectivo señala haber participado en sesiones clínicas ( $p=0.0000005$ ), bibliográficas ( $p=0.01$ ), en la asistencia a pacientes en rotaciones hospitalarias ( $p=0.01$ ), y ha recibido información a través de los visitantes médicos de la industria farmacéutica ( $p=0.01$ ).

El mayor número de médicos especialistas en medicina de familia y comunitaria (MFYC) presta sus servicios profesionales en los equipos de atención primaria (EAP). Según se desprende de los datos analizados es posible que se sume en este colectivo una formación previa sobre el SIDA alcanzada en las rotaciones hospitalarias asociada a una metodología de trabajo basada en las actividades del EAP que favorece la realización de sesiones clínicas o bibliográficas en el propio centro de trabajo.

Este colectivo profesional demuestra actitudes no restrictivas y poco segregativas con respecto a un tema tan conflictivo como la solicitud de serologías en ciertas cuestiones problemáticas. Asimismo demuestra un buen conocimiento real acerca de teóricos mecanismos de transmisión sobre los que pueden existir incertidumbre.

Los datos de este estudio, únicamente en su vertiente descriptiva, han puesto de manifiesto que el porcentaje de médicos de atención primaria que manifestaban dudas acerca de la posible transmisión del VIH a través de insectos, beso, y saliva, era el más alto de todas las series consultadas. Este hecho diferenciado del colectivo global de médicos de cabecera que respondieron el cuestionario no se ha comprobado en los especialistas en MFYC.

Es llamativo el hecho, en nuestra opinión, de no haber identificado diferencias significativas por parte del colectivo de médicos especialistas en MFYC en el apartado de "*opiniones acerca de la implicación del nivel primario de salud ante el SIDA*" y en los referidos a la práctica asistencial diaria. Parecería entonces que a pesar de disponer de un adecuado conocimiento básico sobre el VIH/SIDA, y de participar en actividades formativas, este colectivo no se ha implicado todavía en la atención a estos pacientes. Como se ha señalado en la Introducción, durante los años 1.991 y 1.992 se ha producido un gran interés hacia el SIDA por parte de las sociedades científicas de medicina de familia, medicina general, y atención primaria. Es posible que en el momento actual ya se esté dando por colectivos de profesionales de atención primaria una cierta participación en la asistencia al SIDA, razón que explicaría la necesidad de repetir investigaciones similares a esta en intervalos periódicos.

Los estudios ya existentes ponen de manifiesto que los médicos especialistas en MFYC, con ejercicio en Maryland<sup>208</sup> y ámbito urbano, y que habían completado el período de residencia en medicina de familia podrían estar implicados en el tratamiento de pacientes de SIDA en estadios avanzados, habiendo indicado serología VIH a más de diez pacientes. Otros estudios arrojan datos contrarios. En los mismos se conoció una mayor participación en el proceso asistencial por parte de los especialistas en medicina interna con ejercicio en atención primaria. Un estudio realizado en California<sup>179</sup> demostró que los médicos internistas que desarrollan su profesión en el nivel primario de salud aportaban más consejo a los pacientes sobre el VIH/SIDA a diferencia de los médicos de familia y médicos generales. Otra investigación realizada en Minnesota<sup>186</sup> comprobó que los especialistas en medicina interna con ejercicio extrahospitalario habían tratado más pacientes de SIDA que los médicos de familia, aspecto ya señalado en otros estudios<sup>189,206</sup>. Este hecho pudiera obedecer a que el colectivo de especialistas en medicina interna pudiera haber tenido contacto con los pacientes de SIDA en el hospital previamente a su ejercicio en atención primaria, y por tanto pueden poseer una mayor cualificación.

En otros estudios se demuestra que, en general, las mejores actitudes hacia el cuidado y prevención del VIH/SIDA se dan entre médicos de atención primaria que han tratado previamente a pacientes<sup>200,206,208</sup>, han completado residencias en medicina de familia<sup>208</sup>, ó en medicina interna<sup>189,200</sup>, tienen labores docentes en medicina general<sup>187</sup>, han participado en actividades de formación continuada específicas sobre cuidado ambulatorio<sup>180</sup> y son más jóvenes.

Tienen diferentes actitudes los post-graduados<sup>208</sup>, previamente a 1965, los que demandan la existencia de "*clínicas especiales*" y los que demandan una escasa participación del nivel primario de salud.

Asimismo en otros estudios se coincide en que la disposición por parte de los médicos de atención primaria hacia el tratamiento de los enfermos más graves, estaba en relación directa con el número de enfermos de SIDA previamente tratados<sup>208</sup>, expresando por tanto que el manejo habitual de estas situaciones favorecería la asunción de dicho cuidado.

**4.9 DISCUSION.  
ANALISIS DE CORRESPONDENCIA.**

En la revisión bibliográfica efectuada no se encontró ningún trabajo similar que utilizara la metodología de análisis multivariante descrita, análisis de correspondencia. Los estudios consultados<sup>8,176-212</sup> se limitan en la mayoría de los casos a una descripción de los datos numéricos mediante la utilización de estadística descriptiva básica y de pruebas paramétricas.

Únicamente en un estudio<sup>281</sup> realizado en Austria publicado con posterioridad a la realización de nuestra investigación, y por tanto incluido en el *Addendum*, se utilizó otra modalidad de análisis multivariante: *el análisis factorial de componentes principales*.

El análisis de correspondencia es un método descriptivo de simplificación de datos. Así, los resultados de una batería de preguntas podrían ser expresadas como factores que representarían ciertas dimensiones latentes o correspondencias no directamente observables. La posibilidad de utilización de gráficos en los cuales es representada la información obtenida permite simplificar el aspecto de los datos y disponer de una visión global de la información. El análisis de correspondencia permitiría, caso del estudio que nos ocupa, manejar de forma más sencilla un gran número de observaciones o respuestas de las personas dada la dificultad de detectar patrones de asociación entre un número muy elevado de posibles tablas. De este modo se podría constatar de forma gráfica la posición de cada uno de los factores o dimensiones latentes en relación al resto y obtener correspondencia entre las respuestas.

En este análisis se han extraído varios factores aunque únicamente se han estudiado dos de ellos. Si se retuviesen para el análisis un número mayor de factores la calidad global de la representación podría mejorar, al usar una mayor cantidad de información original, pero evidentemente no se simplificaría la dimensión del problema a estudiar, motivo este de utilización de los análisis de simplificación o reducción.

En situaciones ideales sería deseable obtener un número de factores, dos o tres, que explicasen un alto porcentaje de la varianza total, situación poco probable en la práctica. En nuestro estudio los dos factores explicaban los porcentajes de *inercia* más elevados, alcanzando datos de porcentaje acumulado de *inercia* del 58.6%, y del 46.2%.

En nuestro estudio se delimitarían claramente aquellos médicos que conocían en su población asignada a pacientes afectados, les habían tratado de problemas de salud intercurrentes y habían solicitado serología VIH a pacientes en riesgo.

Por el contrario existiría otro grupo de médicos que no conocen en su población a los pacientes afectados, y que con ellos no han realizado ninguna actividad asistencial: no les han tratado de problemas de salud intercurrentes, no han realizado ningún tipo de seguimiento clínico, y no han solicitado serología a personas en riesgo.

Analizando las otras áreas del cuestionario en que se empleó el análisis de correspondencia, existirían también dos grandes grupos de médicos de atención primaria. Unos estarían de acuerdo en otorgar un papel principal al médico de atención primaria en el seguimiento clínico de los pacientes, y otros estarían en desacuerdo en otorgar al médico de cabecera y al nivel primario de salud una labor en la lucha contra el SIDA, y en la educación sanitaria de la población general.

Por último existiría un grupo de médicos de atención primaria en desacuerdo con asumir un papel principal en el seguimiento clínico de pacientes con SIDA, en la cercanía gráfica de otros médicos que no han tenido contacto con pacientes de SIDA, y de otros que conocen en su cupo pacientes enfermos y que les han tratado de enfermedades intercurrentes.

Parecería así, que existen grupos de médicos con una cierta implicación en el problema (**áreas B** de las figuras 3 y 4). Estos médicos, probablemente aún sin haber realizado un seguimiento clínico reglado a los enfermos, conocen su existencia, ocasionalmente les tratan de problemas de salud o enfermedades puntuales, y creen que el médico de atención primaria tiene un papel en el seguimiento clínico de los pacientes. Por último reúnen además la sensibilidad suficiente para detectar pacientes en riesgo para el VIH, a los que solicitan marcadores serológicos.

Parece existir por tanto una relación entre la idea de participación en el seguimiento clínico, y la existencia de contactos previos con enfermos de SIDA. Al tratarse de un estudio descriptivo no estamos en condiciones de afirmar o negar si la atención sanitaria a los enfermos predispone a querer participar en la misma, o bien que esta relación sea casual o aleatoria.

Por otro lado también existe un grupo de médicos que pudieran haber realizado con los pacientes algún tipo de asistencia puntual, dada la cercanía con el sector de médicos más proclives a dicha asistencia, conociendo por tanto a su población afectada, pero que no están de acuerdo en asumir un papel principal en el seguimiento clínico de los mismos (**área C** de las figuras 3 y 4). Parecería que estos se han visto obligados a atender demandas asistenciales puntuales, pero que no han contemplado el problema con agrado y que no desean su implicación en la atención del enfermo de VIH/SIDA.

La utilización del médico de cabecera como puerta de entrada al sistema sanitario permite en sucesivos contactos el conocimiento de los problemas de salud existentes en su población. Así, el tratamiento de enfermedades intercurrentes es una forma de captación y de conocimiento de los enfermos que pueden permitir posteriormente diferentes actuaciones. De un lado, el mero conocimiento epidemiológico. De otro, plantear un adecuado seguimiento clínico aportando normas higiénicas y preventivas con el fin de evitar la transmisión del VIH.

Por último, el conocimiento de las posibles conductas de riesgo permite la evaluación periódica del status de seropositividad al VIH en pacientes de riesgo.

El grupo de médicos que está realizando dichas actividades, al menos estarían asumiendo las posiblemente consideradas como mínimas. Es probable, en nuestra opinión, que en el momento de realizar el estudio, finales de 1.991, se tratara de iniciativas no regladas y puntuales. El seguimiento clínico reglado de los pacientes no depende únicamente de actitudes o aptitudes de los propios médicos de cabecera, sino también de la concurrencia de otros factores. Unos debidos al paciente, como el miedo a la pérdida de anonimato al ser tratado por el médico de su familia o barrio. Otros debidos al propio sistema sanitario, como una escasa coordinación y colaboración con el nivel especializado, junto con un limitado acceso a ciertas exploraciones complementarias imprescindibles y necesarias para un correcto estudio y clasificación clínica de los enfermos.

La puesta en marcha de subprogramas o protocolos de atención al paciente VIH/SIDA, coordinados con el nivel hospitalario, en la mayoría de las Areas de Salud de Madrid, posibilitaría que se realice el señalado seguimiento clínico reglado por parte de los médicos de atención primaria, que cuando se ha realizado era probablemente fruto de iniciativas aisladas y voluntaristas. El diseño y ejecución de dichas actividades protocolizadas puede posibilitar que los grupos de médicos más mentalizados y ya implicados, como el identificado en el estudio, dispongan de un marco de referencia para el seguimiento clínico de los enfermos hasta el momento en que sea necesaria su derivación al nivel especializado.

En cuanto a otros grupos de médicos nada implicados y que no desean asumir ninguna actividad asistencial al respecto (**áreas A y D** de las figuras 3 y 4) sería necesaria la realización de estudios que identificaran las posibles resistencias<sup>8-10</sup> al respecto.

La obtención de dos tablas (98 y 99) a partir de las que se construyeron las representaciones gráficas del análisis de correspondencia (figuras 3 y 4) en un intento de mejorar todavía más la información obtenida e intentar explicar un porcentaje de *inercia* o de varianza más elevado, no han tenido gran influencia a la hora de comparar los datos de un gráfico con los del otro. Prácticamente la mayoría de las variables han permanecido constantes. Persisten correspondencias en ambas gráficas que asocian la idea de experiencia asistencial con los pacientes (conocer a los afectados en su cupo, y haberles tratado de procesos intercurrentes), con la idea de que el nivel primario de salud deba asumir algún papel al respecto, participando en la educación sanitaria de la población general y asumiendo por parte del médico de cabecera un papel principal en el seguimiento clínico.

Las correlaciones negativas son todavía más constantes. Así los grupos representados en las figuras 3 y 4 como **áreas A, C, y D**, permanecen prácticamente invariables, confirmando

por tanto la existencia de grupos de médicos en los que pueden existir esos factores, correspondencias, o dimensiones latentes.

Aunque sería difícil la comparación de nuestro trabajo, dada la transformación de datos numéricos en esquemas gráficos, se desarrollará a continuación la discusión de los mismos comparándolos con estudios que hayan tratado aspectos similares y que hayan encontrado datos parecidos independientemente de la metodología de análisis estadístico utilizado.

En la bibliografía existente se ha encontrado una asociación entre la presencia de pacientes de VIH/SIDA en el cupo del médico, el impartir normas preventivas sobre disminución del riesgo<sup>186</sup>, y con efectuar la detección del riesgo para el VIH<sup>186-187,208</sup>. Asimismo en un estudio<sup>187</sup> realizado en Reino Unido, se han identificado correlaciones entre la idea de asumir por parte del médico de cabecera un papel clave en la educación para la salud sobre SIDA y tener adecuados conocimientos sobre la enfermedad. Otro estudio<sup>208</sup> realizado sobre médicos de familia en Maryland encontró asociación entre la idea de otorgar al médico de cabecera un papel primordial en la educación para la salud sobre el SIDA y opinar que el cuidado del paciente no tiene porque ser mejor en clínicas especiales, que por su propio médico de cabecera.

Por último, un estudio<sup>186</sup> realizado sobre médicos de cabecera de Minnesota encontró correlación entre la valoración del riesgo en los pacientes por parte del médico con la receptividad hacia aprender más sobre la enfermedad.

Parecería así, aspecto comprobado en nuestro estudio y en los ya referidos anteriormente, que contactos previos y repetidos con los pacientes, favorecerían actitudes positivas en algunos médicos de cabecera hacia considerar ciertos aspectos de prevención, información y seguimiento clínico de los pacientes de SIDA, como tributarios de ubicación en el nivel primario de salud.

La conclusión de este análisis radicaría en que ante la necesaria e imprescindible participación del nivel primario de salud en la atención de los pacientes de VIH/SIDA se debería potenciar las actividades de aquellos médicos, que parecían haber realizado algún tipo de asistencia y que muestran actitudes positivas hacia tal participación. Esta potenciación debería ir acompañada de acceso a formación continuada, exploraciones complementarias y coordinación con el nivel especializado.

Con respecto a los médicos que realizaban alguna actividad asistencial y que no deseaban asumir un papel importante en el seguimiento clínico sería necesario introducir medidas incentivadoras, como las señaladas anteriormente, intentando identificar con estudios ulteriores las resistencias a tal consideración.

Igualmente sería necesario realizar estudios dirigidos a identificar en aquellos médicos que no han realizado ninguna actividad asistencial las resistencias que puedan existir a tal efecto. Esta falta de participación podría atribuirse en una primera aproximación a un verdadero sesgo de selección, esto es, *"no atienden pacientes porque no acuden a estos médicos"*. Es necesario señalar que esta apreciación, médicos que no han realizado ningún tipo de asistencia, se corresponde con médicos que están en desacuerdo con asumir: algún tipo de papel en la lucha contra el SIDA, que la educación para la salud sobre el SIDA sea competencia del nivel primario de salud, y que el seguimiento clínico sea competencia de los médicos de cabecera.

El posible sesgo de selección sobre médicos que no han realizado ninguna asistencia porque los pacientes no han acudido pudiera tener alguna explicación en áreas de baja prevalencia, o en modalidades de asistencia primaria que propicien poco la relación médico-paciente. Esta relación sería necesaria para favorecer, de un lado la asunción del seguimiento, y de otro que el paciente deposite la confianza en el médico. Es necesario recordar que en este estudio, el 81.1% de los médicos encuestados reconoció tener en su población adscrita pacientes afectados, porcentaje éste que fue el más alto de toda la bibliografía consultada.

Los datos más importantes del estudio<sup>281</sup> anteriormente aludido donde se utilizó el *análisis de componentes principales* ponen de manifiesto en el mismo la existencia de dos **factores**. A uno de ellos los autores lo denominan *"incomodidad en aspectos sexuales"*, el cual se asociaría a aportar menos consejo preventivo y a tener poco interés hacia la formación continuada en materia de VIH/SIDA. El otro **factor**, *"miedo a la exposición al VIH"*, se asociaría con una cierta tendencia a derivar hacia otros dispositivos asistenciales a todos los enfermos VIH. Dado que el cuestionario era diferente al nuestro, la extracción de factores es radicalmente distinta, y por tanto las consecuencias que se extraen del análisis multivariante.

En momentos de dificultades para la gestión de los sistemas sanitarios, el uso de los datos de nuestro estudio para la planificación de los servicios sanitarios, podría llevar a dirigir los esfuerzos de la Administración Sanitaria, en aras de una máxima optimización de recursos, a la potenciación de las actividades programadas y protocolizadas con médicos que ya habían participado en algún tipo de asistencia a pacientes de SIDA. La limitación de recursos debería llevar, en nuestra opinión, a relegar las actuaciones sobre los otros grupos de médicos.

## **5. CONCLUSIONES**

Teniendo en cuenta los datos y argumentos presentados a lo largo de la investigación hemos llegado a las siguientes conclusiones acerca de los conocimientos y opiniones sobre el SIDA de los médicos de atención primaria que participaron en el estudio.

### ***1. Conocimientos.***

1.1 La mayoría de los médicos encuestados identifican el agente causal del SIDA, el medio diagnóstico de la infección, las vías de transmisión y las células diana del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

1.2 El nivel de incertidumbre de nuestros encuestados acerca de mecanismos de transmisión del VIH aún no fundamentados científicamente en la actualidad como: saliva, lágrimas, besos, vacunas, picaduras de insectos, y compartir vajilla y menaje con infectados, ha sido el más alto en relación con todos los estudios consultados.

1.3 Igualmente la duda de los participantes acerca de la posibilidad de transmisión del VIH en determinadas conductas sexuales, estimadas como de bajo riesgo, ha sido la más alta en comparación con estudios similares.

1.4 Se cumple la expectativa de un alto nivel de conocimientos en una mayoría significativa de los médicos acerca de la transmisión del VIH a través de mecanismos universalmente aceptados como: coito vaginal, y anal, transfusión de sangre, y uso compartido de jeringas y agujas.

### ***2. Interacción social y prejuicios.***

2.1 La mayoría de encuestados informaron tener una actitud positiva en cuanto a la interacción social con pacientes de SIDA.

2.2 Con respecto a la medida más eficaz para evitar la difusión del SIDA, los participantes en el estudio se decantan, en su inmensa mayoría, hacia la educación para la salud.

### ***3. Modo de adquisición de conocimientos sobre VIH/SIDA.***

3.1 El autoaprendizaje, estudio de libros y revistas, y la entrevista informal con otros compañeros han sido los métodos de formación sobre VIH/SIDA más utilizados por los encuestados.

### ***4. Opiniones acerca de la implicación del Nivel Primario de Salud en la atención al VIH/SIDA.***

4.1 Los encuestados manifiestan en su mayoría, que el SIDA no es un problema de abordaje únicamente hospitalario, reconociendo una necesaria participación del nivel primario de salud.

4.2 Dicha participación se debería concretar, en opinión de los encuestados, colaborando en la administración ambulatoria de medicamentos para el tratamiento del SIDA, y la educación sanitaria de la población general. Los encuestados no desean asumir únicamente el cuidado terminal de los afectados.

### ***5. Participación reciente en la atención de pacientes VIH/SIDA.***

5.1 El número de médicos de atención primaria que reconoció tener en su población asignada pacientes enfermos de SIDA o en riesgo ha sido el más alto de la bibliografía consultada.

5.2 La participación actual de los médicos de atención primaria de Madrid en el seguimiento y abordaje de los pacientes infectados por el VIH se ha limitado al tratamiento de los procesos agudos intercurrentes, a la solicitud de serología en pacientes de riesgo, a una ocasional información preventiva y a la cumplimentación de trámites burocráticos. Esta última actividad se ha realizado sobre todo por los médicos de atención primaria con ejercicio en consultorio urbano.

5.3 El miedo de los médicos a la exposición al VIH por el contacto profesional con los pacientes ha sido similar al manifestado en otros países.

## ***6. Opiniones y sugerencias realizadas por los encuestados.***

6.1 El mayor número de sugerencias realizadas por los encuestados van a favor de la necesidad de formación sobre SIDA para los profesionales del nivel primario de salud, y hacia la coordinación de actividades asistenciales con el nivel especializado.

## ***7. Factores moduladores de actuación u opinión.***

7.1 El intervalo de edad entre 31 y 35 años, la finalización de la licenciatura en medicina entre los años 1.981 y 1.985, y la práctica profesional en equipos de atención primaria, han sido las variables predictoras de: un nivel más adecuado de conocimientos, y actitudes más positivas hacia los enfermos, bases estas necesarias para una implicación del nivel primario de salud en dicho proceso asistencial.

7.2 El colectivo de médicos de atención primaria, especialistas en medicina de familia y comunitaria, tienen una formación adecuada obtenida en rotaciones hospitalarias. Este grupo de profesionales no tienen opiniones diferenciadas como colectivo en cuanto a sugerir la necesidad de la implicación del nivel primario de salud en la atención al SIDA.

## ***8. Análisis de correspondencia.***

8.1 Se identificó un grupo de médicos que participa en la asistencia de pacientes de SIDA, mediante el tratamiento de las enfermedades intercurrentes, impartiendo normas preventivas y solicitando serología VIH a pacientes en riesgo. Simultáneamente este mismo grupo considera que el médico de atención primaria y el nivel primario de salud tienen un gran papel en la lucha contra la enfermedad y en el seguimiento clínico de la misma. Se aprecia, por tanto, que la asistencia habitual a esta patología ayuda a perfilar la actitud u opinión de los profesionales.

8.2 Por el contrario existen médicos que no han participado en el proceso asistencial, y que están en desacuerdo en otorgar algún papel al médico de atención primaria en el seguimiento clínico de los enfermos y en la prevención de la infección.

**9. Conocimientos y opiniones sobre el SIDA de los encuestados, como base para la planificación de recursos asistenciales.**

9.1 Con el fin de favorecer la participación del nivel primario en la atención al VIH/SIDA, es pertinente la puesta en marcha de actividades formativas sobre VIH/SIDA, dirigidas a este colectivo de profesionales. La metodología formativa ha de estar orientada especialmente hacia el manejo ambulatorio de los problemas más frecuentes de estos pacientes, integrando los aspectos asistenciales con los preventivos.

9.2 Estas actividades han de tener una orientación distinta dependiendo de la implicación previa de los profesionales en dicha asistencia.

9.3 Para los profesionales que ya han participado en mayor grado en el proceso asistencial es necesario potenciar las actividades ya realizadas, corrigiendo los posibles déficit en las áreas de conocimientos, garantizando el acceso a los medios diagnósticos precisos, y la necesaria coordinación con el nivel especializado.

9.4 Para aquellos profesionales que no han tenido ninguna relación asistencial con los pacientes es necesario el diseño de actividades formativas tendentes a adquirir conocimientos básicos sobre la enfermedad, garantizando una formación destinada a eliminar recelos acerca de posibles vías de transmisión no aclaradas.

9.5 Por último es necesario proseguir la investigación identificando las posibles barreras o recelos hacia la asunción de la asistencia al SIDA desde el nivel primario, así como a aquellos grupos de profesionales más proclives a dicha modalidad asistencial.

*Como conclusión global que dé respuesta al objetivo general del estudio podemos afirmar a partir de los datos analizados que: los médicos de atención primaria de Madrid poseen en los aspectos básicos de la enfermedad conocimientos suficientes, que su participación, aunque marginal, no ha sido desdeñable, y que la asunción de la responsabilidad asistencial hacia los pacientes de SIDA es posible facilitando el acceso a formación continuada que contemple, entre otros, conocimientos actualizados sobre la transmisión del VIH, y favoreciendo actividades asistenciales conjuntas y comunes entre el nivel primario y el nivel especializado.*

**6. PROPUESTA DE PLANIFICACION  
DE RECURSOS ASISTENCIALES  
PARA LA ATENCION DE  
PACIENTES VIH/SIDA.**

En el momento actual la asistencia al SIDA en nuestro país descansa en su casi totalidad en el nivel hospitalario. Diversos factores ya analizados indican la necesidad de revertir tal tendencia y que consecuentemente el cuidado de estos pacientes sea compartido entre el nivel primario y el nivel especializado.

Un uso eficiente y ordenado de los recursos asistenciales de un Sistema Nacional de Salud hace imprescindible que se intenten señalar las competencias de cada escalón asistencial en orden a procurar a los pacientes una asistencia integral basada en la continuidad de los servicios.

Parece razonable, por tanto, que se deban potenciar en el *ámbito primario* las siguientes actividades:

1. Prevención y diagnóstico precoz de la infección.
2. Protocolos de atención coordinada al paciente VIH/SIDA desarrollados entre el nivel primario y el nivel especializado.
3. Asistencia domiciliaria para el paciente en fase terminal.
4. Formación de los profesionales de atención primaria sobre los aspectos clínicos, epidemiológicos o preventivos necesarios, con el fin de conseguir un nivel asistencial eficaz y eficiente.
5. Conocimiento exacto de los recursos sociales existentes en cada comunidad.

Algunas de estas prioridades han sido sugeridas por los propios encuestados sobre todo en las áreas de formación y coordinación de acciones con el nivel especializado.

Las actuaciones a potenciar desde el *ámbito hospitalario* han de basarse en:

1. Colaboración en la formación de los profesionales del nivel primario de salud y de aquellos otros profesionales con ejercicio hospitalario que no atienden habitualmente a pacientes VIH/SIDA.
2. Potenciación e intensificación de la labor de asistencia hospitalaria basada en hospitales de día y consultas ambulatorias.
3. Coordinación de la asistencia a los pacientes basada en los propios recursos hospitalarios junto con los del nivel primario de salud.

La opinión de los médicos encuestados en este estudio incide en la necesidad de articular mecanismos de formación continuada sobre SIDA, garantizando la necesaria coordinación entre atención primaria y asistencia especializada que garantice el mantenimiento del continuo asistencial.

Apuntamos como prioritario que las actividades formativas anteriormente sugeridas en relación al nivel primario de salud se realicen preferentemente con aquellos profesionales que han tenido contacto asistencial con pacientes VIH/SIDA, y han realizado previamente con ellos actividades preventivas y/o asistenciales. En el análisis de correspondencia hemos podido observar como la realización de dicha labor preventiva o asistencial se asociaba con opiniones positivas hacia la asunción de este problema de salud desde el nivel primario.

Es necesario, por tanto, proseguir estudiando e identificando, incluso nominalmente, a aquellos profesionales médicos de atención primaria más proclives a incorporar la asistencia al SIDA en su quehacer diario.

La formación de profesionales sobre VIH/SIDA debería abarcar todas las facetas de la profesión. Esto es: formación de pre, postgrado, y continuada.

### ***1. Pregrado.***

Los contenidos sobre SIDA deberían incorporarse con derecho propio no solamente en los currícula y planes de estudio de las profesiones biomédicas (medicina, enfermería, odontología, farmacia), sino también en aquellas con clara orientación social (psicología, trabajo social, sociología).

Estas modificaciones serían competencia de las autoridades académicas correspondientes.

### ***2. Postgrado.***

La formación en postgrado debería ir dirigida al ejercicio profesional, incorporando los contenidos sobre SIDA a los programas docentes de las respectivas disciplinas. Será necesario un mayor énfasis en aquellas especialidades de la profesión médica que tengan un mayor

componente de ejercicio extrahospitalario y, por tanto, de relación con la población: Pediatría, Medicina Preventiva y Salud Pública, Obstetricia-Ginecología, y Medicina de Familia.

Es necesario introducir en algunas especialidades contenidos específicos sobre prevención, asistencia a los pacientes, sexualidad, estrategias de detección del riesgo para la infección por VIH, utilización e indicación de los marcadores serológicos de la infección, así como conocimiento de los recursos comunitarios y sociales.

La introducción de estos contenidos será competencia de las administraciones encargadas de la formación de postgrado a través de los Ministerios de Sanidad y Consumo, Educación y Ciencia, y Consejo Nacional de Especialidades Médicas.

### ***3. Formación Continuada.***

La formación continuada sobre VIH/SIDA de las profesiones biomédicas deberá estar en cada momento adaptada a los conocimientos de que se disponga de la enfermedad. Asimismo esta formación deberá tener un carácter eminentemente práctico favoreciendo en los profesionales la atención de los pacientes mediante la solución de los problemas clínicos más frecuentes y el conocimiento de los síntomas o signos guía que implique la necesidad de derivación a otro nivel asistencial.

Asimismo se debe prestar una especial atención a la integración de las tareas asistenciales con las preventivas introduciendo en la práctica diaria la realización de historias clínicas de exposición al VIH, y los criterios de solicitud e indicación de los marcadores serológicos, junto con la atención a los problemas psicológicos y el seguimiento del paciente en fase terminal.

Esta labor de formación continuada sería competencia de las Sociedades Científicas y profesionales y de las Organizaciones Colegiales.

El objetivo final sería crear alrededor del paciente y de su medio una red de cuidados que integre los recursos sanitarios tanto del nivel primario como del nivel especializado, así como de casas de acogida, ayuda domiciliaria, centro de atención a drogodependientes, grupos de autoayuda y organizaciones no gubernamentales.

En este sentido existe ya un cierto acuerdo por parte de diferentes Administraciones Sanitarias sobre la necesidad de articular iniciativas como las ya referidas que plantean la normalización de la asistencia mediante un uso adecuado de los recursos materiales y humanos del sistema sanitario junto con la imprescindible participación del tejido social a partir de organizaciones comunitarias<sup>263-264</sup>.

**7. ANEXOS.**

**ANEXO 1.  
CARTA DE PRESENTACION I  
A LOS COORDINADORES DE EAP  
Y ENFERMERAS ADJUNTAS  
DE LOS CONSULTORIOS.**

## **ANEXO 1. CARTA DE PRESENTACION I A COORDINADORES DE EAP Y ENFERMERAS ADJUNTAS DE LOS CONSULTORIOS.**

Estimado compañero/a:

El objeto de la presente carta es solicitar tu colaboración en un proyecto de investigación. Se trata de conocer la opinión de los médicos de Atención Primaria (Medicina General) sobre el SIDA y su problemática relacionada.

Para ello, de forma totalmente anónima y voluntaria, se les va a remitir una encuesta a los médicos de Medicina General de los consultorios y centros de salud. Simultáneamente con esta carta recibiréis por medio del correo interno del área cartas personales dirigidas a cada médico invitándolo a participar en la investigación. Posteriormente por el mismo conducto recibiréis las encuestas. Vuestra labor consiste en:

1. Repartir las cartas de invitación a los médicos generales de tu centro.
2. En una segunda fase distribuir el cuestionario a cada médico general.
3. Una vez cumplimentadas las encuestas, éstas se remitirán en un sobre cerrado dirigido al Técnico de Salud Pública del área nº \_\_\_ ubicado en la Dirección de Atención Primaria del área nº \_\_\_. El sobre con las encuestas se remitirá al Técnico de Salud Pública mediante el correo interno.

Este proyecto cuenta con la colaboración y apoyo de los siguientes organismos y entidades:

- Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Secretaría General del Plan Nacional sobre el SIDA.
- Dirección Territorial del INSALUD de Madrid a través del Programa Docente Provincial de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.

Si existe algún tipo de duda o es necesaria cualquier aclaración el Técnico de Salud Pública tiene instrucciones al respecto. Agradeciendo tu inestimable colaboración recibe un cordial saludo.

Fdo. Dr. Esteban González López.  
EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA  
BARCELONA I. Centro de Salud  
Móstoles (Madrid). Area de Salud 8  
Telf. 6459000-6462943

**ANEXO 2.  
CARTA DE PRESENTACION I  
DIRIGIDA A LOS MÉDICOS  
DE ATENCION PRIMARIA.**

**ANEXO 2. CARTA DE PRESENTACION I DIRIGIDA A LOS MÉDICOS DE ATENCION PRIMARIA.**

Dr \_\_\_\_\_  
Centro de trabajo \_\_\_\_\_  
Area de Salud nº \_\_\_\_\_

Estimado compañero/a:

Recientemente me puse en contacto con la Dirección Médica de Atención Primaria del Área para solicitar su colaboración en una investigación. En este momento solicito tu inestimable colaboración. Se trata de conocer la opinión de los médicos de Atención Primaria (Medicina General) sobre el SIDA y su problemática.

Este proyecto cuenta con la colaboración y apoyo de los siguientes organismos y entidades:

- Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Secretaría General del Plan Nacional sobre el SIDA.
- Dirección Territorial del Insalud de Madrid a través del Programa Docente Provincial de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.

Próximamente recibirás en tu centro de trabajo a través del Coordinador del EAP o de la Enfermera Adjunta un sencillo cuestionario anónimo. Una vez cumplimentado, creo que te llevará poco tiempo, y si crees conveniente su cumplimentación, se lo entregarás a dicho Coordinador o Enfermera Adjunta, quienes ya tienen instrucciones al respecto.

Posteriormente una vez analizados los resultados, tanto si contestas a la encuesta como si no, te haré llegar un resumen de los datos más importantes.

Agradeciendo tu inestimable colaboración recibe un cordial saludo.

Fdo. Dr. Esteban González López.  
EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA  
Barcelona I. Centro de Salud  
Móstoles (Madrid). Area 8.  
Telf. 6459000-6462943

**ANEXO 3.  
CARTA DE PRESENTACION II  
Y RECORDATORIO DIRIGIDA A  
LOS COORDINADORES MÉDICOS DE EAP  
Y ENFERMERAS ADJUNTAS DE CONSULTORIO.**

### **ANEXO 3. CARTA DE PRESENTACION II Y RECORDATORIO A LOS RESPONSABLES DEL CENTRO.**

Coordinador Médico

EAP \_\_\_\_\_

Enfermera Adjunta

Consultorio \_\_\_\_\_

Area de Salud n° \_\_\_\_

Estimado compañero:

Recientemente solicité tu colaboración para la realización de un estudio sobre la opinión de los médicos de atención primaria (Medicina General) sobre el SIDA.

Te adjunto los mencionados cuestionarios. Tu labor consiste en:

- distribuir a cada médico general del consultorio o del EAP un cuestionario.
- una vez cumplimentados los mismos los remitirás, todos juntos, en sobre cerrado y mediante el correo interno al Técnico de Salud Pública del Area n° \_\_\_\_, quien me lo hará llegar.

En el caso de que no coincidiera el nombre de un médico al cual va dirigida la carta, por estar de vacaciones, permiso, traslado u otra cualquiera situación administrativa, la encuesta la responderá el profesional médico que en el momento de la llegada de los cuestionarios ocupe dicha plaza, y que por lo tanto éste adscrito a la clave médica que se menciona, siendo indiferente que se trate de un titular, suplente, interino o contratado.

Ejemplos:

- El Dr. X está de vacaciones, permiso, moscosos ..., por lo tanto responde la encuesta su suplente.
- El Dr. Y no se encuentra en el centro por haberse incorporado a un nuevo destino por el concurso de traslados, y la plaza la ocupa un suplente, dicha encuesta la contesta el suplente, dado que ocupa un cupo y por lo tanto tiene una clave asignada.

- El Dr. Z. no está en el centro por encontrarse enfermo, la encuesta la responderá el sustituto.
- Cuando los médicos a que van dirigidas las encuestas no dispongan de suplente porque no se haya cubierto o se trate de otra situación administrativa sin suplente (enfermedad, etc.), dicha encuesta no la responderá nadie, y se remitirá junto con las demás, ya cumplimentadas, en el mismo sobre dirigidas al Técnico de Salud Pública, haciendo constar la incidencia que impidió dicha cumplimentación.

Agradeciendo de antemano tu inestimable colaboración, sin la cual ésta investigación no podría llevarse a cabo, recibe un cordial saludo.

Fdo. Dr. Esteban González López.  
EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA  
BARCELONA I. Centro de Salud  
Móstoles (Madrid)  
Telf.6459000-6462943

**ANEXO 4.  
CARTA DE PRESENTACION II  
Y RECORDATORIO DIRIGIDA A LOS  
MÉDICOS DE ATENCION PRIMARIA.**

**ANEXO 4. CARTA DE PRESENTACION II Y RECORDATORIO A LOS MÉDICOS DE ATENCION PRIMARIA QUE ACOMPAÑA AL CUESTIONARIO.**

Dr. D. \_\_\_\_\_  
EAP \_\_\_\_\_  
Consultorio \_\_\_\_\_  
Area de Salud n° \_\_\_\_\_

Estimado compañero/a:

Recientemente solicité tu colaboración para la realización de un estudio sobre la opinión de los médicos de Atención Primaria (Medicina General) sobre el SIDA.

Te adjunto el mencionado cuestionario, rogándote si consideras conveniente su cumplimentación se lo entregues debidamente relleno al Coordinador del EAP o a la enfermera adjunta del consultorio quienes ya tienen instrucciones al respecto.

Posteriormente te remitiré un resumen de los datos más importantes del estudio. Te recuerdo el total anonimato de la encuesta, únicamente requiero una serie de datos generales.

Agradeciendo de antemano tu colaboración, sin la cual no podría llevarse a cabo éste estudio, recibe un cordial saludo.

Fdo. Dr. Esteban González López.  
EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA  
Barcelona I. Centro de Salud.  
Móstoles (Madrid)  
Telf. 6459000-6462943

**ANEXO 5.  
CUESTIONARIO.**

**ANEXO 5. CUESTIONARIO.**

--	--	--	--

(1) (2) (3) (4)

El cuestionario es totalmente anónimo. Te ruego leas, cuidadosamente, cada pregunta. Si no se anuncia lo contrario sólo existe una respuesta por pregunta. CIRCULA la respuesta que creas adecuada.

\*NS/NC = NO SE/NO CONTESTO.

1.- ¿Cuál es, en tu opinión, el agente productor del SIDA? (5)

- |                    |   |
|--------------------|---|
| Una bacteria ..... | 1 |
| Un hongo .....     | 2 |
| Un parásito .....  | 3 |
| Un virus .....     | 4 |
| NS/NC .....        | 5 |

2.- En tu opinión ¿cual o cuales de las siguientes son las vías de transmisión del SIDA?(6)

- |   |   |
|---|---|
| Relaciones sexuales con personas afectadas .....                  | 1 |
| Compartir jeringas, agujas y sangre o derivados contaminados..... | 2 |
| Vía materno-fetal.....  | 3 |
| Todas las anteriores respuestas son ciertas.....                  | 4 |
| NS/NC.....  | 5 |

3.- ¿Cuál es el método a disposición de los médicos más difundido para el diagnóstico del contacto con el agente productor del SIDA?(7)

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| Cultivo de virus.....    | 1 |
| Radiología de tórax..... | 2 |
| Métodos serológicos..... | 3 |
| Sintomatología.....      | 4 |
| NS/NC.....               | 5 |

4.- ¿Cuál de las siguientes células es la principalmente afectada por el agente causal del SIDA?(8)

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Hematíes.....                       | 1 |
| Neuronas.....                       | 2 |
| Linfocitos.....                     | 3 |
| Un tipo especial de linfocitos..... | 4 |
| NS/NC.....                          | 5 |

5.- De los siguientes colectivos ¿a quienes indicaría y a quienes no la realización de un test de anticuerpos del SIDA? Circula la respuesta.

		SI	NO	NS/NC
(10)	Heroínómanos	1	2	3
(11)	Homosexuales	1	2	3
(12)	Recién nacidos de madres infectadas por el agente del SIDA.	1	2	3
(13)	Parejas con factores de riesgo que proyecten tener descendencia.	1	2	3
(14)	Cuando sea necesario para el diagnóstico clínico.	1	2	3
(15)	Donación de tejidos, sangre y órganos.	1	2	3
(16)	Personas sin factores de riesgo que lo soliciten.	1	2	3
(17)	Pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.	1	2	3
(18)	Profesionales sanitarios que se han inoculado accidentalmente.	1	2	3
(19)	A toda la persona que se vaya a casar.	1	2	3
(20)	Ante cualquier enfermedad de transmisión sexual.	1	2	3
(21)	A los reclusos.	1	2	3
(22)	A las prostitutas.	1	2	3
(23)	Al entrar en el Servicio Militar.	1	2	3
(24)	Al cruzar la frontera española.	1	2	3
(25)	Lo indicaría a toda la población independientemente de edad, sexo o situación clínica.	1	2	3

6.- ¿Puede una persona estar infectada por el agente causal del SIDA y no detectarse anticuerpos en su sangre?(26)

- |            |   |
|------------|---|
| No.....    | 1 |
| Sí.....    | 2 |
| NS/NC..... | 3 |

7.- Como sabrás el AZT (Zidovudina o Retrovir<sup>R</sup>) es el principal fármaco utilizado actualmente contra el agente del SIDA. ¿Cuál es en tu opinión, de la relación siguiente, el principal efecto secundario de su utilización?(27)

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| Intolerancia digestiva..... | 1 |
| Artromialgias.....          | 2 |
| Anemia y leucopenia.....    | 3 |
| Alopecia.....               | 4 |
| NS/NC.....                  | 5 |

8.- La neumonía por *Pneumocistis Carinii* es una complicación muy frecuente y grave de los pacientes que padecen SIDA. Elige, de las siguientes respuestas, cuál consideras que es la pauta profiláctica más adecuada para prevenir dicha complicación: (28)

- |   |   |
|---|---|
| Trimetoprim-sulfametoxazol a dosis habituales a todos los infectados por el agente del SIDA.....          | 1 |
| Amoxicilina 1 gramo cada seis horas 10 días a todos los infectados.....                                   | 2 |
| Trimetoprim-sulfametoxazol a dosis habituales cuando los pacientes tienen menos de 300 linfocitos T4..... | 3 |
| Amoxicilina 1 gramo cada 6 horas 10 días cuando los pacientes tienen menos de 300 linfocitosT4.....       | 4 |
| NS/NC.....  | 5 |

9.- Señala en tu opinión de entre las siguientes situaciones cuales son medios de transmisión del agente del SIDA: (Circula según tu opinión):

		SI	NO	NS/NC
(29)	Beso	1	2	3
(30)	Saliva	1	2	3
(31)	Lágrimas	1	2	3
(32)	Coito vaginal.	1	2	3
(33)	Coito anal.	1	2	3
(34)	Masturbación mutua.	1	2	3
(35)	Sexo bucal.	1	2	3
(36)	Transfusión sanguínea.	1	2	3
(37)	Ser vacunado.	1	2	3
(38)	Lactancia natural de madres infectadas.	1	2	3
(39)	Insectos.	1	2	3
(40)	Compartir jeringas y agujas con infectados.	1	2	3
(41)	Compartir vajilla y menaje con infectados.	1	2	3

10.- Imagina una serie de situaciones sociales de contacto con una persona afectada por el agente causal del SIDA. Circula tu actuación en cada caso hipotético:

		SI	NO	NS/NC
(42)	¿Estarías dispuesto a conversar con él?	1	2	3
(43)	¿Asistirías a una reunión dónde hubiera un enfermo de SIDA?	1	2	3
(44)	¿Trabajarías con un compañero afectado por el SIDA?	1	2	3

11.- A tu juicio ¿Cuál es el medio más eficaz para defender a la sociedad del SIDA?(45)

Prohibir drogadicción y homosexualidad.....	1
Reclusión de homosexuales y drogadictos.....	2
Sintetizar vacunas y administrarlas a toda la población.....	3
Educación sanitaria a todos los niveles.....	4
NS/NC.....	5

12.- Ante un paciente en riesgo para el SIDA, y en el que esté indicada la realización de serología, se han de impartir siempre normas de educación sanitaria: (46)

Antes de la realización del test.....	1
Después de la realización del test.....	2
Antes y después de la realización del test .....	3
No se deben impartir normas de educación sanitaria.....	4
NS/NC.....	5

13.- Si en un paciente de alto riesgo para el SIDA la serología es negativa ¿que harías?(47)

Educación sanitaria.....	1
Educación sanitaria y no repetir la serología dado que es negativa.....	2
Educación sanitaria y realización de la serología a intervalos regulares.....	3
Ninguna.....	4
NS/NC.....	5

14. En los últimos seis meses ¿se te ha planteado en la consulta alguna situación relacionada con el SIDA? Circula cuál o cuáles de ellas.

		SI	NO	NS/NC
(48)	Existencia de pacientes afectados en tu cupo.	1	2	3
(49)	Problemas sociales.	1	2	3
(50)	Pacientes con riesgo de SIDA en tu cupo.	1	2	3
(51)	Conflictividad con estos pacientes.	1	2	3
(52)	Problemas familiares en estos pacientes.	1	2	3
(53)	Necesidad de derivación al Nivel Especializado.	1	2	3
(54)	Solicitud de atención o cuidado dirigida por parte de algún afectado específicamente a su médico de cabecera.	1	2	3
(55)	Necesidad de interrupción del embarazo en afectados o en sus parejas.	1	2	3
(56)	Cuidado terminal de afectados.	1	2	3
(57)	Consejo sobre anticoncepción en afectados o en sus parejas.	1	2	3
(58)	Problemas psicológicos en afectados.	1	2	3
(59)	Tratamiento de procesos intercurrentes en afectados.	1	2	3
(60)	Solicitud de ayuda y/o asistencia social.	1	2	3
(61)	Aportar normas higiénicas y/o preventivas a pacientes afectados por el SIDA.	1	2	3

(62)	Aportar normas higiénicas y/o preventivas a pacientes con riesgo de SIDA.	1	2	3
(63)	Hacer el seguimiento clínico de algún afectado.	1	2	3
(64)	Partes de baja laboral, ILT, P10, y otros trámites administrativos.	1	2	3
(65)	Educación sanitaria de la población no perteneciente a grupo de riesgo.	1	2	3
(66)	Inquietud o nerviosismo sobre SIDA en algún usuario no perteneciente a grupo de riesgo.	1	2	3
(67)	Inquietud o nerviosismo sobre SIDA en algún usuario no perteneciente a grupo de riesgo y que cree poder estar enfermo de SIDA.	1	2	3
(68)	Solicitud de serología en pacientes de riesgo.	1	2	3
(69)	Solicitud de serología en pacientes no de riesgo.	1	2	3
(70)	Certificados del estado de salud.	1	2	3
(71)	Confidencialidad de la enfermedad.	1	2	3
(72)	Tener que hacer preguntas embarazosas sobre el SIDA a algunos pacientes.	1	2	3
(73)	Miedo por tu parte a exponerte a la enfermedad.	1	2	3
(74)	Miedo por parte de tus compañeros de trabajo a exponerse a la enfermedad.	1	2	3

15. Expresa tu opinión acerca de las siguientes afirmaciones. Circula tu respuesta.

	ABSOLUTAMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	ABSOLUTAMENTE EN DESACUERDO
(75) El único nivel asistencial que tiene un papel a jugar contra el SIDA es el Nivel Hospitalario.	1	2	3	4	5
(76) El médico de atención primaria y el resto del equipo de salud tienen un papel a jugar en la lucha contra el SIDA.	1	2	3	4	5
(77) El médico de atención primaria debe colaborar en el tratamiento de la enfermedad mediante la administración ambulatoria de diversos fármacos contra el agente causal del SIDA con el fin de mantener al paciente integrado en su medio.	1	2	3	4	5
(78) El nivel primario de salud debe participar en la educación sanitaria de la población general sobre el SIDA.	1	2	3	4	5
(79) El nivel primario de salud debe participar en la educación sanitaria sobre el SIDA de los grupos de riesgo.	1	2	3	4	5
(80) El nivel primario de salud y el médico de atención primaria deben asumir un papel principal en el seguimiento clínico de los afectados por el agente causal del SIDA.	1	2	3	4	5
(81) El papel principal del nivel primario de salud ante el SIDA es, únicamente el cuidado terminal de éstos pacientes.	1	2	3	4	5
(82) Un paciente afectado por el agente causal del SIDA ha de exponer siempre su condición cuando por motivos de salud entre en contacto con un profesional sanitario.	1	2	3	4	5

16.- ¿Cómo has obtenido los conocimientos que posees sobre el SIDA?. Circula la ó las respuestas apropiadas.

		SI	NO	NS/NC
(83)	Lectura de prensa médica general.	1	2	3
(84)	Interconsultas docentes con el nivel especializado.	1	2	3
(85)	Sesiones clínicas en el centro de trabajo.	1	2	3
(86)	Autoaprendizaje. Estudio de libros y revistas.	1	2	3
(87)	Sesiones bibliográficas en el centro de trabajo.	1	2	3
(88)	Cursos o conferencias en el Area.	1	2	3
(89)	Cursos o conferencias fuera del Area.	1	2	3
(90)	Congresos en el Area.	1	2	3
(91)	Congresos fuera del Area.	1	2	3
(92)	Entrevista informal con otros compañeros.	1	2	3
(93)	Asistencia a pacientes en rotaciones hospitalarias.	1	2	3
(94)	Información entregada por representantes de Laboratorios Farmacéuticos.	1	2	3

A continuación, si lo deseas, puedes hacer las sugerencias que estimes oportuno o comunicar tus impresiones al respecto. Gracias. (95)

**DATOS PERSONALES**

**EDAD**   **SEXO** (Marca con una X) Hombre  Mujer   
 (96) (97) (98) (99)

**ESTADO CIVIL** (Indíquese con una X)(100)

S	C	V	SEP	DIV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HIJOS** (Indíquese con una X)(101) SI  NO

**Plaza en propiedad** (Indíquese con una X)(102)

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

**Año de finalización de la Licenciatura**   (Escribe las últimas cifras del año).  
 (103)(104)

**Universidad** \_\_\_\_\_ (105)

**Area de Salud de ejercicio.** (Indíquese con una X)(106)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ambito de actuación** (Indíquese con una X)(107)

Consultorio urbano.	<input type="checkbox"/>
Consultorio rural.	<input type="checkbox"/>
Equipo de Atención Primaria Urbano.	<input type="checkbox"/>
Equipo de Atención Primaria Rural.	<input type="checkbox"/>

**Si tienes alguna especialidad escribe la denominación e indica la modalidad de obtención con una X.** (108)(109)(110).

ESPECIALIDAD/ES	VIA MIR	VIA NO MIR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ANEXO 6.  
RESULTADOS DE LA ENCUESTA  
POR AREAS DE SALUD.**



AREAS SANITARIAS

TOTAL	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	N/C
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	-----

4. ¿Cuál de las siguientes células es la, principalmente afectada por el agente causal del SIDA?

Hemáticas	3	2				1						
Neuronas	5	2			1			1				1
Linfocitos	201	30	10	7	18	18	28	18	16	14	37	5
Un tipo especial de linfocitos	784	128	46	30	62	47	104	87	64	71	132	12
NS/NC	1						1					

5. De los siguientes colectivos, ¿a quién indicaría y a quienes no la realización de un test de anticuerpos del SIDA? Circula tu respuesta

Heroinómanos

Si	982	161	54	37	79	66	132	105	77	86	168	16
No	6	2			2				1		1	
NS/NC	5		1				1			1	1	1

Homosexuales

Si	968	161	53	37	79	63	131	105	77	86	159	16
No	11	1			1	1	1		1		6	
NS/NC	14	1	2		1	2	1			1	5	1

Recien nacidos de madres infectadas por el agente del SIDA

Si	979	162	54	36	79	65	132	104	75	86	168	17
No	6			1	2	1		1	1			
NS/NC	8	1	1				1		2	1	2	

AREAS SANITARIAS

	TOTAL	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	N/C
<b>Parejas con factores de riesgo que proyecten tener descendencia.</b>												
Si	961	159	50	36	81	64	129	103	74	84	164	16
No	6					1	1	1	1	1	1	
NS/NC	26	4	5	1		1	3	1	3	2	5	1
<b>Cuando sea necesario para el diagnóstico clínico</b>												
Si	925	150	48	37	77	64	129	95	71	82	156	15
No	21	2			2		1	7	2	1	5	1
NS/NC	47	11	7		2	2	3	3	5	4	9	1
<b>Donación de tejidos, sangre y órganos</b>												
Si	971	161	54	37	80	63	131	102	75	86	164	17
No	8	1				1	1	2	1		2	
NS/NC	14	1	1		1	2	1	1	2	1	4	
<b>Personas sin factores de riesgo que lo soliciten</b>												
Si	435	76	30	12	38	32	56	48	23	31	76	13
No	424	65	17	18	34	25	61	48	43	39	71	2
NS/NC	134	22	8	7	9	9	16	9	12	17	23	2
<b>Pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente</b>												
Si	383	63	27	6	41	23	57	47	24	28	58	9
No	492	76	22	28	34	35	63	51	37	49	90	6
NS/NC	118	24	6	3	6	8	13	7	17	10	22	2

AREAS SANITARIAS

	TOTAL	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	N/C
<b>Profesionales sanitarios que se han inoculado accidentalmente.</b>												
Si	963	160	53	35	81	63	131	99	75	83	165	17
No	18	1		2		2	1	5	3	3	1	
NS/NC	12	2	2			1	1	1		1	4	
<b>A toda persona que se vaya a casar</b>												
Si	98	18	9	3	5	6	14	15	5	3	16	4
No	783	127	38	33	63	51	108	82	62	73	133	12
NS/NC	112	18	8	1	13	9	11	8	11	11	21	1
<b>Ante cualquier enfermedad de transmisión sexual</b>												
Si	483	74	34	10	46	29	69	61	32	34	86	8
No	431	72	17	23	30	30	58	42	35	45	72	6
NS/NC	79	17	4	4	5	7	6	2	11	8	12	3
<b>A los reclusos</b>												
Si	916	130	49	29	64	55	106	88	63	73	144	14
No	118	24	3	5	10	9	17	13	11	8	16	2
NS/NC	59	9	3	3	7	2	10	4	4	6	10	1
<b>A las prostitutas</b>												
Si	950	156	54	36	77	64	128	101	76	81	160	16
No	23	5		1	2	1	3	3	1	3	4	
NS/NC	20	2	1		2	1	2	1	1	3	6	1

**AREAS SANITARIAS**

	TOTAL	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	N/C
<b>Al entrar en el Servicio Militar</b>												
Si	188	36	17	4	15	9	24	17	9	12	38	7
No	673	104	27	31	57	44	89	80	57	65	109	9
NS/NC	132	23	11	2	9	13	20	8	12	10	23	1
<b>Al cruzar la frontera española</b>												
Si	70	7	10	1	8	5	8	12	3	3	11	2
No	802	131	37	34	64	53	108	87	64	71	138	14
NS/NC	121	25	8	2	9	8	17	6	11	13	21	1
<b>Lo indicaría a toda la población independientemente de edad, sexo, o situación clínica.</b>												
Si	37	3	4		5	2	6	6	1	1	7	2
No	857	137	46	37	66	59	114	95	66	78	144	14
NS/NC	99	23	5		10	5	13	4	11	8	19	1
<b>6. ¿Puede una persona estar infectada por el agente del SIDA y no detectarse anticuerpos en su sangre?</b>												
NO	208	38	8	8	15	19	40	19	13	13	34	1
SI	731	117	41	28	62	44	84	85	61	71	124	14
NS/NC	54	8	6	1	4	3	9	1	4	3	12	2

AREAS SANITARIAS

TOTAL	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	N/C
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	-----

7. Como sabrás el AZT (Zidovudina o Retrovir) es el principal fármaco utilizado, actualmente, contra el agente del SIDA. ¿Cuál es en tu opinión, de la relación siguiente, el principal efecto secundario?

Intolerancia digestiva	105	18	12	4	8	11	14	11	4	9	13	1
Artromialgias	18	2	1	2	2	1	3	3			4	
Anemia y leucopenia	648	109	36	26	61	36	71	72	52	56	116	12
Alopecia	22	4		1	2	1	4	1	2	2	5	
NS/NC	232	35	9	7	13	18	44	18	23	22	39	4

8. La neumonía, por *Pneumocistis carinii*, es una complicación muy frecuente y grave de los pacientes que padecen SIDA. Elige, de las siguientes respuestas, cuál consideraras que es la pauta profiláctica para prevenir dicha complicación:

Trimetoprim-sulfametoxazol a dosis habituales a todos los infectados por el agente del SIDA	193	36	14	11	8	10	27	17	12	16	42	
Amoxicilina 1 gramo cada seis horas 10 días a todos los infectados.	24	4	2		3	4	2	2	1		6	
Trimetoprim-sulfametoxazol a dosis habituales cuando los pacientes tienen menos de 300 linfocitos T4.	500	85	25	20	42	31	52	68	43	52	70	11
Amoxicilina 1 gramo cada 6 horas 10 días cuando los pacientes tienen menos de 300 linfocitos T4	46	5	4		2	6	8	5	3	2	8	3
NS/NC	230	33	10	6	26	15	44	13	19	17	44	3

AREAS SANITARIAS

TOTAL	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	N/C
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	-----

9. Señala, en tu opinión, de entre las siguientes situaciones cuáles son los medios de transmisión del agente del SIDA:

**Beso**

Si	76	12	3	1	6	3	7	11	5	5	22	1
No	748	127	45	33	64	53	97	67	58	72	120	11
NS/NC	169	24	7	3	11	10	29	27	15	10	28	5

**Saliva**

Si	226	30	11	5	20	16	42	19	13	17	50	3
No	576	106	36	26	42	38	68	53	48	57	92	9
NS/NC	191	27	8	6	19	12	23	33	17	13	28	5

**Lágrimas**

Si	108	14		5	10	11	20	12	7	10	17	2
No	677	117	46	28	52	44	83	62	51	63	122	8
NS/NC	208	32	9	4	19	11	30	31	20	14	31	7

**Coito vaginal**

Si	962	158	54	35	80	63	129	100	77	87	163	15
No	14	2	1	2	1	1	1	1	1		3	1
NS/NC	17	3				2	3	4			4	1

**Coito anal**

Si	978	161	54	37	81	64	131	104	78	86	164	17
No	4	1	1								2	
NS/NC	11	1				2	2	1		1	4	

## AREAS SANITARIAS

	TOTAL	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	N/C
<b>Masturbación mutua</b>												
Si	45	10	1	2	3	4	9	4	3	1	8	
No	770	124	45	29	64	52	101	80	59	73	129	13
NS/NC	178	29	9	6	14	10	23	21	16	13	33	4
<b>Sexo bucal</b>												
Si	755	120	38	25	71	53	94	79	63	66	133	12
No	123	24	10	5	6	8	21	11	10	10	16	2
NS/NC	115	19	7	7	4	5	18	15	5	11	21	3
<b>Transfusión sanguínea</b>												
Si	980	160	55	37	80	65	131	103	77	87	168	16
No	7	3					1	1	1			1
NS/NC	6				1	1	1	1			2	
<b>Ser vacunado</b>												
Si	62	10	6	3	3	4	9	7	6	8	6	
No	789	127	40	30	68	54	108	84	60	70	133	14
NS/NC	142	26	9	4	10	8	16	14	12	9	31	3
<b>Lactancia natural de madres infectadas</b>												
Si	459	75	28	15	44	23	57	52	35	43	78	9
No	318	57	18	14	22	27	42	30	25	23	55	4
NS/NC	216	31	9	8	15	16	34	23	18	21	37	4
<b>Insectos</b>												
Si	86	14	5	2	13	5	7	11	7	9	12	1
No	691	113	41	30	52	49	95	66	51	58	123	12
NS/NC	216	36	9	5	16	12	31	28	20	20	35	4

AREAS SANITARIAS

	TOTAL	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	N/C
<b>Compartir jeringas y agujas con infectados</b>												
Si	985	161	54	36	81	66	132	103	78	87	169	17
No	3	1	1	1								
NS/NC	5	1					1	2			1	
<b>Compartir vajilla y menaje con infectados</b>												
Si	56	8	3	2	6	4	7	5	5	5	10	1
No	814	135	46	32	65	56	110	87	61	74	135	12
NS/NC	123	20	6	3	10	6	16	13	12	8	25	4
<b>10. Imagina una serie de situaciones sociales de contacto con una persona afectada por el agente causal del SIDA.</b>												
<b>Circula tu actuación en cada caso hipotético</b>												
<b>¿Estarías dispuesto a hablar con él?</b>												
Si	976	159	54	36	80	64	132	105	77	86	165	17
No	8	3	1			1					2	
NS/NC	9	1		1	1		1		1	1	3	
<b>¿Asistirías a una reunión donde hubiera un enfermo del SIDA?</b>												
Si	975	159	54	36	80	65	130	104	78	86	165	17
No	7	2				1	1	1			2	
NS/NC	11	2	1	1	1		2			1	3	
<b>¿Trabajarías con un compañero afectado por el SIDA?</b>												
Si	903	151	49	35	78	56	119	94	75	80	148	17
No	27	4	2	1	2	2	4	4		1	7	
NS/NC	63	8	4	1	1	8	10	7	3	6	15	

AREAS SANITARIAS

TOTAL	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	N/C
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	-----

11. A tu juicio, ¿cuál es el medio más eficaz para defender a la sociedad del SIDA?

Prohibir la drogadicción y homosexualidad	25	5	1		2	3	4	2			8	
Reclusión de homosexuales y drogadictos	19	2			2	3	2	1		1	8	
Sintetizar vacunas y administrarlas a toda la población	203	27	6	8	15	19	32	27	18	12	33	6
Educación sanitaria a todos los niveles	848	140	49	30	68	57	115	88	66	76	145	13
NS/NC	29	6	1	1	2	4	3	2	3		6	1

12. Ante un paciente en riesgo para el SIDA, y en el que esté indicada la realización de serología, se han de impartir siempre normas de educación sanitaria:

Antes de realización del test	47	10	4	2	5	6	4	5	2	1	7	1
Después de la realización del test	16	3	1	1	2	1		3	1		4	
Antes y después de la realización del test	896	144	48	34	69	58	119	95	74	85	154	15
No se deben impartir normas de educación sanitaria	7		2				3		1			1
NS/NC	27	6			5	1	7	2		1	5	

13. Si en un paciente de alto riesgo para el SIDA la serología es negativa ¿qué harías?

Educación sanitaria	29	6	1	2	2	3	7	4	1	1	2	
Educación sanitaria y no repetir la serología dado que es negativa	3	1				1					1	
Educación sanitaria y realización de la serología a intervalos regulares	940	152	54	35	77	59	118	100	77	84	166	17
Ninguna	2						1			1		
NS/NC	19	4			2	3	7	1		1	1	

**AREAS SANITARIAS**

	TOTAL	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	N/C
<b>14. En los últimos 6 meses ¿se ha planteado en la consulta alguna situación relacionada con el SIDA?. Circula cuál o cuales de ellas.</b>												
<b>Existencia de pacientes afectados en tu cupo</b>												
Si	805	139	43	28	66	52	104	80	59	71	148	15
No	153	18	12	8	11	12	24	16	17	15	19	
NS/NC	35	6		1	4	2	5	9	2	1	3	2
<b>Problemas sociales</b>												
Si	560	102	20	24	39	31	66	64	42	54	112	6
No	332	44	31	11	31	30	53	28	31	28	39	6
NS/NC	101	17	4	2	11	5	14	13	5	5	19	5
<b>Pacientes con riesgo de SIDA en tu cupo</b>												
Si	817	135	37	29	68	51	96	91	67	75	152	15
No	120	18	14	5	10	9	27	8	8	11	9	1
NS/NC	56	10	4	3	3	6	10	6	3	1	9	1
<b>Conflictividad en estos pacientes</b>												
Si	380	50	16	18	29	21	45	48	37	26	83	7
No	534	95	36	17	44	40	80	45	36	56	76	8
NS/NC	79	18	3	2	8	5	8	12	5	5	11	2
<b>Problemas familiares en estos pacientes</b>												
Si	672	108	30	25	50	39	76	73	56	62	138	14
No	241	36	23	9	25	22	42	19	18	20	25	2
NS/NC	80	19	2	3	6	5	15	13	4	5	7	1

**AREAS SANITARIAS**

	TOTAL	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	N/C
<b>Necesidad de derivación al nivel especializado</b>												
Si	714	126	39	24	57	47	94	65	50	62	138	11
No	226	26	16	11	17	15	33	32	21	24	28	3
NS/NC	53	11		2	7	4	6	8	7	1	4	3
<b>Solicitud de atención o cuidado por parte de algún afectado dirigido específicamente a su médico de cabecera</b>												
Si	428	80	17	15	30	36	49	39	36	41	79	6
No	474	66	34	18	42	26	74	53	36	42	77	6
NS/NC	91	17	4	4	9	4	10	13	6	4	14	5
<b>Necesidad de interrupción del embarazo en afectados o sus parejas</b>												
Si	46	15		1		2	6	5	2	6	9	
No	865	135	51	32	70	60	117	88	73	77	147	14
NS/NC	82	13	4	4	11	4	10	12	3	4	14	3
<b>Cuidado terminal de afectados</b>												
Si	145	35	6	5	9	8	22	7	6	15	32	
No	771	113	47	28	62	54	102	86	68	69	127	14
NS/NC	77	15	2	4	10	4	9	12	4	3	11	3
<b>Consejo sobre anticoncepción en afectados o sus parejas</b>												
Si	321	65	14	19	25	12	31	36	25	33	58	3
No	601	84	40	16	46	48	94	58	50	52	101	11
NS/NC	71	14	1	2	10	6	8	11	3	2	11	3

**AREAS SANITARIAS**

	<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>N/C</b>
<b>Problemas psicológicos de afectados</b>												
Si	525	90	24	20	44	32	66	53	42	40	106	7
No	391	60	28	14	29	28	58	41	31	43	51	8
NS/NC	77	13	3	3	8	6	9	11	5	4	13	2
<b>Tratamiento de procesos intercurrentes en afectados</b>												
Si	582	110	25	25	44	36	80	50	41	52	108	10
No	351	43	27	10	29	25	46	46	35	33	53	4
NS/NC	60	10	3	2	8	5	7	9	2	2	9	3
<b>Solicitud de ayuda y/o asistencia social</b>												
Si	408	71	14	16	30	27	59	33	31	33	86	7
No	523	78	40	18	44	35	67	62	44	52	75	8
NS/NC	62	14	1	3	7	4	7	10	3	2	9	2
<b>Aportar normas higiénicas y/o preventivas a afectados por SIDA</b>												
Si	631	114	34	27	51	40	75	62	47	57	116	8
No	302	39	20	7	23	22	50	34	28	28	44	6
NS/NC	60	10	1	3	7	4	8	9	3	2	10	3
<b>Aportar normas higiénicas y/o preventivas a pacientes con riesgo de SIDA</b>												
Si	701	107	35	29	54	50	86	76	59	59	135	10
No	235	46	17	6	21	13	40	19	17	23	28	5
NS/NC	57	10	3	2	6	3	7	10	2	5	7	2

## AREAS SANITARIAS

	TOTAL	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	N/C
<b>Hacer el seguimiento clínico de algún afectado</b>												
Si	420	80	23	18	31	20	56	38	28	36	81	9
No	500	71	32	16	41	41	67	57	46	48	76	4
NS/NC	73	12		3	9	5	10	10	4	3	13	4
<b>Partes de baja, ILT, P10 y otros trámites administrativos</b>												
Si	603	110	28	24	57	37	84	50	46	50	108	8
No	340	43	25	11	20	26	42	46	29	34	58	6
NS/NC	50	10	2	2	4	3	7	9	3	3	4	3
<b>Educación sanitaria de la población no perteneciente a grupo de riesgo</b>												
Si	390	64	22	17	41	26	34	44	38	36	62	5
No	530	87	32	16	32	34	88	52	36	49	95	9
NS/NC	73	12	1	4	8	6	11	9	4	2	13	3
<b>Inquietud o nerviosismo sobre SIDA en algún usuario no perteneciente a grupo de riesgo</b>												
Si	530	88	24	18	45	36	66	55	51	54	87	6
No	396	63	29	16	28	26	58	44	24	31	69	7
NS/NC	67	12	2	3	8	4	9	6	3	2	14	4
<b>Inquietud o nerviosismo sobre SIDA en algún usuario no perteneciente a grupo de riesgo y que cree poder estar enfermo del SIDA</b>												
Si	448	74	22	14	36	31	69	43	46	38	69	6
No	473	76	31	20	37	29	56	53	28	46	89	7
NS/NC	72	13	2	3	8	6	8	9	4	3	12	4

AREAS SANITARIAS

	TOTAL	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	N/C
<b>Solicitud de serología en pacientes de riesgo</b>												
Si	787	133	38	31	62	50	97	86	66	71	140	12
No	168	21	17	4	16	14	27	13	12	16	25	3
NS/NC	38	9		2	3	2	9	6			5	2
<b>Solicitud de serología en pacientes no de riesgo</b>												
Si	312	52	17	13	30	27	39	21	30	28	49	6
No	610	96	37	22	42	34	84	75	43	56	112	8
NS/NC	71	15	1	2	9	5	10	9	5	3	9	3
<b>Certificados del estado de salud</b>												
Si	135	22	7	5	15	10	18	16	7	10	24	1
No	773	126	45	30	57	53	100	78	66	74	133	10
NS/NC	85	15	3	2	9	3	15	11	5	3	13	6
<b>Confidencialidad de la enfermedad</b>												
Si	455	82	21	21	40	30	59	45	30	39	82	6
No	453	65	29	13	32	34	63	48	45	45	72	6
NS/NC	85	16	5	3	9	2	11	12	3	3	16	5
<b>Tener que hacer preguntas embarazosas sobre el SIDA a algunos pacientes</b>												
Si	401	70	23	18	30	31	53	39	31	25	76	5
No	514	78	30	15	42	31	69	56	45	58	83	6
NS/NC	78	15	2	4	9	4	11	10	2	4	11	6

AREAS SANITARIAS

	TOTAL	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	N/C
Miedo por tu parte a exponerte a la enfermedad												
Si	228	48	3	6	15	13	26	22	19	21	51	4
No	684	101	50	27	57	48	96	72	57	62	105	8
NS/NC	81	14	2	4	9	5	11	11	2	4	14	5

15. Expresa tu opinión acerca de las siguientes afirmaciones

Circula tu respuesta.

El único nivel asistencial que tiene un papel importante en la lucha contra el SIDA es el nivel hospitalario

Absolutamente de acuerdo	73	9	6	4	6	5	12	4	3	3	19	2
De acuerdo	94	21	4	6	6	4	14	5	4	6	22	2
Indiferente	32	2	3	2	2	3	5		4	2	8	1
En desacuerdo	354	65	20	8	25	23	50	46	32	27	53	5
Absolutamente en desacuerdo	424	64	22	16	41	30	48	48	33	48	67	6
NS/NC	16	2		1	1	1	4	2	2	1	1	1

El médico de atención primaria y el resto del equipo de salud tiene un papel a jugar en la lucha contra el SIDA

Absolutamente de acuerdo	636	111	32	22	54	45	77	69	47	60	109	9
De acuerdo	302	46	19	13	22	14	46	35	27	25	49	6
Indiferente	19	3	1		1	3	3			1	7	
En desacuerdo	14	1	1	2	1	2	4		1		2	
Absolutamente en desacuerdo	12		2		1	2	2		3	1	1	
NS/NC	10	2			2		1	1			2	2

## AREAS SANITARIAS

	TOTAL	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	N/C
<b>El médico de atención primaria debe de colaborar en el tratamiento de la enfermedad mediante la administración ambulatoria de diversos fármacos contra el agente del SIDA con el fin de mantener al paciente integrado en su medio</b>												
Absolutamente de acuerdo	343	69	16	11	30	21	52	36	14	27	60	7
De acuerdo	411	76	29	15	33	25	48	40	36	38	65	5
Indiferente	76	6	4	5	6	7	7	14	9	9	8	1
En desacuerdo	110	9	5	6	7	10	16	11	13	7	24	2
Absolutamente en desacuerdo	35		1		3	3	7	3	4	5	9	
NS/NC	18	3			2		3	1	2	1	4	2
<b>El nivel primario de salud debe participar en la educación sanitaria de la población general sobre el SIDA</b>												
Absolutamente de acuerdo	715	120	37	24	64	52	96	75	46	66	123	11
De acuerdo	237	38	14	12	14	11	33	26	29	19	37	4
Indiferente	17	1	2	1		1	1	2	1	2	6	
En desacuerdo	8	2	1			1	1	1	1		1	
Absolutamente en desacuerdo	3		1			1	1					
NS/NC	13	2			3		1	1	1		3	2
<b>El nivel primario de salud debe participar en la educación sanitaria sobre el SIDA de los grupos de riesgo</b>												
Absolutamente de acuerdo	653	109	36	23	55	47	90	68	41	57	114	12
De acuerdo	284	48	15	12	22	12	35	33	32	25	46	4
Indiferente	26	1	2	2	2	4	4	1	3	3	4	
En desacuerdo	14	2	2			2	2	1	1	2	2	
Absolutamente en desacuerdo	4	1				1	1				1	
NS/NC	12	2			2		1	2	1		3	1

AREAS SANITARIAS

	TOTAL	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	N/C
<b>El nivel primario de salud y el médico de atención primaria deben asumir un papel principal en el seguimiento clínico de los afectados por el agente causal del SIDA</b>												
Absolutamente de acuerdo	180	31	10	4	14	10	17	24	12	20	32	6
De acuerdo	358	70	19	17	30	24	46	37	30	26	51	7
Indiferente	110	14	7	4	6	7	17	11	7	13	21	3
En desacuerdo	282	43	15	11	24	18	41	30	25	23	52	
Absolutamente en desacuerdo	45	2	3	1	5	6	11	3	3	2	9	
NS/NC	18	3	1		2	1	1		1	3	5	1
<b>El papel principal del nivel primario de salud ante el SIDA es, únicamente, el cuidado terminal de estos pacientes</b>												
Absolutamente de acuerdo	6		1			2	1		1	1		
De acuerdo	22	3	3		3	2	3		2		5	1
Indiferente	22	2		2	1	3	1		1	1	10	1
En desacuerdo	469	81	27	20	30	30	66	54	40	41	74	5
Absolutamente en desacuerdo	459	74	23	15	45	28	61	50	33	44	77	9
NS/NC	15	3	1		2	1	1	1	1		4	1
<b>Un paciente afectado por el agente causal del SIDA ha de exponer siempre su condición cuando por motivos de salud entre en contacto con un profesional sanitario</b>												
Absolutamente de acuerdo	677	100	36	22	61	46	94	69	51	65	123	9
De acuerdo	260	56	16	12	16	15	33	32	24	18	32	6
Indiferente	12	1		1		2	1		1		5	1
En desacuerdo	24	3	2	2	1	2	3	3	1	2	5	
Absolutamente en desacuerdo	5				1	1				2	1	
NS/NC	15	3	1		2		2	1	1		4	1

AREAS SANITARIAS

TOTAL	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	N/C	
<b>16. ¿Cómo has obtenido los conocimientos que posees sobre el SIDA?</b>												
<b>Circula la ó las resupuestas apropiadas</b>												
<b>Lectura de prensa médica general</b>												
Si	915	151	52	36	75	64	115	98	73	76	159	15
No	42	6	3	1	4	1	12	3	1	6	5	
NS/NC	36	6			2	1	6	4	4	5	6	2
<b>Interconsultas docentes con nivel especializado</b>												
Si	238	35	17	13	28	11	40	16	17	14	43	3
No	649	110	35	18	42	52	82	77	49	64	109	11
NS/NC	106	18	3	6	11	3	11	12	12	9	18	3
<b>Sesiones clínicas en el centro de trabajo</b>												
Si	228	27	7	15	11	15	19	38	33	35	24	4
No	656	119	45	16	57	47	100	59	34	43	126	9
NS/NC	109	17	3	6	13	4	14	8	11	9	20	4
<b>Autoaprendizaje. Estudio de libros y revistas</b>												
Si	958	157	51	37	79	64	128	100	77	85	164	15
No	9	1	2			1	2	1		1	1	
NS/NC	26	5	2		2	1	3	4	1	1	5	2
<b>Sesiones bibliográficas en el centro de trabajo</b>												
Si	157	16	4	7	8	12	10	22	24	28	22	4
No	715	130	46	24	61	50	106	71	41	49	126	10
NS/NC	121	17	5	6	12	4	17	12	13	10	22	3

AREAS SANITARIAS

	TOTAL	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	N/C
<b>Cursos o conferencias en el área</b>												
Si	160	17	12	3	7	10	21	30	14	10	32	3
NO	719	128	38	26	64	51	98	63	53	68	120	10
NS/NC	114	18	5	8	10	5	14	12	11	9	18	4
<b>Cursos o conferencias fuera del área</b>												
Si	411	73	21	13	34	20	53	45	37	26	83	5
No	490	75	32	18	36	42	67	51	30	56	74	9
NS/NC	92	15	2	6	11	4	13	9	11	5	13	3
<b>Congresos en el área</b>												
Si	22	1			1	2	3	3	1	2	8	1
No	843	140	50	30	68	59	115	86	64	75	142	13
NS/NC	128	22	5	7	12	5	15	16	13	10	20	3
<b>Congresos fuera del área</b>												
Si	143	22	10	7	13	5	20	14	14	10	26	2
No	723	119	41	25	56	56	98	73	51	70	122	11
NS/NC	127	22	4	5	12	5	15	18	13	7	22	4
<b>Entrevista informal con otros compañeros</b>												
Si	654	99	40	27	53	46	84	68	55	62	112	8
No	253	52	13	6	22	16	38	28	14	18	39	6
NS/NC	86	12	2	4	6	4	11	9	9	7	19	3
<b>Asistencia a pacientes en rotaciones hospitalarias</b>												
Si	181	22	6	11	18	14	28	24	13	16	25	3
No	693	120	43	25	51	47	91	70	51	62	123	10
NS/NC	119	21	6	1	12	5	14	11	14	9	22	4

## AREAS SANITARIAS

	TOTAL	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	N/C
Información entregada por representantes de Laboratorios Farmacéuticos												
Si	388	67	28	22	32	28	57	35	20	23	68	8
No	505	80	26	13	40	33	66	57	47	54	81	7
NS/NC	100	16	1	2	9	5	10	13	11	10	21	2

## **8. BIBLIOGRAFIA**

1. Gottlieb MS, Schanker HM, Fran P, Saxon A, Weisman JD, Pozalski I. Pneumocistis pneumonia. *MMWR* 1.981; 30: 250-252.
2. Friedman Kien A, Laubenstein L, Marmor M, et al. Kaposi's sarcoma and Pneumocistis carinii among homosexual men. *MMWR* 1.981; 30: 305-308.
3. Gottlieb MS, Schroff R, Schanker HM, et al. Pneumocistis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men. *N. Engl. J. Med.* 1.981; 305: 1425-1431.
4. Masur M, Michelis MA, Greene JB, et al. An outbreak of community-acquired Pneumocistis carinii pneumonia. *N. Engl. J. Med.* 1.981; 305: 1431-1438.
5. Velirimovic B. AIDS as a social phenomenon. *Soc. Sci. Med* 1.987; 25: 541-542.
6. Cotton DJ. The Impact of AIDS in The Medical Care System. *JAMA* 1.988; 260: 519-523.
7. World Health Organization. Regional Office for Europe. Global Programme on AIDS. AIDS Prevention Programming in countries with limited resources. EUR/ICP/GPA 062. Rev. 1. 2987B. Copenhagen 1.990.
8. Nathan Link R, Feingold AR, Charap MH, Freeman K, Shelou SP. Concerns of Medical and Pediatric House Officers About Acquiring AIDS from their Patients. *Am. J. Public Health* 1.988; 78: 455-459.
9. Taylor KM, Eakin JM, Skinner HA, Kelner M, Shapiro M. Physicians' perception of personal risk of HIV infection and AIDS through occupational exposure. *Can. Med. Assoc. J.* 1.990; 43: 493-500.
10. Volberding P. 11 Questions Most Frequently Asked by Physicians. *Consultant* 1.987; 27: 49-55.
11. Whalen JP. Participation of medical students in the care of patients with AIDS. *J. Med. Educ.* 1.987; 62: 53-54.
12. Jeffrey A, Kelly JA, St. Lawrence JS, Smith S, Hood HV, Cook DJ. Medical students' attitudes toward AIDS and homosexual patients. *J. Med. Educ.* 1.987; 62: 549-556.
13. Goldman JD. An elective seminar to teach first-year students the Social and Medical Aspects of AIDS. *J. Med. Educ.* 1.987; 62: 557-562.

14. Bickel MA, Jones RF, Biesiadecki L. HIV/AIDS Education in U.S. Medical Schools. *Acad. Med.* 1989; 64: 552-554.
15. AAMC Committee on AIDS and the Academic Medical Center. The HIV Epidemic and Medical Education. *Acad. Med.* 1989; 64: 349-356.
16. Schwartz JN. Physician Education. The Challenge of Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 1990; 114: 316-318.
17. Watcher RM. The impact of the acquired immunodeficiency syndrome on medical residency training. *N. Engl. J. Med.* 1986; 314: 177-180.
18. Watcher RM, Cooke M, Hopewell PC, Luce JM. Attitudes of Medical Residents Regarding Intensive Care for Patients with the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Arch. Intern. Med.* 1988; 148: 149-152.
19. Cooke M, Sande MA. The HIV Epidemic and Training in Internal Medicine. *N. Engl. J. Med.* 1989; 321: 1334.
20. Hayward RA, Shapiro MF. A National Study of AIDS and Residency Training: Experiences, Concerns, and Consequences. *Ann. Intern. Med.* 1991; 114: 23-32.
21. Hayward RA, Kravitz RL, Shapiro MF. Program director's attitudes toward resident's care of patients who have AIDS. *J. Gen. Intern. Med.* 1991; 6: 18-26.
22. Zulaica D, Iribarren JA, Arrizabalaga J, Rodriguez Arrondo F. Problemática de la asistencia a los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Med. Clin. (Barc)* 1988; 91: 151-156.
23. World Health Organization. Regional Office for Europe. Global Programme on AIDS. Coordinated Care Services for People living with HIV/AIDS. First Meeting. EUR/ICP/GPA 059(A) 2679B. Copenhagen 1990.
24. World Health Organization. Regional Office for Europe. Global Programme on AIDS. Strategy for Comprehensive Care and Support for People with HIV Infection in the European Region, compiled by Exon P. EUR/ICP/GPA 091 5113B. Copenhagen 1991.
25. World Health Organization. Regional Office for Europe. Global Programme on AIDS. Taking up the challenge in the 90's, compiled by Shore L. Copenhagen 1991.

26. World Health Organization. Regional Office for Europe. Global Programme on AIDS. Comprehensive Care for People living with HIV/AIDS, compiled by Shore L. EUR/ICP/GPA 090. Copenhagen 1.990.
27. World Health Organization. The Global Estrategy for the Prevention and Control of AIDS. 1.991 Update. Global Programme on AIDS. Seventh Meeting of the Management Committee. Geneva 19-21 November 1.991. GPA/GMC (2) 191.8
28. Bueno Vallejos R, Gil Nebot MA, Gascón Sancho MJ, et al. Estudio Delphi sobre estrategias y prioridades frente al SIDA en la Comunidad de Madrid. Servicio Regional de Salud. Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Imp. de la Comunidad de Madrid. 1.991.
29. Smits A, Mansfield S. Facilitating care of patients with HIV infection by hospital and primary care teams. Br. Med. J. 1.990; 300: 241-243.
30. Volberding P. Supporting Health Care Team in Caring for AIDS. JAMA 1.989; 261: 747-748.
31. Butters E, Higginson I, Wade A, Mc. Carthy M. Community HIV/AIDS Teams. Health Trends 1.991; 23: 59-62.
32. Higginson I. Evaluation of care for HIV/AIDS Patients by two community teams in London, U.K. Report comissioned by the Regional Programme for AIDS. World Health Organization. Copenhagen 1.990.
33. George R. The role of the Community Care Team, en The role of Primary Care in the Management of HIV Infection. Weller IVD, ed. International Seminar Series. Highlights of a Seminar meeting. Colwood House Medical Publication. Berkshire 1.990: 11-15.
34. Arrizabalaga C, Garde C, Iribarren JA, et al. Asistencia domiciliaria a los pacientes de SIDA: un reto para la atención primaria. JANO 1.991; 40: 68-74.
35. World Health Organization. Regional Office for Europe. Global Programme on AIDS. First European AIDS Conference for Nurses. EUR/ICP/GPA 069. Copenhagen 1.990.
36. Organización Mundial de la Salud. Directrices para la asistencia de enfermería a las personas afectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Serie OMS sobre el SIDA n° 3. Ginebra 1.988.

37. Bradley CP. AIDS and the general practitioner. Update. 1.987; 35: 592-607.
38. Heley A. AIDS What to do? Practitioner 1.988; 232: 133-138.
39. Forster G. AIDS and HIV infection. Practitioner 1.988; 232: 379-380.
40. Goldberg D. The role of the general practitioner. J. R. Coll. Gen. Pract. 1.988; 38: 179.
41. Working Party of the Royal College of General Practitioners. Human Immunodeficiency Virus Infection and the Acquired Immunodeficiency Syndrome in General Practice. J. R. Coll. Gen. Pract. 1.988; 38: 219-225.
42. Rogers DE. Caring for the patients with AIDS. JAMA 1.988; 259: 1368.
43. Sibbald B, Pharaoh C, Freeling P, Anderson HR. AIDS-is general practice meeting the challenge? J. R. Coll. Gen. Pract. 1.988; 38: 32.
44. Smith MD. Primary Care and HIV Disease. J. Gen. Intern. Med. 1.991; 6: 556-562.
45. King MB. London general practitioners' involvement with HIV infection. J. R. Coll. Gen. Pract. 1.989; 39: 280-283.
46. Makadon HJ. Assessing HIV Infection in Primary Care Practice. J. Gen. Intern. Med. 1.991; 6: s2-s7.
47. Hernández Alonso AR, Ribas Batllori A, Juncadella Garcia E. El médico de atención primaria y la problemática de la asistencia a los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Med. Clin. (Barc) 1.989; 92: 36.
48. González López E, Garcia de Blas González F. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y atención primaria de salud. Med. Clin. (Barc) 1.989; 92: 539-542.
49. Clark L. The care of Patients With AIDS: Don't ignore the Family Practitioner. JAMA 1.989; 261: 555-556.
50. Goldschmidt RH. The Family Physician's role in the HIV Epidemic. Am. Fam. Physician 1.989; 40: 89-90.
51. Anónimo. The general practitioner and the HIV epidemic. Scand. J. Prim. Health Care. 1.990; 8: 65-66.

52. Weller IVD. The role of Primary Care in the Management of HIV Infection. International Seminar series. Highlights of a seminar meeting. Colwood House Medical Publications. Berkshire 1.990.
53. Woffsy CB. AIDS Care: Providing Care for the HIV Infected. *J. Acq. Immune Def. Syndromes* 1.988; 1: 274- 283.
54. González Barberá M, Redondo Sánchez C. Atención al paciente infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana: es posible actuar desde la Atención Primaria. *Medifam* 1.991; 1: 59-65.
55. American Academy of Family Physicians. HIV Infection Statements and Policies. Kansas City. April 1.991.
56. Green J, Singer M, Wintfield N, et al. Projecting the Impact of AIDS on Hospitals. *Health Affairs* 1.987; 6: 31.
57. Northfelt DW, Hayward RA, Shapiro MF. The Acquired Immunodeficiency Syndrome is a Primary Care Disease. *Ann. Intern. Med.* 1.988; 109: 773-775.
58. King MB. AIDS and the general practitioner: Psychosocial issues. *Health Trends* 1.987; 19: 1-3.
59. Wolcott DL. Psychosocial aspects of acquired immune deficiency syndrome and the primary care physician. *Ann. Allergy.* 1.986; 57: 95-100.
60. Ferrieri P. AIDS, Children and Primary Care Physician. *Am. J. Dis. Child.* 1.988; 142: 272.
61. Allen MH. Primary Care of women infected with the human immunodeficiency virus. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* 1.990; 17: 557-569.
62. Warshan LJ, Barr JK. The role of Physicians in Educating Patients about AIDS. *N. Engl. J. Med.* 1.990; 322: 1822.
63. Kaminiski MA, Hartman PM. HIV Testing: Issues for the Family Physician. *Am. Fam. Physician* 1.988; 38: 117-122.
64. Petersen LR, Calonge NB, Chamberlan ME, Engel RH, Herring NG. Methods of surveillance for HIV infection in primary care outpatients in the United States. *Public Health Rep.* 1.990; 105: 158-162.

65. González López E, Puche López N, González M. Atención Primaria de Salud en la infección por VIH, en La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Patogenia, Diagnóstico y Tratamiento, Costa JR, Damiano A, Rubio R, eds. Ed. Centro de Estudios Wellcome España. Madrid 1.991; 230-236.
66. Mabbott A, Rothery A. Terminal care. *Practitioner* 1.988; 232: 459-460.
67. Anónimo. La educación sanitaria sobre el SIDA en los niveles de atención sanitaria. Criterios básicos para su desarrollo. Servicio Regional de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. Comunidad de Madrid. Madrid 1.987.
68. Gerbert B, Maguire BT, Coates TJ. Are Patients Talking to Their Physicians about AIDS? *Am. J. Public Health* 1.990 ;80: 467-468.
69. Nutbeam D, Catford JC, Smail SA, Griffiths C. Public Knowledge and attitudes to AIDS. *Public Health* 1.989; 103: 205-211.
70. Massey DE. Teaching about AIDS in schools. *Health Educ. J.* 1.987; 46: 66-68.
71. Garcia Gurruchari A. SIDA. Guía del alumno. Departamento de Sanidad y Consumo. Departamento de Educación. Gobierno Vasco. 1.989.
72. Reid DA. Knowledge of schoolchildren about the acquired immunodeficiency syndrome. *J. R. Coll. Gen. Pract.* 1.988; 38: 509-510.
73. Francis DP, Chin J. The Prevention of acquired immunodeficiency syndrome in the United States: an objective strategy for medicine, public health, business and the community. *JAMA* 1.987; 257: 1357-1366.
74. Mc. Kusick L, Hostman W, Coates TJ. AIDS and sexual behaviour reported by gay men in San Francisco. *Am. J. Public Health* 1.985; 75: 493-496.
75. Kingsley LA, Kaslow R, Rinaldo CR et al. Risk Factor for seroconversion to human immunodeficiency virus among male homosexuals. *Lancet* 1.987; i: 345-348.
76. CDC. Additional recommendations to reduce sexual and drug abuse-related transmission of human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus. *MMWR* 1.986; 35: 152-155.
77. Karan LD. Primary care for AIDS and Chemical Dependence. *West. J. Med.* 1.990; 152: 538-542.

78. Robertson JR, Bucknall ABV, Welsby PD et al. Epidemic of AIDS related virus (HTLV-III/LAV) infection among intravenous drug abusers. *Br. Med. J.* 1.986; 292: 527-529.
79. Roig Traver A, Heinmann Navarra C, Part Martín T, Pérez Gerada R. Frecuencia del uso colectivo de jeringas entre drogodependientes por vía intravenosa. *Med. Clin. (Barc)* 1.987; 89: 48-49.
80. Mc Keganey N, Boddy F. General Practitioners and opiate-abusing patients. *J. R. Coll. Gen. Pract.* 1.988; 38: 73-75.
81. López-Abente Ortega G, Monge Jodra V, Rubio Valladolid G, Pascual Arriazu J. Factores de riesgo en la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana en adictos a las drogas por vía parenteral. *Med. Clin. (Barc)* 1.988; 90: 769-771.
82. Bucknall A. AIDS and injecting drug abusers. *Practitioner* 1.988; 232: 463-466.
83. Neville RG, Mc Kellican JF, Foster J. Heroin users in general practice: ascertainment and features. *Br. Med. J.* 1.988; 296: 755-758.
84. Van Brussel GHA. Social Management of HIV Positive Drug Users, en *Aspects of HIV Management in Injecting Drug Users*, Weeler IVD ed. International Seminar Series. Highlights of a seminar meeting, 14 October 1.990. Colwood House Medical Publications 1.990: 26-30.
85. Hearst N, Hulley SB. Preventing the Heterosexual Spread of AIDS. Are We Giving Our Patients the Best Advice?. *JAMA* 1.988; 259: 2428-2432.
86. Bayer R, Levine C, Wolf SM, et al. HIV Antibody Screening. An Ethical Framework for Evaluating Proposed Programs. *JAMA* 1.986; 256: 1768-1774.
87. Anónimo. Aproximación al uso del test (anti VIH). A quién y como debe ser realizado. Servicio Regional de Salud. Comisión Regional del SIDA. Consejería de Salud y Bienestar Social. Comunidad de Madrid. Madrid. 1.987.
88. Public Health Service. Guidelines for counseling and antibody testing to prevent HIV infection and AIDS. *MMWR* 1.987; 36: 509-515.
89. Gostin LO, Curran WJ, Clark ME. The Case Against Compulsory Casefinding in Controlling AIDS-Testing, Screening and Reporting. *Am. J. Law & Medicine* 1.987; 12: 7-55.

90. Goedert JJ. Suggested Standards linked to Testing for Human Immunodeficiency Virus. *N. Engl. J. Med.* 1.987; 316: 1339-1342.
91. Sherer R. Physician Use of the HIV Antibody Test. The Need for Consent, Counseling, Confidentiality and Caution. *JAMA* 1.988; 259: 264-265.
92. Schwartz JS, Dans PE, Kinosian BP. Human Immunodeficiency Virus Test Evaluation, Performance, and Use. Proposals to Make Good Tests Better. *JAMA* 1.988; 259: 2574-2579.
93. Lovick V. Preparation for and interpretation of the HIV test. *Practitioner* 1.988; 232: 388-391.
94. Wisnieski T. Your Role in the AIDS Epidemic: Guidelines and Resources for the Louisiana Physician. *J. Minn. Med.* 1.987; 139: 74-79.
95. Curtis JL, Crummery FC, Baker SN, et al. HIV Screening and Counseling for Intravenous Drug Abuse Patients. Staff and Patient Attitudes. *JAMA* 1.989; 261: 258-262.
96. Perry S, Jacobsberg L, Fischman B. Suicidal Ideation and HIV Testing. *JAMA* 1.990; 263: 679-682.
97. González López E, Puche López N. Aspectos preventivos en la utilización de los marcadores serológicos de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med. Clin. (Barc)* 1.990; 94: 733-735.
98. Horsburgh H. CR. Jr, Douglas JM, La Force FM. Preventive strategies in sexually transmitted diseases for the primary care physician. *JAMA* 1.987; 258: 814-821.
99. Darrow WW. A Framework for Preventing AIDS. *Am. J. Public Health* 1.987; 77: 778-779.
100. Hendee WR, Rapoza NP, Rinaldi MC, et al. The American Medical Association's Program on Human Immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome. *JAMA* 1.987; 258: 1519-1520.
101. Harvey N. The "worried well". *Practitioner* 1.988; 232: 383-386.
102. Frierson RL, Lippman SB. Psychologic Implications of AIDS. *Am. Fam. Physician* 1.987; 35: 109-116.

103. Runck B. Coping with AIDS. Psychological and social considerations in helping people with HTLV-III infection. National Institutes of Mental Health. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. Rockville. Maryland. 1.986.
104. Holland JC, Tross S. The Psychosocial and Neuropsychiatric Sequelae of the Acquired Immunodeficiency Syndrome and Related Disorders. *Ann. Intern. Med.* 1.985; 103: 760-764.
105. Faure JD, Payen A, Pilard M. Reactions psychologiques initiales a l'annonce d'une sero-positive anti HIV. *Ann. Med. Psychol (Paris)* 1.988; 146: 230-236.
106. Marzuk PM, Tierney H, Tardiff K, et al. Increased risk of suicide in persons with AIDS. *JAMA* 1.988; 259: 1333-1337.
107. Antoniskis D, Sattler FR, Leedom JM. Importance of assesing risk behaviour for AIDS. Why and how to obtain a relevant history. *Postgrad. Med.* 1.988; 83: 138-146, 150, 152.
108. Jewell ME, Jewell GS. How to Assess the Risk of Exposure. *Am. Fam. Physician* 1.989; 40: 153-161.
109. Zulaica D. Problemas que plantea el paciente con serología positiva frente al retrovirus HTLV III/LAV. *Med. Clin. (Barc)* 1.987; 88: 117-122.
110. Miles SA. Diagnosis and Staging of HIV Infection. *Am. Fam. Physician* 1.988; 38: 248-256.
111. Hollander H. Work-up of the HIV-Infected patient. *Infectious Disease of North America* 1.988; 2: 353-358.
112. Clumeck N, Hermans P, De Wit S. Current problems in the management of AIDS patients. *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.* 1.988; 7: 2-10.
113. Grupo de Trabajo Clínico Asistencial del Plan del SIDA del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Seguimiento clínico del paciente infectado por el VIH en atención primaria. *JANO* 1.990; 38: 951-958.
114. Grupo de Trabajo Clínico Asistencial del Plan del SIDA del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. La asistencia al paciente con SIDA en atención primaria. *JANO* 1.990; 38: 1343-1346.

115. Chang R, Wong G, Gold J, Armstrong D. Clinical Epidemiology and outcome of AIDS Emergencies. Abstract 94. Second Conference European on Clinical Aspects of HIV Infection. March 8-9, 1.990. Brussels. Belgium.
116. Calderón Sandubete E, Leal Noval M. El portador oculto de virus de la inmunodeficiencia humana. *Med. Clin. (Barc)* 1.990; 95: 62-63.
117. Halsey NA, Henderson DA. HIV Infection and Immunization against other agents. *N. Engl. J. Med.* 1.988; 316: 683-685.
118. CDC. ACIP: Immunization of Children Infected with Human Immunodeficiency Virus. Supplementary ACIP Statement Immunization Practices Advisory Committee. *MMWR* 1.988; 37: 181-183.
119. Friedland GH. Early Treatment for HIV. The Time Has Come. *N. Engl. J. Med.* 1.990; 322: 1000-1002.
120. Sendino Revuelta A, Barbado Hernández FJ, Vazquez Rodriguez JJ. Profilaxis de infecciones oportunistas en enfermos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med. Clin. (Barc)* 1.990; 95: 785-789.
121. Lange J. Treatment Review, en *The Role of Primary Care in the Management of HIV Infection*. Weller IVD ed. International Seminar Series. Highlights of a seminar meeting. Colwood House Medical Publications. Berkshire 1.990: 26-30.
122. Selwyn PA, Hartel D, Lewis VA, et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *N. Engl. J. Med.* 1.989; 320: 645-654.
123. Barnes PF, Bloch AB, Davidson PT, Sinder DE. Current Concepts: Tuberculosis in Patients with Human Immunodeficiency Virus Infection. *N. Engl. J. Med.* 1.991; 324: 1644-1650.
124. CDC. Guidelines for prophylaxis against *Pneumocystis carinii* pneumonía for persons infected with human immunodeficiency virus. *MMWR* 1.989; 38(S-5): 1-9.
125. Ruskin J, La Riviere M. Cotrimoxazol a dosis bajas como prevención de la neumonía por *Pneumocystis carinii* en la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Lancet* 1.991, 9: 33-36.

126. Armstrong D, Bernard E. Aerosol Pentamidine. *Ann. Intern. Med.* 1.988; 109: 654-657.
127. Girard PM, Landman R, Gaudebout C, et al. Prevention of *Pneumocystis carinii* pneumonia relapse by pentamidine aerosol in zidovudine-treated AIDS patients. *Lancet* 1.989; 1: 1.348-1353.
128. Golden JA, Chernoff D, Hollander M, Feigal D, Conte JE. Prevention of *Pneumocystis carinii* pneumonia by inhaled pentamidine. *Lancet* 1.989; 1: 654-657.
129. Langtry HD, Campoli-Richards DM. Zidovudine. A Review of its Pharmacodynamic and Pharmacokinetic Properties, and Therapeutic Efficacy. *Drugs* 1.989; 37: 408-450.
130. Volberding P, Lagakos S, Koch M, Pettinell C, Myers M, Booth D, and the NIAID AIDS Clinical Trial Groups. Proceeding Abstracts of VI International Conference of AIDS. San Francisco USA 1.990: Th. B. 17.
131. Anonymus. Recommendations for Zidovudine: Early Infection. *JAMA* 1.990; 263: 1606-1607.
132. Volberding PA, Lagakos SW, Koch MA, et al. Zidovudine in asymptomatic human immunodeficiency virus infection. A controlled trial in persons with fewer than 500 CD4-positive cells per cubic millimeter. *N. Engl. J. Med.* 1.990; 322: 941-949.
133. Ruedy J, Schechter M, Montaner JSG. Zidovudine for Early Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection: Who, When, and How? *Ann. Intern. Med.* 1.990; 112: 721-723.
134. Corzo JE, Leal M. Zidovudina e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: cuando y como iniciar el tratamiento. *Med. Clin. (Barc)* 1.991; 97: 178-180.
135. Sachs BP, Tuomala R, Frigoletto F. Acquired Immunodeficiency syndrome: suggested protocol for counselling and screening in pregnancy. *Obstet and Gynecol.* 1.987; 70: 408-411.
136. CDC. Recommendations for assisting in the prevention of perinatal transmission of HTLV-III/LAV and AIDS. *MMWR* 1.985; 34: 721.
137. Mok JQ, De Rossi A, Ades AE, Giaquinto C, Grosch-Wörner I, Peckham CS. Infants born to mothers seropositive for human immunodeficiency virus. Preliminary findings from a Multicentre European Study. *Lancet* 1.987; i: 1164-1168.

138. Grimes DA. The CDC and abortion in HIV positive woman. *JAMA* 1.987; 258: 1176.
139. Thiry L, Sprecher-Goldwenger S, Jonckheer T, et al. Isolation of AIDS-virus from cell breasts milk of three healthy virus carriers. *Lancet* 1.985; 1: 891-892.
140. Reader F. How AIDS affects women and children? *Practitioner* 1.988; 232: 452-457.
141. Leal M, Flores JM. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la infancia: la cara oculta de la drogadicción parenteral. *Med. Clin. (Barc)* 1.987; 89: 689-691.
142. Bastus JB. ¿Se consultar la bibliografía? Pasado, presente y futuro de la búsqueda de información biomédica. *Med. Clin. (Barc)* 1.985; 85: 625-627.
143. Pulido M. Index Medicus: cobertura y manejo. *Med. Clin. (Barc)* 1.987; 88: 500-504.
144. Villar J. Importancia y necesidad del acceso bibliográfico en la investigación y práctica médicas. *Med. Clin. (Barc)* 1.990; 94: 706-707.
145. Jorda-Olives M. Documentación biomédica: estructura y funcionamiento de las bases de datos bibliográficos. *Med. Clin. (Barc)* 1.991; 97: 265-271.
146. Dominguez Serna MR. Información continuada en CD-ROM (Compact Disk-Read Only Memory). *Aten. Primaria* 1.990; 7: 231-232.
147. Guardiola E, Manaut F. El CD-ROM en la recuperación de información: un nuevo medio para un mismo fin. *Med. Clin. (Barc)* 1.990; 94: 666-671.
148. Servicio Regional de Salud. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid. Vigilancia Epidemiológica del SIDA/VIH. Abril 1.990. Informe n<sup>o</sup> 5. Imp. Comunidad de Madrid. 1.990.
149. Registro Nacional de casos de SIDA. Situación epidemiológica a 30 de Septiembre de 1.993 y a 30 de Junio de 1.994. (documentos internos) (ejemplares mimeografiados) Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Secretaría General del Plan Nacional sobre el SIDA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
150. Arno PS, Shenson D, Siegel NF, Franks P, Lee PR. Economic and Policy Implications of Early Intervention in HIV Disease. *JAMA* 1.989; 262: 1493-1498.
151. Panter D. Training about AIDS. Reaping the benefits. *Health Educ. J.* 1.987; 46: 74-76.

152. Anonymus. Training on AIDS for personnel in drug treatment centres: report on a WHO meeting, Bremen 26-28 August 1.987. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe, 1.988.
153. Noble JT, Stearns NS, Wolff SM. Curriculum Guidelines for AIDS Education of Primary Care Practitioners: Outcome of an Authority Opinion Survey. *Am. J. Prev. Med.* 1.990; 6: 42-50.
154. Comité Clínico Asistencial y Grupo de Trabajo. SIDA: Manual de información para profesionales sanitarios de atención primaria. Ed. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. San Sebastián 1.989.
155. Nusbaum NJ. Acquired immunodeficiency syndrome as a paradigm for medicolegal education. *N. Y. J. Med.* 1.988; 5: 221-222.
156. Barrows HS, Williams RG, Hoy RH. A Comprehensive Performance-Based Assesment of Fourth-Year Student's Clinical Skills. *J. Med. Educ.* 1.987; 62: 805-809.
157. Petrusa ER, Blackwell TA, Rogers LP. An Objective Measure of Clinical Performance. *Am. J. Med.* 1.987; 83: 34-41.
158. Ferland JJ, Dorval J, Levassfur L. Measuring higher cognitive levels by multiple choice questions: a myth?. *Med. Educ.* 1.987; 21: 109-113.
159. Thomson DM. The objective structured clinical examination for general practice: design, validity and reliability. *J. R. Coll. Gen. Pract.* 1.987; 37: 149-153.
160. Mulholland H, Tombleson PMJ. Assesment of the general practitioner. *Br. J. Gen. Pract.* 1.990; 40: 252-254.
161. Royal College of General Practitioners. What sort of Doctor? Assesing Quality of Care in General Practice. Report from General Practice 23. July 1.985.
162. Berrington RM. What is a good GP?. *Br. Med. J.* 1.987; 294: 23-24.
163. Marston BS. What is a good GP?. *Br. Med. J.* 1.987; 294: 93-94.
164. Arber S. What is a good GP? *Br. Med. J.* 1.987; 294: 287-288.
165. Leck A, Leck I. What is a good GP? *Br. Med. J.* 1.987; 294: 351-352.

166. Heath C. What is a good GP? *Br. Med. J.* 1.987; 294: 415-416.
167. Rabinowitz HK. Expansion of the Modified Essay Question Into an Audiovisual Format. *J. Med. Educ.* 1.985; 60: 883-885.
168. Diserens D, Schwartz MW, Quenin M, Taylor LA. Measuring the Problem-Solving Ability of Students and Residents by Microcomputers. *J. Med. Educ.* 1.986; 61: 461-466.
169. Medalie JH. Conocimientos y habilidades necesarios para la práctica familiar, en Medalie JH, ed. *Medicina Familiar. Principios y Prácticas.* Limusa. México 1.987: 419-420.
170. Pineault R, Daveluy C. *La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias.* 2ªed. Masson. Barcelona 1.989.
171. Shosteck H, Fairweather WR. Physician response rates to mail an personal interviews surveys. *Pub. Op. Quarterly* 1.979; 43: 207-217.
172. Reig Ferrer A, Caruana Vañó A. Participación de médicos en encuestas sobre comportamiento y salud realizadas por correo. *Gac. San.* 1990; 4: 197-198.
173. Busquet Durán X, Porta Serra M, Jarrod M, et al. La atención domiciliaria al enfermo de cáncer terminal: valoración y propuestas de médicos y enfermeras. *Aten. Primaria* 1.994; 13: 291-299.
174. Brugos A, Fernández Martínez de Alegría C, Solas O, March JC. Actitudes de los médicos de atención primaria hacia la puesta en marcha de los centros de salud. *Aten. Primaria* 1.992; 9: 294-298.
175. Greenacre MJ. *Theory and application of correspondence analysis.* London. Academic Press Inc, 1.984.
176. Mathews WC, Booth MW, Turner JD, Kessler L. Physicians' attitudes toward homosexuality: survey of a California medical society. *West. J. Med.* 1.986; 144: 106-110.
177. Kelly JA, St. Lawrence JS, Smith S, Hood HV, Cook DJ. Stigmatization of AIDS patients by physician. *Am. J. Public Health* 1.987; 77: 789-791.
178. Lewis CE, Freeman HE, Corey CR. AIDS-related competence of California's primary care physicians. *Am. J. Public Health* 1.987; 77: 795-799.

179. Lewis Ch.E, Freeman HE. The Sexual History-Taking and Counseling Practices of Primary Care Physicians. *West. J. Med.* 1.987; 147: 165-167.
180. Wertz DC, Sorenson JR, Liebling L, Kessler L, Heeren TC. Knowledge and Attitudes of AIDS Health Care Providers Before and After Education Programs. *Public Health Rep.* 1.987; 102: 248-254.
181. Searle ES. Knowledge, attitudes, and behaviour of health professionals in relation to AIDS. *Lancet* 1.987; i: 26-28.
182. Boyton R, Scrambler G. Survey of general practitioners attitudes to AIDS in the North West Thames and East Anglian Region. *Br. Med. J.* 1.988; 296: 538-540.
183. Milne RI, Keen SM. Are general practitioners ready to prevent the spread of HIV? *Br. Med. J.* 1.988; 296: 535-536.
184. Anderson P, Mayon-White R. General practitioners and management of infections with HIV. *Br. Med. J.* 1.988; 296: 535-537.
185. Sibbald B, Freeling P. AIDS and the future general practitioner. *J. R. Coll. Gen. Pract.* 1.988; 38: 500-502.
186. Shultz JM, Mc. Donald KL, Heckert KA, Hosterholm MT. The Minnesota AIDS Physician Survey. A Statewide Survey of Physician Knowledge and Clinical Practice Regarding AIDS. *Minn. Med.* 1.988; 71: 277-283.
187. Shapiro JA. General practitioners' attitudes towards AIDS and their perceived information needs. *Br. Med. J.* 1.989; 298: 1563-1566.
188. King MB. Psychological and social problems in HIV infection: interviews with general practitioners in London. *Br. Med. J.* 1.989; 299: 713-717.
189. Fredman L, Rabin DL, Bowman M, et al. Primary Care Physician's Assessment and Prevention of HIV Infection. *Am. J. Prev. Med.* 1.989; 5: 188-195.
190. Naji SA, Rusell IT, Foy CJW, et al. HIV Infection and Scottish general practice knowledge and attitudes. *J. R. Coll. Gen. Pract.* 1.989; 39: 284-288.
191. Chetwynd J. AIDS and general practice. *N. Z. Med.* 1.989; 102: 442-443.

192. Lewis CE. Sexual Practices: Are Physicians Addressing the issues? *J. Gen. Intern. Med.* 1.990; 5 (suppl) s78-s71.
193. Huguet M, Bou M, Argimón JM, Escarabill J. Encuesta sobre la actitud de los médicos de la Asistencia Primaria respecto al SIDA. *Rev. Clin. Esp.* 1.990; 186: 15-18.
194. Boyd JS, Kerr S, Maw RD, Fin-Nigham EA, Kilbane PK. Knowledge of HIV infection and AIDS and attitudes to testing and counselling among general practitioners in Northern Ireland. *Br. J. Gen. Pract.* 1.990; 40: 158-160.
195. Chetwynd J. Infection control procedures among New Zealand general practitioners: changes since the emergence of HIV infection. *J. R. Coll. Gen. Pract.* 1.990; 40: 109-111.
196. Gallagher M, Foy C, Rhodes J, et al. HIV Infection and AIDS in England and Wales: general practitioners' workload and contacts with patients. *Br. J. Gen. Pract.* 1.990; 40: 154-157.
197. Lewis Ch.E, Montgomery KI. The AIDS-Related Experiences and Practices of Primary Care Physicians in Los Angeles: 1.984-1.989. *Am. J. Public Health* 1.990; 80: 1511-1513.
198. Taylor KM, Eakin JM, Skinner HA, Kelner M, Shapiro M. Physicians' perception of personal risk of HIV infection and AIDS through occupational exposure. *Can. Med. Assoc. J.* 1.990; 143: 493-500.
199. Commonwealth AIDS Research Grant Committee Working Party. Attitudes, knowledge and behaviour of general practitioners in relation to HIV infection and AIDS. *Med. J. Aust.* 1.990; 153: 5- 12.
200. Carretta RA, Mangione TW, Marson PF, Darmono SS. AIDS Education Practices Among Massachusetts Physicians. *J. Community Health* 1.990; 15: 147-162.
201. Larsen JH, Lassen L Ch, Münster K. HIV Infection and AIDS in Danish General Practice-The Role of the GP in AIDS Prevention. *Scand. J. Prim. Health Care.* 1.990; 8: 75-79.
202. Coverdale IH, Aruffo JF, Laux LF, Vallbona C, Thornby JI. AIDS, Minority Patients and Doctors: what's the risk? who's talking?. *S. Med. J.* 1.990; 83: 1.380-1.383.
203. Ferguson KJ, Stapleton JT, Helms Ch.M. Physicians' Effectiveness in Assessing Risk for Human Immunodeficiency Virus Infection. *Arch. Intern. Med.* 1.991; 151: 561-564.

204. Kurata JH, Lewis Ch.E, Chetkovich DM, Morton A, Werblun MN. AIDS in California Family Medicine Changing Experiences, Knowledge and Geographic Distribution. *J. Fam. Pract.* 1.991; 32: 155-159.
205. Bredfelt RC, Dardeau FM, Wesley RM, Vaughan BC, Markland L. AIDS: Family Physicians' Attitudes and Experiences. *J. Fam. Pract.* 1.991; 32: 71-75.
206. Gerbert B, Maguire BT, Bleecker T, Coates TJ, Mc. Phee SJ. Primary Care Physicians and AIDS, Attitudinal and Structural Barriers to Care. *JAMA* 1.991; 266: 2837-2842.
207. Gemson DH, Colombotos J, Elinson J, Fordyce EJ, Stoneburner R. Acquired immunodeficiency syndrome prevention: knowledge, attitudes, and practices of primary care physicians. *Arch. Intern. Med.* 1.991; 151: 1102-1108.
208. Hersh ES, Cromwell G, Ferentz KS, De Forgue B. HIV in Maryland. Experiences and Attitudes of Family Physicians. *Med. Care* 1.991; 29: 1051-1056.
209. Arredondo C, Coronado A, de la Fuente M, Luengo S. Actitudes sociales ante el SIDA entre el colectivo de trabajadores de salud. Repercusión sobre una población de toxicómanos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1990.
210. Rizzo JA, Marder WD, Willke RJ. Physician Contact With and Attitudes Toward HIV-Seropositive Patients. *Med. Care* 1990; 28: 251-260.
211. Richardson JL, Lochner T, Mc. Guigan K, Levine AM. Physician Attitudes and Experience Regarding the Care of Patients With Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and Related Disorders (ARC). *Med. Care* 1987; 25: 675-685.
212. Roderick P, Victor CR, Beardow R. Developing care in the community: GPs and the HIV epidemic. *AIDS Care* 1990; 2: 127-132.
213. Valdiserri RO, Maiatico Tama G, Ho M. A Survey of AIDS Patients Regarding Their Experiences With Physicians. *J. Med. Educ.* 1.988; 63: 727-728.
214. Kochen MM, Hasford JC, Jäger H, et al. How do patients with perceive their general practitioners? *Br. Med. J.* 1.991; 303: 1365-1368.
215. Bernstein CA, Rabkin G, Wolland H. Medical and Dental Student's Attitudes about the AIDS Epidemic. *Acad. Med.* 1.990; 65: 458-460.

216. Tesch BJ, Simpson DE, Kirby BD. Medical and Nursing Student's About AIDS Issues. *Acad. Med.* 1.990; 65: 467-469.
217. Ficarroto TJ, Grade M, Bliwise N, Irish T. Predictors of Medical and Nursing Students Levels of HIV-AIDS Knowledge and Their Resistance to Working with AIDS Patients. *Acad. Med.* 1.990; 65: 470-471.
218. Currey CJ, Johnson M, Ogden B. Willingness of Health-Professions Students to Treat Patients with AIDS. *Acad. Med.* 1.990; 65: 472-474.
219. Almaraz A, Martín JF, Castrodeza JJ, et al. Encuesta de SIDA a estudiantes de Medicina de Valladolid. Actitudes frente a medidas legales. I Reunión Nacional sobre el SIDA. Sevilla 19-21 Marzo de 1.992. *Pub. Of. SEISIDA* 1.992; 3: 159-160.
220. Castrodeza JJ, Martín JF, Almaraz A, et al. Encuesta de SIDA a estudiantes de Medicina de Valladolid. Conocimiento sobre mecanismos de transmisión en la infección VIH/SIDA. I Reunión Nacional sobre el SIDA. Sevilla 19-21 de Marzo de 1.992. *Pub. Of. SEISIDA* 1.992; 3: 161.
221. Calabrese LH. The Physician's Role in a Community-Based Effort Against the AIDS Epidemic. *Cleve. Clin. J. Med.* 1.987; 54: 473-474.
222. Hu DJ, Keller R, Fleming D. Communicating AIDS Information to Hispanics: The Importance of Language and Media Preference. *Am. J. Prev. Med.* 1.989; 5: 196-200.
223. Puig C, Hernández-Monsalve LM, Gervas JJ. Los enfermos crónicos reclusos en el domicilio y su repercusión en la familia: una investigación cualitativa. *Aten. Primaria* 1.992; 10: 550-553.
224. Bajo Garcia J, Garcia Garcia JA, Landa Petralanda V, Marijuan Arcocha L, Rodriguez Salvador JJ. Cuidado del enfermo terminal visto por el médico de familia. *Aten. Primaria* 1.990; 7: 538-546.
225. Hernando J, Iturrioz P, Toran P, Arratibel I, Arregui A, Merino M. Problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Aten. Primaria* 1.992; 9: 133-136.
226. CDC. Update: Universal Precautions for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B Virus and Other Blood Borne Pathogens in Health-Care Settings. *MMWR* 1.988; 37: 377-388.

227. CDC. Update: Transmission of HIV Infections During Invasive Dental Procedures-Florida. *MMWR* 1.991; 40: 377-381.
228. Orentlicher D. HIV-Infected Surgeons: *Behringer v. Medical Center*. *JAMA* 1.991; 266: 1134-1137.
229. Gostin LO. Public Health Strategies for Confronting AIDS. Legislative and Regulatory Policy in the United States. *JAMA* 1.987; 261: 1621-1630.
230. Dickens BM. Legal limits of AIDS confidentiality. *JAMA* 1.988; 259: 3449-3451.
231. Anónimo. SIDA: prevención, normativa y prostitución. *Lancet (ed. esp)* 1.989; 15: 245-247.
232. Harris M. La cultura norteamericana contemporanea. Una visión antropológica. Alianza Editorial. Madrid, 2ªed. 1.985.
233. Dardick L, Grady KE. Openess between gay persons and health professionals. *Ann. Intern. Med.* 1.980; 93: 115-119.
234. Brandt AM. AIDS in Historical Perspective: Four Lessons From the History of Sexually Transmitted Diseases. *Am. J. Public Health.* 1.988; 78: 367-371.
235. Henry K. Setting AIDS Priorities: the Need for a Closer Alliance of Public Health and Clinical Approach toward the Control of AIDS. *Am. J. Public Health* 1.988; 78: 1210-1212.
236. Friedland GH, Klein RS. Transmission of the human immunodeficiency virus. *N. Engl. J. Med.* 1.987; 317: 1125-1134.
237. Soriano V, Tor J, Muga R, Ribera A. Marcadores serológicos en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med. Clin. (Barc)* 1.989; 92: 190-197.
238. Soriano V, Tor J, Ribera A, Clotet B. Diagnóstico de la infección por retrovirus humanos mediante técnicas de amplificación/hibridación de ácidos nucleicos. *Med. Clin. (Barc)* 1.990; 7: 262-264.
239. Henry K, Maki M, Crossley K. Analysis of the Use of HIV Antibody Testing in a Minnesota Hospital. *JAMA* 1.988; 259: 229-232.

240. Henry K, Willenbring K, Crossley K. Human Immunodeficiency Virus Antibody Testing. A Description of Practices and Policies at US Infectious Disease-Teaching Hospitals and Minnesota Hospitals. *JAMA* 1.988; 259: 1819-1822.
241. Eickhoff TH. Hospital Policies on HIV Antibody Testing. *JAMA* 1.988; 259: 1861-1862.
242. Henry K, Thurn J. HIV Infection in health care workers. *Postgrad. Med.* 1.991; 89: 30-38.
243. Gerberding JL. ¿Como reducir el riesgo ocupacional de infección por el VIH? *Hosp. Pract.* (ed. esp.) 1.991; 6: 31-41.
244. Jeffries DJ. Zidovudine after occupational exposure. *Br. Med. J.* 1.991; 302: 1349-1351.
245. Anónimo. Vigilancia Epidemiológica del SIDA/VIH. Registro Regional de Inoculaciones Accidentales (VIH) en personal sanitario de la CAM. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid. Informe N° 12. Octubre 1.993.
246. Cleary PD, Barry MJ, Mayer KH, et al. Compulsory Premarital Screening for the Human Immunodeficiency Virus. Technical and Public Health Recommendations. *JAMA* 1.987; 258: 1757-1762.
247. Turnock BJ, Kelly CJ. Mandatory Testing for Human Immunodeficiency Virus. The Illinois Experience. *JAMA* 1.989; 261: 3415-3418.
248. Greenblatt RM, Lukehart SA, Plummer FA, et al. Genital ulcerations as a risk factor for human immunodeficiency virus infection. *AIDS* 1.988; 2: 47-50.
249. Quinn TC, Glasser D, Cannon RO, et al. HIV Among Patients Attending Clinics for Sexually Transmitted Diseases. *N. Engl. J. Med.* 1.988; 318: 197-203.
250. Papin J, Plummer FA, Brunham RC, et al. The interaction of HIV infection and other sexually transmitted diseases: an opportunity for intervention. *AIDS* 1.989; 3: 3-9.
251. Lewis HJ. Acquired Immunodeficiency Syndrome. State Legislative Activity. *JAMA* 1.987; 258: 2410-2414.
252. Des Jarlais DC, Friedman SR, Hopkins W. Risk reduction for the acquired immunodeficiency syndrome among intravenous drug users. *Ann. Intern. Med.* 1.985; 103: 755-759.

253. Van Giensven GJP, de Uroome EMM, Gousmit J, Coutinho RA. Changes in sexual behaviour and the fall in incidence of HIV infection among homosexual men. *Br. Med. J.* 1.989; 298: 218-221.
254. Estebanez P, Sarasqueta C, Fitch K, et al. Prevalencia de VIH-1 y otras enfermedades de transmisión sexual en prostitutas españolas. *Med. Clin. (Barc)* 1.992; 99: 161-167.
255. Feldblum PJ, Fortney JA. Condoms, Spermicides, and the Transmission of Human Immunodeficiency Virus: A Review of the Literature. *Am. J. Public Health* 1.988; 78: 52-54.
256. Parry A, Seymour H. AIDS and female prostitution. Developing strategies. *Health Educ. J.* 1.987; 46: 71-73.
257. CDC. Human Immunodeficiency Virus Infection in the United States: A Review of Current Knowledge. *MMWR* 1.987; 36 (suppl. no s-6).
258. Meyer KB, Pauker SG. Screening for HIV: Can We Afford the False Positive Rate? *N. Engl. J. Med.* 1.987; 317: 238-241.
259. WHO. Regional Office for Europe. HIV Seropositivity and AIDS Prevention and Control. Report of a WHO meeting. Moscow 14-17 March 1.989. Copenhagen 1.989.
260. Plan Nacional sobre el SIDA. Criterios que deben presidir la detección de marcadores serológicos de la infección por VIH. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1.992 (ejemplar mimeografiado).
261. WHO. Tabular information on legal instruments dealing with HIV Infection and AIDS. WHO/GPA/HLE/92.1. Geneva. June 1.992.
262. Moatti JP, Manesse L, Le Gales C, Pages JP, Fagnani F. Social perceptions of AIDS in the general public: A French study. *Health Policy* 1.988; 9: 1-8.
263. Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas sobre el SIDA. Subcomité de Asistencia y Formación. Ordenación de servicios para la atención sanitaria al paciente con infección por el VIH (ejemplar mimeografiado). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Junio 1.993
264. Instituto Nacional de la Salud. Circular nº6/93 de 6 de Agosto de 1.993 sobre la creación de un Coordinador de VIH/SIDA.

**ADDENDUM** (Bibliografía referida al tema del estudio publicada a partir de 1.991, una vez realizada nuestra investigación por encuesta. Búsqueda realizada en *Medline* mediante cd-rom hasta el disco óptico que incluye de Enero a Mayo de 1.994).

265. Baumgartner TF, Hagar-Mace L, Dabney S. HIV/AIDS in Missouri: An Assesment of Physician Attitudes and Practices. *Mo. Med.* 1.991; 88: 28-31.

266. Calabrese LH, Kelley DM, Cullen RJ, Locker G. Physician' Attitudes, Beliefs, and Practices Regarding AIDS Health Care Promotion. *Arch. Intern. Med.* 1.991; 151: 1157-1160.

267. Massari V, Fagnani F, Landman R, Valleron AJ. Prevalence of HIV infection and cost of medical follow-up for asymptomatic seropositive patients followed in general practice in France. *Health Policy* 1.991; 19: 159-166.

268. Abadie R, Hoffman E. Physician Practices and Attitudes on HIV-Related Issues. *J. La. State Intern. Med.* 1.992; 144: 283-288.

269. Montgomery K, Lewis ChE. AIDS-Related Educational Preparation and Needs of United States and Foreign Medical School Graduates Providing Primary Care in Los Angeles. *Med. Care* 1.991; 29: 926-931.

270. Gallop RM, Lancee WJ, Taerk G, Coates RA, Fanning M, Keatings M. The knowledge, attitudes and concerns of hospital staff about AIDS. *Can. J. Public Health* 1.991; 82: 409-412.

271. Mc. Cance KL, Moser R. Jr, Smith KR. A survey of physicians' knowledge and application of AIDS prevention capabilities. *Am. J. Prev. Med.* 1.991; 7: 141-145.

272. Dworkin J, Albrecht G, Cooksey J. Concern about AIDS among hospital physicians, nurses and social workers. *Soc. Sci. Med.* 1.991; 33: 239-248.

273. Simon T, Csepe P, Lepes P, Bors J, et al. Changes in the knowledge and attitude of physicians and health professionals in relation to AIDS during 1988-1990. *Orv-Hetil* 1.991; 132: 1193-1194, 1197.

274. Cheng H. Survey on knowledge and attitudes on AIDS among administrative and medical staff and policemen. *Chung-hua-Liu-Hsing-Ping-Hsueh-Tsa-Chih.* 1.991; 12: 75-78.

275. Storosum JG, Sno HN, Schalken HF, et al. Attitudes of health-care workers towards AIDS at three Dutch hospitals. *AIDS* 1.991; 5: 55-60.

276. Frolov AF, Kobyscha IuV, Shabarova ZA, Kostenich TL. Medical workers and AIDS: the attitude to the problem. *Vrach-Delo* 1.992; 7:101-105.
277. Shapiro MF, Hayward RA, Guillermot D, Jayle D. Residents Experiences in, and Attitudes Toward, the Care of Persons with AIDS in Canada, France, and the United States. *JAMA* 1.992; 268: 510-515.
278. Minué S, Sellés B, Bastos JA, Agra Y, Ortiz H, González F. Encuesta sobre atención a pacientes VIH+ a profesionales de atención primaria de Madrid. IX Congress of the European Bureau of Community Health Practice and VIII Meeting of the Castilla-Leon Society for Family and Community Health. Libro de resúmenes. Salamanca. 1.992: 296-297.
279. Thomas Mulet V, Pareja Bezares A, Vidal Thomas C, Llobera Canaves J, Iranzo Navarro I, Forn Rambla MA. Los profesionales de la Atención Primaria frente al SIDA: conocimientos, actitudes y opiniones. IV Congreso Internacional del Centro Internacional para la Medicina Familiar. Libro de resúmenes. Sevilla 1.992: 212.
280. Maria Velasco AJ. Knowledge, attitudes and perceived needs of general practitioners towards HIV infection. IV Congreso Internacional del Centro Internacional para la Medicina Familiar. Libro de resúmenes. Sevilla 1.992: 138.
281. Fazekas C, Diamond M, Mose JR, Neubauer AC. AIDS and Austrian physicians. *AIDS Educ. Prev.* 1.992; 4: 279-294.
282. Santana RT, Monzon OT, Mandel J, Hall T, Hearst N. AIDS education for hospital workers in Manila: effects on Knowledge, attitudes, and infection control practices. *AIDS* 1.992; 6: 1359-1363.
283. Biddlecom AE, LeClere FB, Hardy AM, Hendershot GE. National study of knowledge of AIDS, testing patterns, and self-assessed risk among health care workers. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 1.992; 5: 1131-1136.
284. Ryan JG, Aday LA, Hansel NK, Oser GT, Clasen ME. Family Physician attitudes about HIV screening. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 1.992; 5: 835-840.
285. Hayward RA, Weisfeld JL. Coming to terms with the era of AIDS. Attitudes of Physicians in U.S Residency Programs. *J. Gen. Intern. Med.* 1.993; 8: 10-18.
286. Anónimo. Discurso del personal sanitario de la CAM en torno a la infección por el VIH/SIDA. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Documentos Técnicos de Salud Pública nº11. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid. Madrid 1.993.

287. Henry K, Sullivan C, Campbell S. Deficits in AIDS/HIV knowledge among physicians and nurses at a Minnesota public teaching hospital. *Minn. Med.* 1.993; 76: 23-27.

288. Samuels ME, Shi L, Stoskopf CH, Richter DL, Baker SL, Sy FS. Incentives for physicians to treat HIV-seropositive patients: results of a statewide survey. *South Med. J.* 1.993; 86: 403-408.