

## Exceso de información y déficit de conocimiento: un desequilibrio “perjudicial para la salud”

## Information overload and knowledge deficit: an imbalance “harmful to health”

Rosa M.<sup>a</sup> Añel Rodríguez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud Landako (Durango), Organización Sanitaria Integrada Barrualde-Galdakao, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, España

### Resumen

El impacto de los medios de comunicación en la opinión pública y la facilidad de acceso a la información, gracias a internet y a las nuevas tecnologías, han desplazado a los profesionales sanitarios como fuente principal de información sanitaria. Las expectativas de la ciudadanía respecto al sistema sanitario también han cambiado a la vez que la relación médico-paciente, al perfilarse el paciente como un agente más informado, demandante y exigente. Analizamos los factores que han abocado a la actual situación de desconfianza y desprestigio de las que nunca debieron dejar de ser las principales fuentes de información sanitaria: los profesionales y organizaciones sanitarias, en colaboración con los medios y profesionales de la información.

Palabras clave: Salud; Educación sanitaria; Medios de comunicación; Infodemia; Atención Primaria; Salud Pública.

### Abstract

The impact of the media on public opinion and the ease of access to information, thanks to the Internet and new technologies, have displaced health professionals as the main source of health information. Citizens' expectations regarding the health system have also changed at the same time as the doctor-patient relationship, with the patient emerging as a more informed, consumer and demanding agent.

We analyze the factors that have led to the current situation of prestige mistrust and loss of those who should never have ceased to be the health information main sources: health professionals and organizations, in collaboration with the media and information professionals.

Key words: Health; Health education; Mass media; Infodemic; Primary Care; Public Health.

**H**ace tiempo que los profesionales sanitarios hemos dejado de ser la principal fuente de información sanitaria, ni siquiera la más valorada. Entre los diversos hechos que han conducido a esta situación destacan dos tipos de factores. El primero, relacionado con el impacto de los medios de comunicación en la opinión pública y la revolución de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). El segundo, en gran medida consecuencia del primero, tiene que ver con la evolución en las creencias y expectativas de la ciudadanía, y con los cambios en la relación médico-paciente, al perfilarse el paciente como un agente informado —correcta o incorrectamente, pero informado, al fin y al cabo— y, cada vez más, como un paciente demandante y, en cierto modo, consumidor de servicios sanitarios.

A continuación, se detalla la influencia de todos estos factores en la actual situación de desconfianza y desprestigio de las que nunca debieron dejar de ser las principales fuentes de información sanitaria: los profesionales y las organizaciones sanitarias, en colaboración con los medios y los profesionales de la información.

## Impacto de las nuevas tecnologías de la información y comunicación

En su libro *“De la estupidez a la locura”*, subtítulo *“Crónicas para el futuro que nos espera”*, y también *“Cómo vivir en un mundo sin rumbo”*, el filósofo y escritor italiano Humberto Eco (1932–2016) nos confronta con los riesgos de un mundo cada vez más digitalizado, rico en información y en continua mutación. Su opinión de internet es ambivalente. Destaca sus ventajas, “Hoy, con Internet, podemos saber cosas que nuestros antepasados tardaban una vida en conocer”, sin ocultar la desconfianza que le suscitan aspectos sociales tales como la identidad, la democracia, la seguridad, la censura, la educación, la calidad de la información y el poder.

La revolución de internet va más allá de lo tecnológico: su implantación ha supuesto un antes y un después en la forma de comunicarnos, de relacionarnos y de acceder a la información. El ámbito sanitario no es ajeno a esta transformación, haciendo que nos susciten las siguientes preguntas:

- ¿Qué tipo de información sanitaria recibimos?, ¿sabemos interpretarla, contrastarla, aprovecharla?
- La facilidad de acceso a la información ¿nos ayuda como pacientes a tomar mejores decisiones?, ¿contribuye a mejorar nuestra salud?
- ¿La sobreinformación perjudica a la salud? Y, en tal caso, ¿de qué manera?, ¿cuáles son sus principales

efectos adversos?

- ¿Cómo influye la sobreinformación en la relación médico-paciente?
- ¿Qué impacto han tenido las nuevas TIC en la comunicación institucional?, ¿qué tipo de tratamiento hacen los medios de comunicación de la información sanitaria?

Si bien es cierto que el surgimiento de las TIC ha democratizado el acceso y la divulgación de la información, no lo es menos que el exceso de información desinforma. Lo acontecido durante la pandemia de COVID-19 es un paradigma de desinformación por intoxicación informativa.

El miedo a lo desconocido, la falta de evidencia científica sobre las medidas de prevención y de tratamiento de la infección COVID-19, las noticias sobre la escasez de recursos materiales y humanos para hacer frente a la pandemia, así como el flujo ininterrumpido de datos sobre la tasa de infectados y número diario de muertos, provocaron una enorme alarma social al inicio de la pandemia. La incertidumbre y el desconcierto generaron un bucle “demanda-oferta-consumo” de información que no hizo sino agravar aún más la situación. El torrente de noticias en torno a la pandemia, magnificado por el efecto catalizador de internet y de las redes sociales, terminó provocando una intoxicación informativa nunca vista.

Tanto es así que, en septiembre de 2020, la Organización Mundial de la Salud quiso poner el foco en los efectos negativos de la “sobr abundancia de información” utilizando el término “infodemia”, en referencia a “la información errónea y falsa que puede perjudicar la salud física y mental de las personas, incrementar la estigmatización, amenazar los valiosos logros conseguidos en materia de salud y espolear el incumplimiento de las medidas de salud pública, lo que reduce su eficacia y pone en peligro la capacidad de los países de frenar la pandemia”, llegando a afirmar que “la información incorrecta trunca vidas” (Organización Mundial de la Salud, 2020).

En este sentido, son también relevantes las aportaciones de diversos autores señalando que “Junto con el patógeno biológico, la pandemia por el virus SARS-CoV-2 trajo consigo otra virulencia: el de la información viral, tecnológicamente replicable a una escala social sin precedentes” (López, 2021, p. 293), o que “Esta pandemia ha puesto de manifiesto el nivel de confusión que se puede generar si solo se recibe y comparte la información pasivamente”, en referencia al riesgo de difundir noticias falsas, o informaciones incorrectas, y a

los peligros derivados de la facilidad y rapidez con la que se comparte la información a través de internet y de las redes sociales (Cajandilay & Peltroche, 2020, p. 101).

Con la declaración del estado de alarma en España, en marzo del 2020, los medios de comunicación convencionales —televisión, radio y prensa impresa—, cuyo consumo ya venía mostrando una tendencia descendente en los últimos años, se vieron sobrepasados por internet, la prensa digital y las redes sociales (Orús, 2022). Durante la pandemia las plataformas digitales han mantenido, incluso ampliado, las posibilidades de comunicación interpersonal y de trabajo en red —sin necesidad de desplazarse—, creando oportunidades hasta hace poco impensables y que han contribuido al auge en su uso. Pero no todo son ventajas, las TIC también tienen sus debilidades e, indudablemente, la facilidad de acceso a cualquier tipo de información se acompaña de efectos adversos (Morales, 2021).

Uno de los principales problemas de las plataformas digitales es que cualquiera puede alzarse como líder de opinión, experto en la materia, pseudoperiodista científico o cuasiprofesional sanitario, sin necesidad ninguna de acreditarse. Internet es la gran ventana al mundo donde cualquiera es creador de información. Basta tener cientos de seguidores para posicionar un producto mediocre, o falso, como trending topic.

La producción de noticias falsas, la manipulación de la información por lobbies o agentes que presionan para conseguir intereses particulares, una mayor visibilidad de los movimientos negacionistas y antivacunas, y la propagación de las pseudociencias, son algunos de los efectos adversos que más daño ocasionan en el ámbito de la salud pública. La divulgación a gran escala de todo tipo de contenidos —algunos sin base científica alguna, incluso carentes de lógica o de sentido común, otros intencionalmente creados para confundir o engañar— ejercen un efecto de desplazamiento de las fuentes oficiales o voces autorizadas, diluyendo los discursos de los expertos en la salud.

Así, cada vez resulta más complicado separar lo útil de lo superfluo en las redes sociales e internet, donde el exceso de ruido y todo tipo de interferencias contribuyen al caos informativo. La sobreabundancia de noticias, muchas veces contradictorias, y la diversidad de fuentes y canales de información han provocado que, paradójicamente, en la era de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, estemos peor informados que nunca.

## **Sobreinformación en un mundo insuficientemente formado**

Recibir mucha información no significa estar bien informado. Más bien ocurre lo contrario. El exceso de información limita o dificulta la capacidad de revisarla, de comprenderla y, sobre todo, de seleccionar aquella que necesitamos para tomar decisiones. La facilidad de acceso a la información sanitaria no siempre se acompaña de las habilidades necesarias para realizar una lectura crítica de la misma. Incluso para los profesionales sanitarios resulta complicado hoy en día evaluar la calidad de la información y la veracidad de sus fuentes (Bravo, 2021).

Frente a la multitud de medios y canales de información disponibles, y siendo los asuntos relacionados con la salud y la asistencia sanitaria un área que despierta gran interés, llama la atención la escasa dedicación de las organizaciones sanitarias e instituciones académicas y científicas a la planificación y desarrollo de acciones informativas dirigidas a la ciudadanía. Como si dirigirse a la opinión pública, liderar la información sanitaria de calidad, bloquear y contrarrestar noticias falsas, abordar asuntos de salud pública, promover hábitos saludables, etc., no fuera suficientemente relevante. Como si la educación sanitaria pudiera dejarse al libre albedrío o delegarse en “otros”, mientras “nosotros” —profesionales y gestores sanitarios— nos ocupamos de prestar la asistencia y de administrar los recursos, algo que, dicho sea de paso, es cada vez más difícil de hacer de forma eficiente, segura y equitativa.

Aquí radica una de las principales áreas de mejora: incorporar acciones de información, alfabetización y educación sanitaria a los planes estratégicos de las instituciones sanitarias. No hacerlo es un error porque, como se ha evidenciado durante la pandemia por COVID-19 —primera pandemia de la historia retransmitida al segundo por los medios de comunicación (Ramiro, 2020)—, cuando los agentes mejor preparados y más autorizados no ejercen un rol activo en la gestión de la información y comunicación, otros aprovechan ese espacio que queda descubierto para favorecer sus propios intereses.

Del mismo modo que hoy en día no hay empresa o institución que pueda prescindir de un sistema de gestión de calidad —entre otros motivos, porque la “no calidad” es cara—, las organizaciones sanitarias necesitan sistematizar la gestión de la información. Se trata de incorporar, en sus planes estratégicos, acciones de comunicación dirigidas a mejorar los conocimientos de la ciudadanía en cuestiones relativas a la salud, los autocuidados, y el uso racional y seguro de los recursos sanitarios.

## Cambios en el perfil de los pacientes y en la relación médico–paciente

En los últimos años la atención sanitaria se está transformando en un bien de consumo, y los pacientes en clientes (Añel, 2021). Apenas dos generaciones separan al “paciente obediente” del “paciente cliente”, que se muestra exigente y se comporta como consumidor de servicios sanitarios. Esta evolución tan poco aconsejable tiene mucho que ver con los cambios en las expectativas de la ciudadanía y el impacto de la información que se muestra en los medios, pero también es parte de cierto analfabetismo sanitario, consecuencia del déficit de formación y de cultura sanitaria.

La ciudadanía vive deslumbrada por los avances tecnológicos, la superespecialización y el hospitalocentrismo, lo que se refleja en las demandas de los pacientes. El perfil del “paciente cliente” es el de una persona con unas expectativas poco realistas sobre lo que el sistema sanitario puede y debe hacer por su salud, con un exceso de confianza en las innovaciones diagnósticas y terapéuticas, que busca información en los medios y cree saber lo que necesita. A menudo llega a la consulta demandando exámenes, pruebas, tratamientos o derivaciones a especialistas hospitalarios, con ideas preconcebidas que no siempre coinciden con lo que más necesita o le conviene, y demostrando poca confianza en los conocimientos técnicos y experiencia de los profesionales que le atienden.

Los profesionales sanitarios, muy especialmente los que trabajamos en Atención Primaria (AP), jugamos un papel esencial informando, asesorando y, sobre todo, adaptando la información a las características y necesidades de cada paciente: necesidades que son específicas, particulares y variables a lo largo de vida. Una labor ya de por sí complicada —cada vez más pacientes con enfermedades crónicas, pluripatológicos y polimedicados, en un sistema sanitario también cada vez más complejo, con escasez de recursos humanos y técnicos, y falta de tiempo para una atención segura y de calidad—, que la deriva hacia el consumismo sanitario complica todavía más.

En este contexto de “cuanto más, mejor”, referido al consumismo sanitario y la apetencia por la tecnificación y superespecialización de la asistencia, tan importante como determinar qué es lo que hay que hacer, es identificar lo que no hay que hacer, bien porque no aporte valor o bien porque su balance beneficio/riesgo sea desfavorable. Mientras que para el “paciente exigente” la idoneidad y calidad de la atención sanitaria tiene que ver con el cumplimiento de sus deseos y expectativas,

para los profesionales sanitarios y para el sistema es vital el uso seguro y eficiente de los recursos. Dicho de otro modo, los profesionales sanitarios no solo debemos ocuparnos de hacer lo que hay que hacer, y hacerlo de forma eficiente y segura, sino también de evitar hacer lo que no está indicado (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2015). Tanto para lo uno como para lo otro, hace falta tiempo: tiempo suficiente para una atención de calidad y segura a cada paciente.

En cuanto a la seguridad de la asistencia, en el ámbito sanitario ninguna acción está libre de riesgos, lo que, por un lado, complica aún más si cabe la labor de los profesionales, y por otro, hace más necesaria la adopción de medidas de información, sensibilización y educación sanitaria (Añel et al., 2019; Rodríguez & Añel, 2019).

En el mundo real, ni el paciente sabe siempre qué es lo que más le conviene, ni el sistema es siempre eficiente en la previsión y provisión de recursos. En medio de esta encrucijada, los profesionales sanitarios hemos de conciliar las necesidades y demandas de los pacientes con la gestión de los recursos. Unos recursos, constantemente insuficientes, entre los que se encuentran los propios profesionales y el tiempo de atención. La principal herramienta diagnóstica y terapéutica en AP es el tiempo de atención por paciente, tiempo que se ha visto gravemente mermado en los últimos años, al aumentar la carga asistencial.

Pacientes más exigentes, con expectativas poco realistas y demandas improcedentes; profesionales cada vez más sobrecargados, exigidos y cuestionados; exceso de información y ruido mediático; falta de liderazgo y déficit de gestión de la comunicación institucional por parte de las organizaciones sanitarias; escasa utilización de los medios para vehicular actividades informativas y educativas que mejoren el conocimiento y utilización del sistema y de los recursos sanitarios, etc. La confluencia de todos estos factores genera discrepancias entre lo que los pacientes esperan o desean, lo que los profesionales deben hacer y lo que el sistema puede ofrecer.

La sobreinformación y el déficit de cultura sanitaria conforman un tándem “perjudicial para la salud”: dificulta la participación efectiva de los pacientes, que demandan y consumen más servicios sanitarios, aunque realmente no los necesiten, y complica la labor de los profesionales, que nos vemos forzados a derrochar tiempo y esfuerzo para desmontar falsas creencias, informar y reorientar las demandas improcedentes o desatinadas de los pacientes.

Sobre la participación de los pacientes cabe señalar que participar no es difícil, lo difícil es participar de forma efectiva: disponer de la información necesaria, precisa y de calidad, y en el momento adecuado, para

decidir con conocimiento. Si algo caracteriza al ámbito sanitario, y a las intervenciones que se desarrollan en él, es la asimetría de la información. Por mucho que los profesionales tratemos de vencer estas dificultades, educar a los pacientes a título individual resulta una labor tan ardua como poco eficiente, máxime si se compara con el alcance y el potencial de los medios.

## **El caso de la Atención Primaria y su déficit de política de comunicación**

La forma más eficiente y equitativa de prestar asistencia sanitaria es la basada en una AP fuerte y resolutive, con cobertura universal (Starfield, 2001; Kringos et al., 2010). La atención centrada en la persona y no solo en la enfermedad, mantenida a lo largo del tiempo, integral, accesible y coordinada, ha demostrado tener un impacto positivo en la esperanza y calidad de vida (Pereira et al., 2018; Palacio, 2019), a la vez que contribuye a reducir las desigualdades socioeconómicas en el acceso a la atención sanitaria, amortiguando los efectos de la ley de cuidados inversos (Hart, 1971). Los resultados de estudios más recientes refuerzan la evidencia previa sobre el impacto de la longitudinalidad: mantener el mismo médico de familia durante muchos años, disminuye las visitas a urgencias, los ingresos hospitalarios y la mortalidad (Sandvik et al., 2021).

Con menos del 15% del total del presupuesto del Sistema Nacional de Salud, la AP gestiona y resuelve más del 80% de los problemas de salud de la población (Figura 1). A pesar del alto grado de eficiencia y de los beneficios probados para el conjunto del sistema sanitario, se constata una falta de inversión en el primer nivel asistencial (Ministerio de Sanidad, 2021). Los datos muestran el menoscabo presupuestario al que se ha sometido la AP en los últimos 15 años, respecto a la atención especializada hospitalaria, que resulta muy difícil de entender.

El hecho de no contar con una política de comunicación que visibilice y ponga en valor el trabajo de la AP, no es cuestión baladí. Como explica con una claridad meridiana Verónica Casado, reconocida como la mejor médica de familia del mundo en 2018, “el principal valor de la AP es lo que evita, y lo que evita no se ve. No se ven ni los infartos, ni los ictus, ni los suicidios, ni los cánceres que evita” (Casado, 2020). Del mismo modo que no se han visto las muertes por COVID-19 evitadas gracias a la asistencia temprana en el primer nivel (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2020), que no han salido en los medios porque no han llegado al hospital, donde llega todo lo que sí se ve, lo que sale en los medios y lo que sí se financia.

Si la situación de precariedad era ya muy preocupante

antes de la pandemia, dos años después de su inicio, el desgaste que la crisis sanitaria de la COVID-19 ha provocado en el primer nivel asistencial es tal, que el Foro de Atención Primaria —compuesto por ocho entidades y sociedades científicas— ha advertido sobre el riesgo de desaparición de la AP (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2022). Son muchos los aspectos sobre los que hemos de tomar conciencia para preservar la fortaleza de nuestro sistema de salud, basado en una AP resolutive, referente de calidad y eficiencia para otros países del mundo. A los ya mencionados cabe añadir, al menos, otros dos.

El primero, que invertir en salud es mucho más que invertir en el sistema sanitario. La inversión en el sistema se centra en la prestación de servicios sanitarios, moviliza y favorece el uso de recursos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, con un enfoque prioritario al abordaje de procesos agudos. La inversión en salud engloba las acciones de prevención y promoción de la salud, el desarrollo de actividades comunitarias, la integración sociosanitaria, y el tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con enfermedades tanto agudas como crónicas.

El segundo, que el impacto de la asistencia sanitaria en la salud de la población es mucho menor de lo que se cree: los factores socioeconómicos y medioambientales influyen más en la salud y en la esperanza de vida que los factores biológicos y los efectos del sistema sanitario (Dahlgren & Whitehead, 2006) (Figura 2). No obstante, de todas las intervenciones sanitarias, las promovidas y realizadas por AP son las que más beneficios aportan al conjunto de la sociedad y al propio sistema. AP es el recurso asistencial más próximo a quienes más lo necesitan: los colectivos socioeconómicamente más desfavorecidos, que no solo son los que soportan una mayor carga de enfermedad, sino también los que, desde el punto de vista cultural y educativo, tienen más dificultades para cuidar y mantener su salud, y los que se encuentran con más barreras para recibir asistencia (Añel, González & Rodríguez, 2021).

En nuestro país, si se compromete la accesibilidad a la AP, se compromete el acceso al sistema sanitario para la mayoría de la población, lo que perjudica más a quienes más lo necesitan. Por eso fortalecer y proteger el primer nivel asistencial no es solo una cuestión de eficiencia, sino también de justicia. Preservarlo es responsabilidad de todos y cada uno de los agentes involucrados, sin olvidar que los pacientes son, con diferencia, la parte más interesada. Para conseguirlo es primordial realizar pedagogía sanitaria, informando y comunicando a gran escala, al conjunto de la ciudadanía.



**Figura 1.** Datos de atención sanitaria en España.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social, 2019.

Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm>



**Figura 2.** Determinantes de la salud y modelo de producción de inequidades en salud de Dahlgren y Whitehead.

Fuente: Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2006). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Disponible en: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/103824/E89384.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf)

## Información y educación sanitaria. La responsabilidad ha de ser compartida

La invisibilización, la infravaloración y el desprestigio del trabajo que se realiza en AP es un caso paradigmático de déficit de información, educación y cultura sanitaria. La AP no ha contado con una política de comunicación que visibilice y ponga en valor el trabajo que realiza. Darlo a conocer es primordial, como también lo es sensibilizar a la ciudadanía acerca de lo que pasaría si el primer nivel asistencial desapareciera. Algo que podría suceder dada la preocupante situación en la que se encuentra actualmente (Martín, 2021; Añel & Palacio, 2022).

Lo lógico sería destinar más recursos a la educación en salud, al desarrollo de campañas de sensibilización para fomentar hábitos de vida saludables y acciones preventivas, y al empoderamiento del paciente y de las personas de su entorno para el manejo de procesos leves agudos y para el autocuidado y monitorización de procesos crónicos estables. La concienciación sobre el impacto de los factores socioeconómicos, más allá de las intervenciones sanitarias, en el cómputo global del estado de salud es vital para promover el uso responsable de los recursos sanitarios, adecuando las expectativas a la realidad, lo que requiere también potenciar la información de calidad y la educación sanitaria (Moncada, 2018).

Cada vez es más difícil identificar la información procedente de instituciones y organizaciones sanitarias, científicas y académicas, e incluso de periodistas especializados en la comunicación en salud. Desarrollar estrategias y programas de formación que ayuden a la ciudadanía a encontrar e interpretar la información sanitaria necesaria para mantener o mejorar la salud, y a seleccionar las fuentes de información fiables, es fundamental para evitar los efectos adversos de la sobreinformación en la salud, individual y colectiva, y en el propio sistema.

Lo acontecido durante la pandemia es un ejemplo de caos, desorientación y desatención informativa, con ausencia de discursos expertos y una fuerte tendencia a la politización de la comunicación científica (Añel & Rodríguez, 2020; Revuelta, Llorente, Gonzalo & Arévalo, 2021).

La gran influencia de los medios de comunicación —también llamados el “cuarto poder”, término atribuido al político y escritor Edmund Burke (Galán, 2014)— en las creencias y expectativas de la ciudadanía, poco realistas sobre lo que el ámbito sanitario puede aportar a la salud; la complejización del propio sistema, junto a la fascinación tecnológica; la actitud cada vez más demandante de los pacientes y su impacto en la relación

con los profesionales; los intereses cortoplacistas de políticos y gestores sanitarios, escasamente alineados con las necesidades de pacientes y profesionales; la falta de transparencia en la toma de decisiones y en la asignación de recursos; el déficit de cultura sanitaria, y la asimetría de la información, son factores que no solo coartan el potencial del primer nivel asistencial, contribuyendo a su debilitamiento y progresiva precarización, sino que determinan un uso inadecuado del conjunto del sistema sanitario.

Las soluciones para salir de la actual situación de alienación exigen respuestas armonizadas y la participación de todos los agentes implicados: responsables políticos, gestores sanitarios, organismos e instituciones científicas, medios de comunicación, profesionales sanitarios, pacientes y ciudadanía en general. Cuestiones, todas ellas, de las que es necesario escribir, publicar, divulgar, debatir e informar. Y en eso estamos.

### Agradecimientos

A mi colega y amigo Emilio Rodríguez Bilbao, fuente de inspiración continua, por sus valiosos consejos.

## Referencias bibliográficas

- Añel, R. (2021, 24 de junio). El paciente cliente y la calidad de la demanda. *Deia*. Recuperado el 28 de febrero de 2022 de: <https://www.deia.eus/opinion/tribuna-abierta/2021/06/24/paciente-cliente-calidad-demanda/1130794.html>
- Añel, RM. & Palacio, J. (2022). Atención urgente y en el día: cómo abordar los problemas causados por la sobrecarga de la Atención Primaria. *AMF*, 18(2), 94-102. Recuperado el 30 de marzo de 2022, de <https://www.amf-semfyc.com/web/article/3081>
- Añel, RM. & Rodríguez, E. (2020). La comunicación en la crisis del COVID-19: relato único, marco épico y relatos ausentes. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 293-303. doi: 10.20318/recs.2020.5423
- Añel, RM., González, MJ. & Rodríguez, E. (2021). *Modelo participativo de comunicación en salud: el caso del Centro Penitenciario Álava*. *Comunidad*, 23(1), 5. Recuperado el 30 de marzo de 2022, de <https://comunidad.semfyc.es/modelo-participativo-de-comunicacion-en-salud-el-caso-del-centro-penitenciario-alava/>
- Añel, RM., Rodríguez, E., Lecanda, J.J., Zaballa, P., Zavala, E., Piñera, K. & Peiró, E. (2019). Campaña de sensibilización ciudadana para promover

- la participación del paciente en su seguridad. *International Journal of Integrated Care*, 19(4). doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.s3302>
- Moncada, A. (2018). *La promoción de la salud y los medios de comunicación*. Recuperado el 27 de noviembre de 2022, de <https://www.easp.es/web/blogs/2018/05/15/la-promocion-de-la-salud-y-los-medios-de-comunicacion/>
- Bravo, R. (2021). *Los "spin doctors" y el maquillaje de los resultados de la investigación. Sano y Salvo. Blog de seguridad del paciente en atención primaria*. Recuperado el 28 de febrero de 2022, de <https://sano-y-salvo.blogspot.com/2021/05/los-spin-doctors-y-el-maquillaje-de-los.html>
- Cajandilay, E., & Peltroche, L. A. (2021). La «Infoxicación» en tiempos de pandemia: realidad y desafíos. *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque*, 6(4), 101-103. <https://doi.org/10.37065/rem.v6i4.507>
- Casado, V. (2020, 11 de mayo). La atención primaria, la gran olvidada de la sanidad pública. Cadena SER. Madrid. Minuto 07:54. Recuperado el 12 de marzo de 2022, de [https://cadenaser.com/programa/2020/05/11/hoy\\_por\\_hoy/1589187247\\_114292.html](https://cadenaser.com/programa/2020/05/11/hoy_por_hoy/1589187247_114292.html)
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Recuperado el 12 de marzo de 2022, de [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/103824/E89384.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf)
- Galán, J. (2014). Cuando el 'cuarto poder' se constituye en cuarto poder: propuestas. *Palabra Clave*, 17(1), 150-185. Recuperado el 27 de noviembre de 2022, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5243137>
- Hart, J.T. (1971). The Inverse Care Law. *The Lancet*, 297(7696), 405-412. doi: 10.1016/S0140-6736(71)92410-X
- Kringos, D.S., Boerma, W.G., Hutchinson, A., van der Zee, J. & Groenewegen, P.P. (2010). The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, 10, 65. doi: 10.1186/1472-6963-10-65
- López, F. (2021). De la pandemia a la infodemia: el virus de la infoxicación. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 66(242), 293-312. doi: <http://dx.doi.org/10.22201/fcyps.2448492xe.2021.242.79330>
- Martín, M. (2021, 28 de junio). Principales riesgos para una atención primaria de calidad. *Nuevatribuna.es*. Recuperado el 30 de marzo de 2022, de <https://www.nuevatribuna.es/articulo/actualidad/principales-riesgos-atencion-primaria-calidad/20210628194607189048.html>
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Estadística de Gasto Sanitario Público 2019: Principales resultados. Informe de la Unidad responsable de la Estadística de Gasto Sanitario Público*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Recuperado el 3 de marzo de 2022, de: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- Morales, M. (2021, 6 de octubre). Lejía para curar la covid, vacunas que matan y otros bulos que dejó la pandemia. *El País*. Recuperado el 22 de febrero de 2022, de <https://elpais.com/cultura/2021-10-06/lejia-para-curar-la-covid-vacunas-que-matan-y-otros-bulos-que-dejo-la-pandemia.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Gestión de la infodemia sobre la COVID-19: *Promover comportamientos saludables y mitigar los daños derivados de la información incorrecta y falsa*. Recuperado el 20 de febrero de 2022, de <https://www.who.int/es/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>
- Orús, A. (2022, 2 de febrero). Consumo diario de los diferentes medios de comunicación en España en 2021. *Statista.com Business Data Platform*. Recuperado el 20 de febrero de 2022, de <https://es.statista.com/estadisticas/491058/consumo-diario-de-medios-de-comunicacion-en-espana-por-tipo/>
- Palacio, J. (2019). Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente. *AMF*, 15(8), 452-459. Recuperado el 3 de marzo de 2022, de: [https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2506](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2506)
- Pereira, D.J., Sidaway, K., White, E., Thorne, A. & Evans, P.H. (2018). Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*, 8, e021161. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021161
- Ramiro, P. (2020, 20 de noviembre). El papel de los medios de comunicación en las pandemias, ¿información, miedo o prevención? *Euronews*. Recuperado el 27 de noviembre de 2022, de <https://es.euronews.com/2020/11/13/el-papel-de-los-medios-de->

comunicacion-en-las-pandemias-informacion-miedo-o-prevencion

Revuelta, G., Llorente, C., Gonzalo, C. & Arévalo, E. (2021). *Informe Quiral 2020: Evolución en la comunicación y la percepción de la pandemia de covid-19*. Fundación Vila Casas y Centro de Estudios de Ciencia, Comunicación y Sociedad. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona. Recuperado el 20 de marzo de 2022, de <https://ccs.upf.edu/wp-content/uploads/InformeQuiral2020.pdf>

Rodríguez, E. & Añel, RM. (2019). Campaña de sensibilización ciudadana en Seguridad del Paciente: Modelo de Plan de Comunicación. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 10(2), 206-217. doi: 10.20318/recs.2019.4606

Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J. & Hunskaar, S. (2021). Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours services: registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*, 72 (715), e84-e90. doi: 10.3399/BJGP.2021.0340

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (2015). *Recomendaciones NO HACER (2ª. Parte)*. Barcelona: semFYC ediciones. Recuperado el 18 de marzo de 2022, de <https://e-documentossemfyc.es/recomendaciones-no-hacer-2-a-parte/>

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (2020, 11 de abril). *La semFYC cuantifica en cerca de un millón los afectados por cuadro clínico COVID-19 en España, con más de 900.000 leves y sin test atendidos en Atención Primaria*. Recuperado el 27 de noviembre de 2022, de <https://www.semfyc.es/la-semfyc-cuantifica-en-cerca-de-un-millon-los-afectados-por-cuadro-clinico-covid-19-en-espana-con-mas-de-900-000-leves-y-sin-test-atendidos-en-atencion-primaria/>

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (2022, 9 de marzo). *El Foro de Atención Primaria advierte de que el primer nivel podría desaparecer si continúa la situación actual*. Recuperado el 18 de marzo de 2022, de <https://www.semfyc.es/foro-atencion-primaria-nota-prensa-marzo-2022/>

Starfield, B. (2001). *Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson Editorial.