

Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria

M.T. Cerdán Carbonero^a, R. Sanz López^b y C. Martínez Ramos^b

Objetivo. Analizar los resultados de una consulta de alta resolución (CAR) diseñada en el entorno de un programa de colaboración entre atención primaria (AP) y especializada (AE) para mejorar la comunicación entre niveles asistenciales y disminuir la demora de derivación y tratamiento quirúrgico de pacientes susceptibles de ser operados sin ingreso.

Diseño. Estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal.

Emplazamiento. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) del Hospital Clínico San Carlos y centros de salud del Área Sanitaria 7 de Madrid.

Participantes. Pacientes > 14 años con enfermedad quirúrgica de la pared abdominal, sinus pilonidal, tumores de partes blandas y proctología.

Intervención. Derivación directa de pacientes a la CAR de la UCMA desde los centros de salud según un protocolo consensuado y con el preoperatorio realizado. El paciente realiza la consulta quirúrgica, preanestésica e informativa el mismo día, y acude al hospital sólo una vez más para ser intervenido.

Mediciones principales. Cuantificación de los procesos, concordancia diagnóstica entre la AP y la UCMA, duración del circuito, número de desplazamientos e índice de sustitución de los procesos.

Resultados. Se ha remitido a 188 pacientes. El 68,7% presentaba enfermedad de la pared abdominal. La concordancia diagnóstica ha sido del 96%. La duración del circuito desde la derivación hasta la intervención se ha reducido en un 60% y los desplazamientos en un 66,6%. El índice de sustitución global ha sido del 12,6% (tabla 4).

Conclusiones. Sobre la base de los resultados obtenidos, destacamos las posibilidades del programa en cuanto a factibilidad en su realización, aceptabilidad y rentabilidad, mejorando la relación entre AP y AE y la calidad en la atención al paciente al disminuir el circuito asistencial.

Palabras clave: Atención primaria. Atención especializada. Cirugía sin ingreso. Derivación.

IMPROVING COMMUNICATION BETWEEN LEVELS OF HEALTH CARE: DIRECT REFERRAL OF PATIENTS TO A "ONE-STOP" SERVICE FOR MAJOR OUTPATIENT SURGERY

Objective. To analyze the results obtained with a "one-stop" specialty service designed as part of a collaborative program involving primary and specialized care in order to improve communication between levels of care and reduce the delay in referral and surgical treatment for patients eligible for outpatient surgery.

Design. Prospective, descriptive, longitudinal study.

Setting. Major Outpatient Surgery Unit of the Hospital Clínico San Carlos and health centers serving Health Area 7 in Madrid, central Spain.

Participants. Patients more than 14 years of age with a surgical condition involving the abdominal wall, pilonidal sinus, soft-tissue tumor, or proctological disease.

Intervention. Direct referral, with completed preoperative work-up, of patients from health centers to the Major Outpatient Surgery Unit of the Hospital Clínico San Carlos according to a protocol developed by consensus. The patient is seen on the same day for surgical work-up and anesthesia work-up, and is given preoperative information. Patients then make only one further visit to the hospital to undergo surgery.

Main measures. Number of patients with each diagnosis referred, diagnostic concordance between the health center and hospital, delay from referral to surgical treatment, number of trips made for different appointments, and referral rate.

Results. A total of 188 patients were referred. More than two thirds (68.7%) had an abdominal wall condition eligible for direct referral. Diagnostic concordance was 96%. The delay from referral until surgery was reduced by 60%, and the number of trips for appointments was reduced by 66.6%. The overall referral rate was 12.6%.

Conclusions. Because of its feasibility, acceptability, and cost-efficiency, the direct referral system has the potential to improve relations between primary and specialized care and enhance the quality of care by shortening the delay to treatment.

Key words: Primary care. Specialized care. Outpatient surgery. Referral.

English version available at
www.atencionprimaria.com/108.818

A este artículo sigue
un comentario editorial
(pág. 288)

^aMédico de Familia. Área Sanitaria 7 de Atención Primaria. Madrid. España.

^bUnidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Correspondencia:
María Teresa Cerdán Carbonero.
Riscos de Polanco, 2, 1.º B. 28035
Madrid. España.
Correo electrónico:
mcerdan.hcsc@salud.madrid.org

Manuscrito recibido el 26 de abril de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 4 de octubre de 2004.

Introducción

En la consulta de atención primaria (AP) se resuelven más del 90% de los problemas de salud de la población^{1,2}. Una de las funciones principales del médico de familia es la gestión de las derivaciones a atención especializada (AE) de ese pequeño porcentaje restante. Una derivación adecuada y ágil soluciona el problema en un breve espacio de tiempo y disminuye las visitas a urgencias. Esto no es siempre posible debido a la dificultad de comunicación³⁻⁵ y a la amplia burocracia entre la AP y la AE, que genera largas listas de espera.

En el caso de la cirugía general, que supone un 10,7% de las derivaciones^{2,4,6}, hemos detectado en nuestro ámbito de trabajo que un alto porcentaje de las enfermedades remitidas puede ser diagnosticado con facilidad por el médico de AP y que, además, estos procesos pueden ser tratados actualmente sin ingreso hospitalario. Añadido a esto, en la unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) donde, en nuestro medio, se interviene a estos enfermos, los pacientes demandan en sus encuestas de satisfacción la necesidad de una resolución más rápida de sus enfermedades. Por ello se planteó la puesta en marcha de una consulta de alta resolución (CAR) de cirugía sin ingreso, mediante la cual el paciente recibe todas las actuaciones que precise en un mismo día⁷⁻⁹. Los pacientes acceden tras ser remitidos directamente por sus médicos de AP, a fin de mejorar la comunicación AP-AE, proporcionar tratamiento quirúrgico a los pacientes que lo precisen en el menor tiempo posible y evitar desplazamientos. Esto incrementaría la calidad en la atención y facilitaría la reincorporación del paciente a su actividad habitual. El objetivo del estudio es analizar los resultados de la CAR de CMA diseñada en el entorno de un programa de colaboración entre AP y AE.

Pacientes y métodos

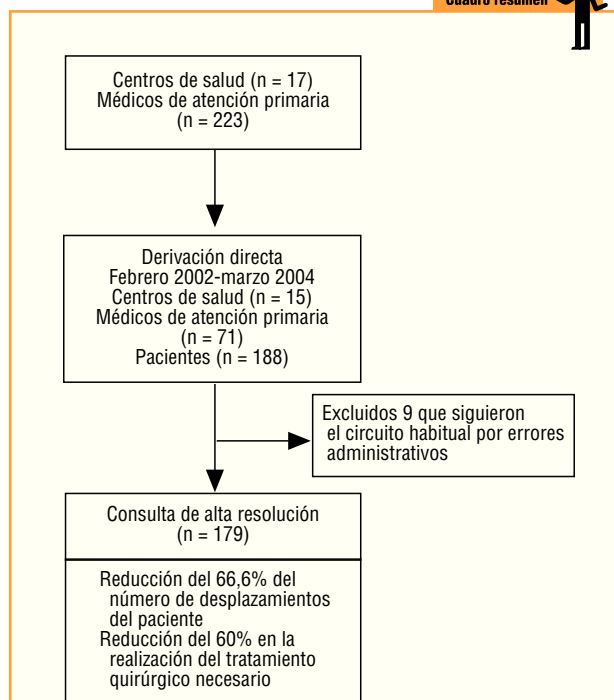
Se ha realizado un estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal con pacientes del Área Sanitaria 7 de Madrid. En el estudio se describe el funcionamiento de la CAR, desde su comienzo en febrero de 2002 hasta marzo de 2004. Se ha realizado en la UCMA del Hospital Clínico San Carlos con la participación de los centros de salud del área.

Puesta en marcha de la CAR

Antes de su comienzo, se mantuvieron reuniones preliminares entre la UCMA y la AP para consensuar el funcionamiento y los protocolos de derivación, con la Dirección y Gerencia de AP y una con el Consejo de Gestión. Con los médicos de AP se realizó una reunión informativa y 2 reuniones posteriores, cuando la CAR ya funcionaba, para informar sobre resultados, resolver dudas y valorar propuestas de inclusión de nuevas enfermedades.

Material y métodos

Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en el que se analizan los resultados de la implantación de un circuito alternativo de derivación de pacientes desde la atención primaria a la especializada mediante una consulta de alta resolución.

Selección de pacientes

Ha sido realizada directamente por los médicos de AP para las enfermedades reflejadas en la tabla 1 susceptibles de cirugía sin ingreso. Se definieron, además, criterios de inclusión y no inclusión que permitieran realizar este tipo de intervenciones (tabla 2). Para completar el protocolo de derivación se solicitó la realización, desde el propio centro de salud, de un estudio preoperatorio que incluyera analítica de sangre, radiografía de tórax y electrocardiograma, con el que el paciente acudiría al hospital el día de la consulta.

El paciente es citado directamente desde su centro de salud en la agenda de la CAR, donde será valorado por un cirujano de la UC-

TABLA 1

Enfermedades que se pueden derivar a la consulta de alta resolución para ser tratadas mediante cirugía sin ingreso

Enfermedades de la pared abdominal: hernia o tumoración de las regiones inguinocrural, umbilical, epigástrica y tumoración en cicatriz de laparotomía o eventración

Sinus pilonidal e hidrosadenitis

Tumores grandes de partes blandas

Enfermedades proctológicas: hemorroides de grados III y IV (en pacientes > 40 años previa realización de colonoscopia), fisuras y fístulas de ano

TABLA 2 Criterios de inclusión y exclusión de pacientes en la consulta de alta resolución

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Pacientes > 14 años	Coronariopatías con clínica en los últimos 6 meses
Riesgo anestésico ASA I (pacientes sanos) o ASA II (enfermedad sistémica leve o moderada controlada)	Pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales
	Obesidad mórbida
	Drogodependencia y etilismo
	Enfermedad psiquiátrica (a juicio del médico de atención primaria)

MA. Ese mismo día se realizará también la consulta preanestésica y se le dará la fecha de la intervención y la información para la realización de una cirugía sin ingreso. Así, el paciente sólo acude ese día al hospital, además del día de la intervención. También se remite un informe por correo interno a su médico de AP.

Variables del estudio

La variables que se estudiaron fueron: número de pacientes, edad, sexo y procedencia; grado de participación de los médicos de AP; cuantificación de los procesos remitidos y concordancia diagnóstica entre el médico de AP y el cirujano de CMA. Además, se valoraron el cumplimiento de los criterios de inclusión y no inclusión, la realización de pruebas preoperatorias, la duración del circuito y el número de desplazamientos realizados por paciente. También se determinó el índice de sustitución por enfermedades (pacientes atendidos en la CAR para una enfermedad/total de pacientes de CMA para esa enfermedad).

Resultados

Durante los 25 meses del estudio se ha remitido a 188 pacientes desde 15 de los 17 centros de salud del área. De éstos, el 95,2% ha sido visitado en la CAR, mientras que un 4,8% no acudió a la cita.

Han participado 71 médicos de AP (32% del total del área) de quienes el 53,5% ha remitido a más de 1 paciente.

La edad de los pacientes ha sido de $50,8 \pm 19,3$ años, con un 80% de varones. Las enfermedades remitidas se desglosan en la tabla 3. La concordancia diagnóstica entre AP y AE ha sido del 96%, si bien un 10% de los pacientes no cumplía con los criterios de inclusión o las enfermedades propuestas y tuvo que ser operado con ingreso de corta estancia o derivado a otras especialidades. Un 9% no aportaba el preoperatorio acordado.

En cuanto a la duración del circuito, los pacientes han tardado una media de $1,9 \pm 1,2$ meses en ser intervenidos desde su derivación por el médico de AP, frente a los 4,8 meses de espera media (60% de reducción) según el circuito habitual (fig. 1). No se ex-

TABLA 3 Procesos quirúrgicos de los pacientes atendidos en la consulta de alta resolución

Procesos	N.º pacientes	%
Enfermedades de la pared abdominal		
Hernias inguinocrurales	95	53,1
Hernias umbilicales	19	10,6
Hernias epigástricas	3	1,7
Eventraciones	6	3,3
Sinus pilonidal	33	18,4
Enfermedades proctológicas		
Hemorroides	5	2,8
Fisuras anales	3	1,7
Tumores de partes blandas	4	2,2
Otros diagnósticos	11	6,1

cluyen de los cálculos los períodos vacacionales de agosto, Navidad y Semana Santa, en los que la unidad permanece cerrada, ni las circunstancias personales de cada paciente que hayan introducido demoras en la intervención (enfermedad asociada, problemas familiares, etc.). El número de desplazamientos al hospital, incluido el realizado para la intervención, ha sido de 2, excepto en el 9% de pacientes que no aportaban los resultados del análisis preoperatorio, en los que ha sido de 4. Esto supone una reducción del

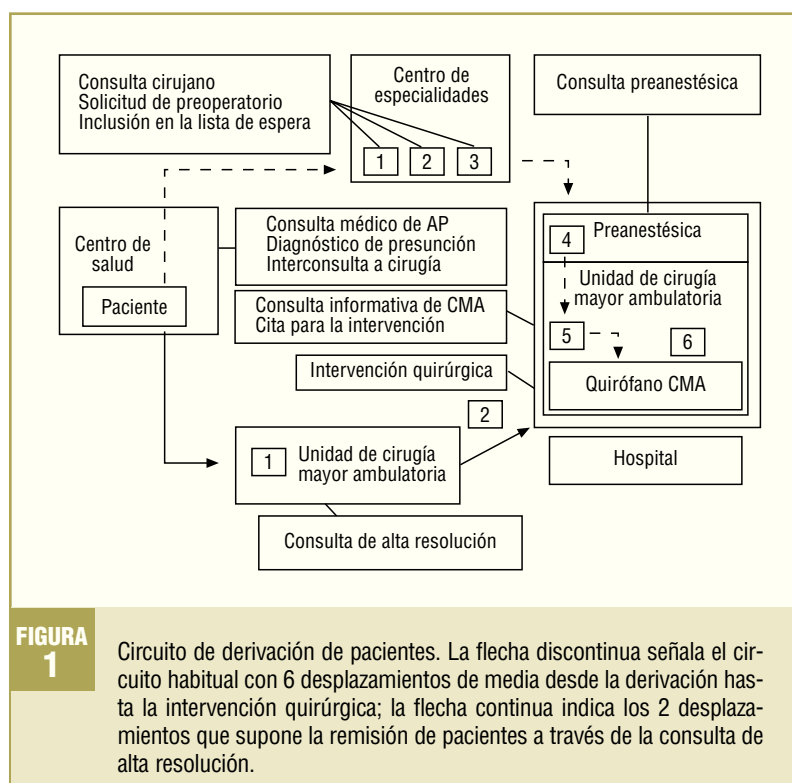


TABLA 4 Índice de sustitución de procesos procedentes de la consulta de alta resolución (CAR) con respecto a los procedentes del circuito habitual de pacientes

Procesos incluidos en la CAR	Intervenidos mediante CAR	Intervenidos mediante circuito habitual
Hernia inguinal	21%	79%
Hernia umbilical	13%	87%
Sinus pilonidal	8%	92%
Proctología	3%	97%
Otros	7,3%	92,7%

66,6 y del 33,3%, respectivamente, sobre los 6 desplazamientos habituales.

El índice de sustitución global ha sido del 12,6%. Los índices por enfermedades se resumen en la tabla 4.

Discusión

El modelo de CAR, también denominado «consulta única»¹⁰, se adapta a multitud de enfermedades que, por su prevalencia, justifican la implantación de estrategias para disminuir las demoras y facilitar a la población el acceso a la AE. Por ello, está siendo adoptado por hospitales y centros de especialidades en diferentes regiones⁷⁻¹².

En nuestro caso, lo que denominamos CAR no lo sería exactamente, pues las pruebas complementarias del preoperatorio no se realizan en el mismo día, sino que son solicitadas por el médico de AP y el paciente las aporta el día de la consulta; asimismo, por tratarse de enfermedades quirúrgicas, el tratamiento se pospone hasta la fecha de la intervención. La denominación apropiada sería la de «consulta directa»¹³, donde la forma de derivación de pacientes fomenta la relación AP-AE y disminuye el circuito asistencial en beneficio del paciente.

Mejora de la relación AP-AE

La relación se fomenta de 2 maneras muy claras. En primer lugar implica al médico de AP en el diagnóstico del paciente para procurar una derivación adecuada; por eso, la información que éste hace llegar al especialista es mayor que en las derivaciones habituales^{4,14}. En segundo lugar, al acortar el circuito de diagnóstico y tratamiento, la información generada se plasma fácilmente en un informe que no dará vueltas de consulta en consulta y que llegará en breve al propio médico de AP³, eslabón final del circuito. Habría que añadir que la propia satisfacción del paciente por haber sido atendido de manera ágil y encontrar su problema resuelto mejora la relación con el médico que en primer lugar procuró este servicio (su médico de AP) y disminuye el número de visitas por este problema durante

Discusión Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- En la práctica habitual hay una escasa comunicación entre la atención primaria y la especializada.
- Hay una amplia demora en el tratamiento quirúrgico de las enfermedades de cirugía sin ingreso desde su diagnóstico.

Qué aporta este estudio

- Mejora la comunicación entre niveles asistenciales mediante un circuito de derivación directa de pacientes a la atención especializada.
- Disminuye la demora en la recepción de tratamiento quirúrgico para determinadas enfermedades de cirugía sin ingreso.

la espera del tratamiento. La consecuencia es un aumento de confianza y un mejor clima en la consulta.

En nuestro estudio, la CAR ha abierto una vía de comunicación entre AP y AE comenzada por las reuniones preliminares para consensuar su puesta en marcha. A partir de aquí, y en parte gracias al conocimiento personal de los médicos que trabajan a uno y otro lado, la relación no se ha basado únicamente en el envío bidireccional de información de pacientes mediante correo interno sino que, además, se ha informado periódicamente del funcionamiento de la CAR y se han mantenido reuniones para la mejora del programa con la inclusión de nuevas enfermedades en una segunda fase. Las propuestas han procedido de los propios médicos de AP (como la derivación de 2 colelitiasis para ser intervenidas). Además, cualquier duda puntual se soluciona al instante por teléfono.

Mejora en la atención al paciente

La mejora más destacada obtenida por el paciente con este modelo de derivación es la disminución en la duración del circuito asistencial, es decir, el período que transcurre desde que el paciente es diagnosticado de la enfermedad hasta que es intervenido quirúrgicamente. Al disminuir el menor número de pasos para ese fin, se pasa de unos 5 meses de demora a algo menos de 2 meses (reducción del 60%) y, además, los desplazamientos al hospital son únicamente 2, el día de la CAR y el día de la intervención (reducción del 66,6%). En una gran ciudad como Madrid, donde los desplazamientos son largos (en ocasiones los pacientes han de tomar más de un medio de transporte para llegar hasta el especialista), el hecho de evitarlos repercute

de manera directa en la satisfacción del usuario. Si a esto añadimos las complicaciones sociolaborales que surgen de cada visita al médico, se agradece que éstas sean las menos posibles.

Un aspecto del estudio que ha resultado muy positivo es la elevada concordancia diagnóstica entre AP y AE, fruto de la implicación de los 2 niveles asistenciales en el programa desde su comienzo^{6,13,15}. Cabe destacar el esfuerzo de los médicos de AP para estudiar y diagnosticar a cada paciente e implicarse en la realización del preoperatorio, presionados como están por la demanda asistencial. La disponibilidad de un protocolo conciso de derivación por enfermedades y características de los pacientes y la resolución de dudas personalmente con los médicos de AP han facilitado esta tarea y los buenos resultados obtenidos.

Un aspecto que se debería mejorar es el grado de participación, que aumentaría los índices de sustitución; la finalidad es que todos los pacientes susceptibles de ser intervenidos sin ingreso accedan a la UCMA por esta vía. Otro reto es la inclusión de nuevas enfermedades. En este sentido, el programa sigue un proceso dinámico evolutivo en el que se van incluyendo procesos en respuesta a la demanda de los propios médicos de AP.

Como conclusión destacamos las posibilidades del programa en cuanto a la factibilidad de su realización, su aceptabilidad y su rentabilidad sobre la base de los resultados obtenidos, ya que mejora de forma manifiesta la calidad en la atención al paciente y la relación entre AP y AE. Este sistema puede aplicarse a gran número de pacientes debido a la prevalencia de las enfermedades que incluye y es exportable a otras especialidades médicas y quirúrgicas de otros entornos sanitarios.

Bibliografía

1. Cano JG, Medina E, Custardoy J, Pineda M, Orozco D, Quirce F. Impacto de una intervención sobre la lista de espera de especialidades médicas en un área de salud. *Aten Primaria*. 2002;30:549-55.
2. Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, Von Schrader S. Family physicians' referral decisions: results from the ASPN referral study. *J Fam Pract*. 2002;51:215-22.
3. Irazábal L, Gutiérrez B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria*. 1996;17:376-81.
4. García L, Gervas J, Otero A, Pérez M. El sistema de derivación. Estudio de las relaciones entre médicos generales y especialistas. *Rev Sanid Hig Pública*. 1994;68:267-78.
5. Forrest CB, Reid RJ. Prevalence of health problems and primary care physicians' specialty referral decisions. *J Family Pract*. 2001; 50:433-7.
6. Alonso JP. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gac Sanit*. 2000;14:122-30.
7. La nueva Unidad de Neumología Pediátrica de Virgen del Camino. Consultas de alta resolución. Disponible en: www.cjnavarra.es/salud/publicaciones/ESPEJO/N0420019.HTM
8. Puente Gutiérrez JJ, Rodríguez González FJ, Bernal Blanco E, Zambrana García JL. La consulta de alta resolución en aparato digestivo. *Rev Andaluza Patología Digestiva*. 2003;26:116-8.
9. Las consultas de alta resolución representan casi la cuarta parte de todas las nuevas que se atendieron en 2003. Disponible en: www.jccm.es/prensa/nota/.phtml?cod=7051
10. El hospital Reina Sofía se orienta hacia la consulta única. Disponible en: www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,166380,00.html
11. Diecisiete nuevos hospitales de alta resolución mejorarán la asistencia de un 13% de la población andaluza. Disponible en: www.andalucia24horas.com/textoLoc.asp?id=173123&prov=3&doc=35
12. La alta resolución precisa un cambio organizativo. Disponible en: www.diariomedico.com/sanidad/san190299comtris.html
13. Arroyo A, Andreu J, García P, Jover S, Arroyo MA, Fernández A, et al. Análisis de un programa de derivación directa entre atención primaria y especializada en pacientes potencialmente quirúrgicos. *Aten Primaria*. 2001;28:381-5.
14. Rubio V, Rodríguez ML, Sampredo E, Victores C, Alechiguerra A, Barrio JL. Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento de interconsulta. *Aten Primaria*. 2000;26:681-4.
15. Rodríguez G, Villar I. Concordancia diagnóstica entre atención primaria y atención especializada tras consulta urgente. *Aten Primaria*. 2000;25:22-30.

COMENTARIO EDITORIAL

¿Mejora la comunicación entre niveles asistenciales?

J. Cebrià Andreu

EAP Granollers Sud. ICS. Barcelona. España. Miembro de la plataforma 10 minutos.

Una comunicación fluida y de calidad depende principalmente de las posiciones previas de los interlocutores, y éstas, de sus actitudes, creencias y valores. La comunicación entre «niveles asistenciales» no es una excepción. Está muy condicionada por los supuestos que forman la cultura profesional en cada organización, tanto en la atención primaria (AP) como en la atención especializada (AE).

Una comunicación óptima no puede depender solamente de unos canales de información bien diseñados desde la Administración, sino que debe basarse en una excelente motivación que nace probablemente del conocimiento, el respeto y la confianza entre las partes involucradas.

En nuestro medio, sobre todo en la AP, esta cuestión preocupa desde hace años¹, aunque últimamente parece que ha sido desplazada por otras prioridades. Quizá hay un cierto desánimo al comprobar en el día a día que esta comunicación entre niveles mejora, pero a un ritmo tremendamente lento².

Esta lentitud deriva, en parte, de la dificultad de cambiar algunas maneras de pensar y actuar, perfectamente asentadas en los hábitos de la mayoría de profesionales. Por ejemplo, por el sólo hecho de hablar de comunicación «entre niveles», de forma sutil aceptamos creencias e imágenes asociadas a estas palabras. A la mayoría de nosotros, el concepto de niveles asistenciales nos proporciona una imagen piramidal, donde la AP está «abajo», en la base, y el hospital, «arriba», o peor aún, de un nivel hospitalario y otro «extrahospitalario». La idea de verticalidad de los niveles (la misma palabra ya invita a la jerarquía) pone a la AP en una situación difícil para conseguir una comunicación eficaz. Para que ésta lo sea de verdad tiene que ser simétrica, de igual a igual.

Algunas convicciones que conforman la cultura de cada institución, adquiridas de manera más o menos acrítica, condicionan fuertemente todo el proceso. Si están distorsionadas, los patrones de comunicación también lo estarán. Esta cuestión es de crucial importancia para entender el desencuentro frecuente entre la AP y la AE³.

La opinión más asumida entre una buena parte de los profesionales hospitalarios es que el hospital es el lugar donde se resuelven realmente los problemas de salud de los enfermos, donde están los verdaderos expertos en todo tipo

Puntos clave

- Una comunicación óptima debe basarse en una excelente motivación, que nace probablemente del respeto y la confianza entre las partes involucradas.
- El concepto de niveles asistenciales a la mayoría nos proporciona una imagen piramidal, donde la AP está «abajo», en la base, y el hospital, «arriba» o, peor aún, la visión de un nivel hospitalario y otro «extrahospitalario».
- Sólo el conocimiento personal y el trato habitual conducen al respeto y a la percepción de trato «inter-pares» y permite apreciar el valor del trabajo respectivo.
- Si no se consigue que todo profesional pueda desarrollar su trabajo con un mínimo de tranquilidad y dignidad, una comunicación en condiciones no será posible.

de enfermedades y donde hay un alto grado de resolubilidad, sólo entorpecido por la avalancha de gente «sin nada serio» que es remitida sin justificación alguna por los médicos de cabecera por clamorosa falta de preparación. En contrapartida, los médicos de AP en general opinan que los especialistas (los otros especialistas) tienen una visión de la medicina muy organicista, acumulan una lista de espera demasiado larga y distorsionan el perfil prescriptivo de los pacientes que tanto esfuerzo cuesta racionalizar. Además, la atención de los pacientes por especialidades no les permite comprender de manera integral al enfermo (tabla 1).

El resultado en este escenario sólo puede ser un clima de desconfianza mutua donde la AP es la perdedora, ya que no consigue ganar el estatus que le corresponde. A pesar de los enormes cambios acontecidos en la AP en las últimas décadas relacionados con la mejora de su calidad asistencial y científica, persiste la percepción extendida desde la AE de «los colegas de segunda categoría». Tendemos fácilmente a concentrarnos en los elementos más negativos del otro, obviando todo lo que es y hace de positivo. El resul-

TABLA 1 Posiciones previas de las que parten la atención especializada hacia la atención primaria, y viceversa

<i>Expectativas de la especializada respecto a la primaria</i>	<i>Expectativas de la primaria respecto a la especializada</i>
Poco competentes y resolutivos	Son de poca ayuda en casos complejos (multisistémicos y psicosociales)
Envían tonterías que ellos han de resolver	Distorsionan el perfil de prescripción
No cumplen con la verdadera función del médico, que es curar	Secuestro de pacientes interesantes
Los más torpes se quedan en la primaria	Funciona el contacto personal pero no hay tiempo material
<i>Paradigmas de la especializada</i>	<i>Paradigmas de la primaria</i>
Biomédico	Biopsicosocial
Orientado al episodio	Orientado a la continuidad y el seguimiento
Práctica defensiva	Trabajo con pocos recursos
Atención centrada en la enfermedad	Atención centrada en el paciente

tado es la desvalorización global, y esto tiene consecuencias en la calidad de la comunicación.

Sólo el conocimiento personal y el roce habitual conducen al respeto y a la percepción de trato «inter pares» y permite apreciar el valor del trabajo respectivo. Cuando los profesionales de AP demuestran su competencia y pueden explicar los paradigmas científicos con los que se guían, aumenta el respeto y la comprensión de los colegas hospitalarios. Y, viceversa, cuando los médicos de AP comprenden las dificultades de sus colegas en el hospital, se produce un movimiento de simpatía y respeto, sobre todo en los lugares donde hay más proximidad entre los 2 ámbitos. El artículo de María Teresa Cerdán muestra que el trabajo colaborativo entre AP y cirugía produce varios resultados interesantes, como la mejora de la atención de la calidad global del proceso asistencial, pero también el incremento de un capital valioso en términos de conocimiento y confianza mutua. En todas las experiencias en las que se lleva a cabo un aumento del contacto formal y/o informal entre los diferentes profesionales se consigue un progreso palpable de la comunicación y la colaboración.

Las reflexiones que se han hecho hasta ahora se suscitan de manera más o menos explícita desde hace más de 2 décadas⁴. Es preciso un cambio cultural en nuestro sistema sanitario, y esto requiere tiempo. Tiempo porque los cambios de esta índole son parsimoniosos. Pero también tiempo del día a día que permita liberar de las tareas asistenciales a los diferentes profesionales implicados con el fin de promover contactos entre ellos. La presión asistencial es tan grande en general que no quedan horas para facilitar las reuniones a este efecto. Ésa es, tal vez, una de las causas más importantes que explican esta lentitud en los avances de la lla-

mada comunicación entre niveles. Si el sistema sanitario no es capaz de facilitar que todo profesional hospitalario o comunitario pueda desarrollar su trabajo con un mínimo de tranquilidad y dignidad, así como un contacto periódico con sus colegas de referencia como parte de su labor, la posibilidad de una comunicación en condiciones es lejana. Sin duda, los medios informáticos y administrativos son muy necesarios, pero deben ir acompañados de la posibilidad de utilizarlos con eficacia. Un informe hecho apresuradamente desacredita al emisor y desmotiva al receptor a responderlo⁵.

Y ahí la paradoja. Tenemos profesionales en los 2 ámbitos que trabajan con un excelente nivel de competencia a pesar de la sobrecarga asistencial crónica, que se desconocen y, por ende, no se reconocen o se ignoran. Ante esto, sólo nos queda conocernos mejor y comprobar las ventajas.

Bibliografía

1. Gené Badia J. ¿El hospital, debe competir, dominar o compartir con la atención primaria? *Aten Primaria*. 1998;21:186-7.
2. Martín Zurro A. Compartir y coordinar la atención de los pacientes entre el hospital y la atención primaria: algunas propuestas prácticas. *Aten Primaria*. 2000;26:74-5.
3. Gómez Moreno N, Orozco Beltrán D, Merino J. Relación entre primaria y especializada. *Aten Primaria*. 1997;20:25-33.
4. Samfyc. Coordinación entre niveles asistenciales. Documento Oficial de la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria; 2003.
5. Irazabal Olabarrieta L, Gutiérrez Ruiz B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria*. 1996;17:376-81.