

recibida una muestra de los materiales diseñados para la pantalla, fue organizar una sesión dirigida a los trabajadores del centro de salud en la que se presentaron los objetivos de la campaña, los materiales que se iban a utilizar, el sistema de distribución de éstos y las actividades especiales. Como actividad especial, ya prevista por los organizadores de la semana, se organizó una mesa informativa para fumadores. Se situó en un punto estratégico de las zonas comunes del centro, muy cerca del área de admisión y zona de paso de la mayoría de usuarios y sus acompañantes. La mesa fue atendida a lo largo de la semana por médicos residentes y estudiantes de último curso de medicina, previamente adiestrados en los mensajes y materiales que debían proporcionar. Se mantuvo en actividad durante las horas centrales de la actividad del centro a lo largo de toda la semana, constituyéndose 2 turnos: 10-12 y 12-14 horas. La mesa estaba dotada de folletos para los pacientes diseñados por el GAT, así como dulces y caramelos. Como novedad hacia los usuarios del centro, la mesa disponía de un monitor de monóxido de carbono MICROS-MOKELYZER de último modelo, con dial de color y sonido con la intención de obtener este dato entre los fumadores que se acercaran. También se diseño una microencuesta que contenía la última versión del test de Fagerström y algunas características del hábito tabáquico y de los fumadores.

Antes de su puesta en marcha, se distribuyeron los carteles de la «semana sin humo» en las zonas estratégicas del centro y particularmente en torno a la mesa informativa. En las puertas de las consultas y en la mesa se colocaron carteles con el siguiente mensaje: «¿Es usted fumador? Conozca su nivel de monóxido de carbono.» Su objetivo era que los fumadores se interesaran por la mesa. El día 30 de mayo se organizó una rueda de prensa con participación de 2 miembros de la Sociedad Aragonesa de Medicina de Familia (samFYC) y del director gerente del Servicio Aragonés de Salud. El éxito fue notorio por la participación de los principales medios de la comunidad y fuerte repercusión en prensa escrita, radio y TV. Como consecuencia de ello, el día 31 se recibió una unidad de una cadena nacional de TV para filmación de la mesa y entrevista con los responsables, que fue emitida en los informativos de la comunidad.

A lo largo de la semana se obtuvieron datos de 144 fumadores que pudieron beneficiarse de los consejos y orientaciones de los profesionales que la atendían. De estos fumadores se lograron una serie de datos que vamos a resumir a continuación dado su potencial interés, asumiendo que no son extrapolables a la población general, pero sí al tipo de fumadores que acuden como pacientes (o acompañantes) a un centro de salud. De los 144 casos, un 50,7% era de sexo fremenino y el resto, masculino. En cuanto a la edad, el 62,5% tenía menos de 45 años y el resto igualaba o superaba esta edad. Del total, cerca del 30% eran varones de 25-44 años. En el grupo de menos de 25 años hubo el mismo número de fumadores en ambos sexos. En el grupo de fumadores de más de 65 años un 78% eran varones. En el 55% de los fumadores se obtuvo mediciones de CO por encima de 20 ppm. El 80% de las mediciones superiores a 40 ppm se obtuvo en varones. El 57% de los fumadores de más de 20 cigarrillos eran varones. Quizás el dato más interesante es que un 12% de los fumadores presentó altos niveles de dependencia ( $TF > 7$ ) y el 53% mostraba dependencia moderada ( $TF = 4-7$ ). Esto significa que en el 65% de los fumadores atendidos en la mesa había un importante componente de dependencia física de la nicotina. Esto significa que es muy importante la proporción de fumadores susceptibles de soporte profesional para dejar de fumar. En conclusión, podemos afirmar que el impacto de la «semana sin humo» ha sido alto en nuestro centro de salud y que se estima muy positiva la experiencia para repetirla y ampliarla en años venideros.

**A. Mas, M.J. Cuello, I. Torres y B. Toribio**

Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza.

1. Torres Lana A, Solbes Caro A. Semana sin humo. Ejemplos [editorial]. Aten Primaria 2000; 25 (8): 525.

## **El control de las listas de espera debe comenzar en atención primaria**

Derivación especialistas; Gestión; Listas espera.

**Sr. Director:** En estos momentos en los que tanto se habla de las listas de espera, queremos hacerle llegar una

reflexión al respecto, aportando algunos datos extraídos de nuestro equipo de atención primaria (EAP). Creemos, y a estos datos nos remitimos, que cualquier intento de control sobre estas listas puede y debe comenzar desde atención primaria.

A partir de datos recogidos del Área XI del INSALUD de Madrid (Unidad de Sistemas de Información), hemos realizado un análisis de la presión asistencial y del número de derivaciones a atención especializada de los pacientes vistos por un EAP a lo largo del mes de mayor presión asistencial del año 1999 (mes de enero) y los hemos comparado con los datos del mes de menor presión asistencial del mismo año (agosto). Para realizar dicha comparación, hemos filtrado y eliminado las revisiones autogeneradas por el especialista o el propio paciente.

Los datos obtenidos concuerdan con la sensación subjetiva que muchos tenemos: a mayor número de pacientes/día por profesional y menor tiempo de consulta por paciente, mayor número de derivaciones a especialistas.

Estos datos nos muestran que durante el mes de mayor presión asistencial se derivó un 6,37% del total de los pacientes atendidos, mientras que en el mes de menor presión asistencial el porcentaje de derivaciones fue del 4,30%. Esta diferencia significativa se hace más llamativa expresada en números absolutos: de haber derivado sólo el 4,30% de los pacientes que acudieron a consulta durante el mes de enero, se habrían producido 175 derivaciones menos a especialistas, 175 sólo en un mes y en un EAP.

Evidentemente, en el número de partes interconsulta influyen numerosas variables de las que no pretendemos realizar un análisis exhaustivo; tampoco afirmamos que esta diferencia en el número de derivaciones sea totalmente achacable al incremento de la presión asistencial. Sin embargo, creemos que es un dato lo suficientemente significativo como para confirmar la sensación de muchos médicos de atención primaria:

1. El aumento excesivo de la presión asistencial dispara la cifra de derivaciones a atención especializada. Por tanto, una forma de disminuir estas derivaciones, y con ello controlar las listas de espera, sería incrementar el tiempo medio de las consultas y disminuir el número de pacientes atendidos por día.

**2. El control de las listas de espera puede y debe realizarse fundamentalmente desde la atención primaria.**

**F.M. Fernández Navarro<sup>a</sup>,  
L. González Valcárcel<sup>b</sup>,  
G. Mora Navarro<sup>c</sup>  
y M. Navarro Molina<sup>d</sup>**

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Comillas. Área 11 del INSALUD. Madrid.

<sup>b</sup>Coordinador Médico. Centro de Salud Comillas. Área 11 del INSALUD. Madrid.

<sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Orcasitas. Área 11 del INSALUD. Madrid.

<sup>d</sup>Especialista Medicina de Trabajo.

## Comunicación informatizada entre un centro de salud y su hospital de referencia

Derivación especialistas; Gestión; Informática.

**Sr. Director:** La buena comunicación entre atención primaria y atención especializada es esencial para coordinar y dar continuidad al cuidado de los pacientes<sup>1,2</sup>. En general existen problemas en esta comunicación, sobre todo pobre calidad en la información, retraso en recibirla y, muchas veces, extravió en algún punto del circuito de derivación de pacientes. El mejor conocimiento del paciente por parte del médico de familia puede dar como resultado un número significativamente menor de pruebas complementarias y de hospitalizaciones innecesarias. Se está produciendo en los últimos años una paulatina introducción de la informática en la medicina, aunque de manera muy desigual según los países y los niveles asistenciales, siendo en atención primaria donde la informatización está siendo más lenta<sup>3</sup>. Es de suponer que la informática debe desempeñar un papel importante en la mejora de la comunicación entre ambos niveles. Desde mayo de 1995 se ha establecido una comunicación vía módem entre un ordenador personal del Centro de Salud Tudela-Oeste y la Red de Área Local del Hospital Comarcal del Área de Salud de Tudela (Navarra), el Reina Sofía, la cual gestiona las historias clínicas<sup>4,5</sup> y las exploraciones complementarias que se realizan en el área de salud. Mediante este sistema, desde nuestro centro de salud se puede obtener cualquier información clínica, en tiempo real, de los pacientes referidos al hospital (saber si están ingre-

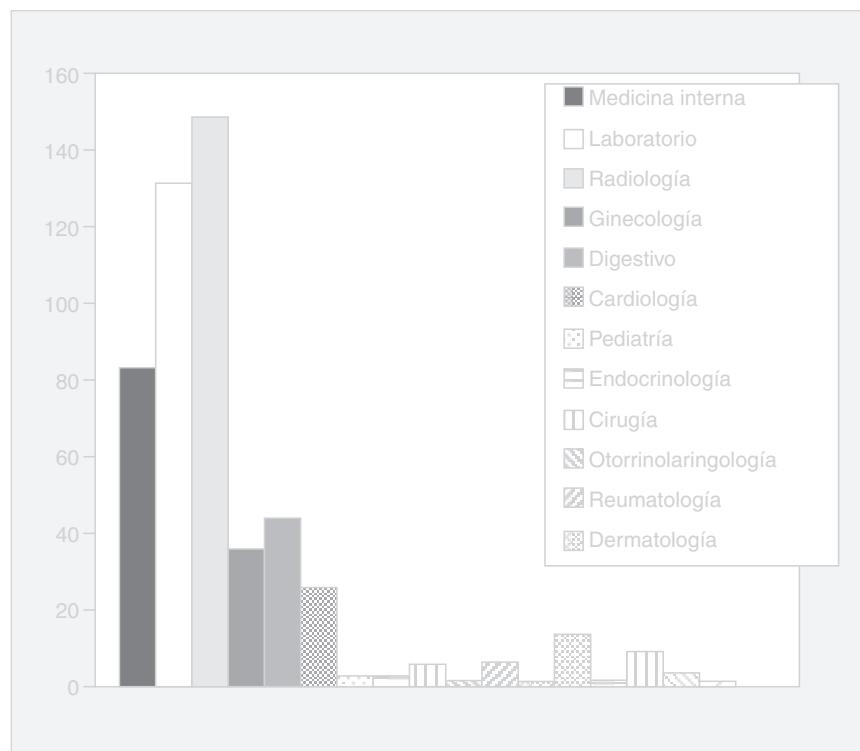


Figura 1. Número de consultas por servicio.

sados, consultar el informe de cualquier ingreso que hayan sufrido, consultar el resultado de cualquier prueba complementaria a la que hayan sido sometidos...). Además, dado que los servicios centrales de referencia son los del hospital, podemos obtener informes de laboratorio y radiología que hayamos solicitado a nuestros pacientes en el centro de salud. Se ha pretendido analizar la demanda de información médica solicitada por los médicos de familia de nuestro centro de salud al hospital comarcal de referencia, durante un período de 18 meses (desde mayo de 1996 hasta agosto de 1997, ambos inclusive).

Durante el período de tiempo de estudio, se han realizado un total de 523 consultas. La media mensual de consultas ha sido 29,06 (S = 16,44). La media de edad de las personas consultadas ha sido de 54,09 años (S = 19,43). Respecto al sexo, un 45,7% de las consultas se han efectuado a varones y el 54,3% a mujeres. Han utilizado el sistema los 5 médicos de familia del centro de salud. El médico que más ha consultado ha sido el que tiene instalado el ordenador en su consulta. Casi la totalidad de los pacientes consultados (93,7%) tenían abierta historia clínica informatiza-

da en el hospital. Los servicios más consultados han sido los «servicios centrales» (laboratorio y radiología) (fig. 1), seguido del servicio de medicina interna. La mayoría de las consultas realizadas se hicieron de pacientes en régimen ambulatorio (91,8%). Se ha consultado un total de 873 partes de la historia clínica (fichas) en las 523 consultas realizadas (1,66 fichas por consulta). Las partes de la historia que en más ocasiones se han encontrado tras ser consultadas han sido las correspondientes al resultado de pruebas complementarias. Si añadimos que éstas son las partes más consultadas, tenemos que a las pruebas complementarias van a corresponder las búsquedas más efectivas, en términos absolutos, por lo que cualquier sistema de comunicación debería asegurar el acceso por parte del médico de atención primaria a los resultados de las exploraciones de laboratorio y radiología de los pacientes. Un elevado porcentaje de búsquedas (67,5%) ha sido considerado por el médico que las ha realizado como «resolutivas» (una búsqueda se considera «resolutiva» cuando el médico que la realiza considera útil la información que ha encontrado), lo que supone que el