

## ¿Por qué esperamos?

E. Casariego Vales<sup>a</sup> y A. Louro González<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. <sup>b</sup>Centro de Salud de Cambre. Cambre. A Coruña.

El barómetro sanitario refleja cómo nos ven los ciudadanos. De los resultados de lo realizado en los últimos años se desprende que, en general, perciben que el sistema sanitario funciona bastante bien, aunque necesita algunos cambios. Valoran especialmente la competencia y el trato de sus profesionales así como el nivel tecnológico de los centros. Sin embargo, esta consideración cae drásticamente cuando se juzga la organización y los aspectos funcionales del sistema. Las demoras, tanto quirúrgicas como de atención en consultas o en la realización de pruebas complementarias son, desde hace años, los aspectos que concentran las peores valoraciones. Con respecto a las consultas de especialista, la percepción es tan negativa que es el único servicio donde los usuarios no muestran preferencia clara por el sistema público y se dividen, casi por igual, entre los que, de poder elegir, optarían por éste (46,19%) o por el privado (45,62%)<sup>1</sup>.

Los profesionales que trabajamos en el ámbito de las consultas no quirúrgicas en adultos (tanto en Atención Primaria como hospitalaria) compartimos plenamente esta valoración de los usuarios: el servicio podría funcionar mejor y es necesario introducir cambios. Somos muchos los que pensamos que gran parte de los problemas se originan porque su organización funcional es muy pobre o inexistente. De hecho, la coordinación entre niveles asistenciales sigue siendo un tema pendiente. A excepción de algunos intentos aislados de trabajo conjunto, «la ignorancia del otro» es la constante. Como consecuencia, la actividad de ambos niveles se ha venido desarrollando sin apenas interacciones y, sorprendentemente, sin urgencia por aunar esfuerzos. Por el contrario, es frecuente que en los niveles de gestión de la asistencia primaria y hospitalaria de una misma área sanitaria haya planteamientos autónomos de objetivos que, eso sí, afectan a ambos, sin reparar en las oportunidades de colaboración perdidas o en las repercusiones que provocan en el otro nivel. Las causas de esta desatención son múltiples y han sido analizadas en numerosas ocasiones<sup>2,3</sup>. La realidad es que el contacto entre profesionales es mínimo y hay escasa costumbre de transmitir toda la información clínica necesaria, que, además, suele ser de baja calidad<sup>4,5</sup>. Esta situación, además de la percepción negativa que provoca en los ciudadanos, repercute tanto en la eficiencia como en la equidad del sistema, por lo que debe necesariamente mejorarse. Aunque se han presentado algunas soluciones, ninguna de ellas se ha puesto en marcha de forma generalizada. Es más, varias propuestas se han quedado desfasadas antes de implantarse<sup>2</sup>. Sin embargo, existen numerosas iniciativas de profesionales que han abordado el problema en sus centros de trabajo, planteadas para resolver situaciones locales, heterogéneas y no siempre aplicables a otros lugares<sup>5-8</sup>. Aun así, todas

comparten un objetivo: establecer sistemas realmente efectivos de relación entre los profesionales de ambos niveles; y sus resultados conducen a una conclusión unánime: con estos sistemas y la realización conjunta de actividades de formación se pueden encontrar soluciones a los problemas en la continuidad de la atención<sup>9,10</sup>.

A pesar de la existencia de propuestas, de la evidente demanda social y de la necesidad profesional, hasta la fecha, nuestro sistema sanitario no acaba de encontrar una fórmula de trabajo que permita la coordinación de ambos niveles, ni ha puesto en marcha estudios que permitan conocer las posibilidades de implantación de las iniciativas existentes en otros lugares y valorar sus costes y resultados. Es difícil entender que no se haya iniciado la implantación, al menos a nivel de estudio piloto, de ninguno de los modelos de atención que han tenido éxito a nivel local.

Pensamos que debemos intentarlo; las consecuencias sólo pueden ser beneficiosas. El coste de implantación es relativamente bajo y, en cambio, es previsible una optimización importante de tiempo y medios. Proponemos un modelo cuyos componentes provienen de actuaciones ya experimentadas con éxito.

La coordinación no es posible sin el contacto personal y el establecimiento de circuitos de trabajo y rutinas conjuntas, a través de unidades realmente funcionales<sup>11</sup>. La relación estrecha, permanente y reglada entre el internista (generalista hospitalario) y el médico de Atención Primaria (MAP) (como generalista extrahospitalario) es un requisito lógico en la atención inicial a pacientes médicos en el segundo nivel asistencial<sup>8-10</sup>. La sistemática de trabajo ha de incluir agendas hospitalarias con zonas reservadas para pacientes remitidos desde Atención Primaria, encuentros programados en los centros de salud y en los hospitales con periodicidad establecida (por ejemplo cada 3 semanas) para discutir casos, realización de visitas compartidas o seguimiento<sup>12</sup>, continuidad personal en los contactos (mismo internista con los mismos MAP), facilidad de contacto telefónico y de comunicación mediante nuevas tecnologías, visitas de los MAP a sus pacientes ingresados, actividades docentes conjuntas con periodicidad y proyectos de investigación comunes<sup>9,12</sup>.

En un modelo como el nuestro donde el MAP, como responsable de los pacientes, realiza la valoración inicial, determina qué actuaciones o estudios han de realizarse y se encarga de su seguimiento, la comunicación con un único médico a nivel hospitalario debería simplificar la atención y mejorar su calidad. Los MAP podrían derivar todo tipo de problemas al especialista hospitalario que consideren más adecuado, como ya es habitual, pero nuestra propuesta añade a los canales existentes un acceso fácil y reglado donde poder incluir un amplio espectro de pacientes: desde los más

complejos hasta los que precisan consulta en menos de 24 horas. Con posterioridad, el internista puede distribuir entre las especialidades hospitalarias a aquellos pacientes con patologías más específicas.

Esta idea no es nueva y, de hecho, se ha utilizado en la concertación y resolución de consultas médicas generales (por ejemplo en consultas compartidas<sup>5</sup> y en consultas de alta resolución<sup>8</sup>) y también en el contexto de consultas monográficas (por ejemplo, en el proceso asistencial de atención al paciente pluripatológico del Servicio Andaluz de Salud<sup>13</sup>). Los dos primeros ejemplos citados han demostrado la efectividad de este tipo de consultas, tanto en la calidad de la asistencia prestada y el grado de satisfacción de los pacientes, como en la reducción del número de consultas<sup>5</sup>. Un sistema con comunicación estable favorece que el paciente se atienda en los centros de salud, reduciendo las revisiones hospitalarias<sup>11</sup>. Si bien en los sistemas de trabajo muy arraigados las resistencias al cambio son siempre grandes, creemos que una propuesta de este estilo es posible, no requiere grandes inversiones, se puede estudiar su eficacia con ensayos clínicos en la comunidad, es factible medir múltiples variables de respuesta en diferentes ámbitos y, de considerarse útil, es susceptible de cambios en su diseño o ejecución sin problemas.

Los sistemas de trabajo han de modificarse para adaptarse a las nuevas necesidades. En la actualidad nuestro sistema de derivación a consultas es manifiestamente mejorable. Sus deficiencias sobrecargan a otros servicios, la sociedad lo ve como el mayor problema de nuestro sistema sanitario y los profesionales conocemos tanto las deficiencias como las posibles soluciones. Por tanto, ¿a qué esperamos?

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barómetro sanitario. Información anual. [Consultado 01-04-2007] Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>
2. Alfaro M, Etreros J, Terol E, Rico F. Coordinación entre niveles asistenciales. En: Aguilera Guzmán M, coordinador. Atención Primaria en el INSALUD: diecisiete años de experiencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud; 2002. p. 240-60.
3. Linzer M, Myerburg RJ, Kutner JS, Wilcox CM, Oddone E, DeHoratious RJ, et al. Exploring the generalist-subspecialist interface in internal medicine. *Am J Med*. 2006;119:528-37.
4. García Pais MJ, Rigueiro Veloso MT, Rodríguez Ledo MP, Rodríguez Fernández C, Muriel A, Abaira V, et al. Análisis de la idoneidad de las interconsultas realizadas desde atención primaria a especialidades médicas hospitalarias. *SEMERGEN*. 2006;32:376-81.
5. Reyes Domínguez A, González Borrego A, Rojas García M, Montero G, Marín I, Lacalle JR. Los informes de alta hospitalaria médica pueden ser una fuente insuficiente de información para evaluar la calidad de la asistencia. *Rev Clin Esp*. 2001;201:685-9.
6. Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continua de Cádiz (GAMIC). La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia de la atención médica. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:46-52.
7. López Alcázar M, González Vargas F, Cassini Gómez de Cádiz L, Espejo Guerrero A, Solís Jiménez JM, Gómez Pozo B. Derivaciones desde atención primaria a neumología: influencia del modelo asistencial y especialización. *Aten Primaria*. 1994;14:881-6.
8. Galgo Nafria A, Martell Claros N, García Ruiz FJ, Abad Paniagua E, López Fady M, Fernández Pinilla C, et al. Análisis de la derivación de médicos de atención primaria a una unidad de hipertensión hospitalaria. *Aten Primaria*. 1997;19:296-300.
9. Zambrana JL, Ojeda B, Marín M, Almazán S. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a la consulta ambulatoria tradicional. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:302-5.
10. Grimshaw JM, Winkens RAG, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, et al. Intervenciones para mejorar las derivaciones de pacientes ambulatorios desde la atención primaria a la atención secundaria. (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus. Oxford: Update Software Ltd.; 2005:4. Disponible en: <http://www.update.software.com>
11. Kripalini S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007;297:831-41.
12. Pujol Farriols R, Corbella Virós X. El especialista en medicina interna como consultor en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:60-1.
13. Servicio Andaluz de salud. Atención al paciente pluripatológico: Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Consejería de Salud; 2002.