

**Documento Oficial de la Sociedad Asturiana de Medicina
Familiar y Comunitaria (samfyc) sobre**

Coordinación entre niveles asistenciales



Este documento ha sido elaborado por el grupo de trabajo sobre Coordinación entre niveles asistenciales de la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria (samfyc), compuesto por las siguientes personas:

Juan Enrique Cimas Hernando (coordinador)

Mikel Agúndez Basterra

Clavel Arce García

Álvaro Díaz Álvarez

Juan Ramón Fernández Nava

Isolina Rodríguez González

Antonio Salmerón Gutiérrez

Salvador Tranche Iparraguirre

Ignacio Vázquez de Prada González

José Antonio Vecino González

INDICE

<u>Introducción</u>	6
<u>Breve reseña histórica</u>	7
<u>Desarrollo Normativo de la Coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada</u>	9
<u>Tipos de relación con el nivel especializado</u>	10
<u>Situación actual: condicionantes y problemas</u>	11
<u>La decisión de la remisión al segundo nivel</u>	11
<u>Soporte de la comunicación: el “volante”</u>	12
<u>El proceso de citación</u>	14
<u>Primeras consultas y revisiones</u>	15
<u>La prescripción como forma de relación entre niveles</u>	17
<u>Las pruebas complementarias</u>	18
<u>Desconfianza entre atención especializada y atención primaria</u>	19
<u>Situaciones especiales</u>	20
<u>Inspección médica</u>	20
<u>Las Unidades Clínicas</u>	21
<u>PROPUESTA DE SOLUCIONES</u>	22
<u>Proceso de citas</u>	22
<u>Comunicación escrita: volantes</u>	22
<u>Coordinación atención primaria – atención especializada</u>	23
<u>Consultores en los centros de salud:</u>	23
<u>Sesiones clínicas conjuntas</u>	23
<u>Interconsulta telefónica:</u>	24
<u>Elaboración conjunta de protocolos y guías clínicas:</u>	24

Mejora de la confianza mutua AP – AE	25
Comisiones paritarias	25
Pruebas diagnósticas	25
La prescripción	26
La incapacidad temporal (IT)	27
Las Unidades Clínicas	27
CONCLUSION	28

Introducción

Clásicamente se ha señalado a la descoordinación entre niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada) como uno de los mayores problemas de nuestro sistema sanitario. Pero grande no significa irresoluble. Los profesionales integrados en la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria (samfyc) creemos que es posible superar esta situación con medidas eficaces y relativamente poco costosas.

El presente documento es fruto de un proceso de reflexión conjunta de varios médicos de familia encargados por samfyc de aportar posibles soluciones. Antes de comenzar, se establecieron algunas premisas que podrían permitir al documento ser algo más que otro tomo de buenas intenciones.

A pesar de ser un documento elaborado desde Atención Primaria (AP), creemos absolutamente necesario hablar y discutir con los compañeros de Atención Especializada (AE) en busca de objetivos comunes, y no contrapuestos, como muchas veces sucede hoy día. Desde AP nos planteamos ante cada nueva propuesta: ¿qué va a hacer, o que le interesa hacer, a la AE? Es obvio que a pesar de este ejercicio de abstracción, la mayor parte de nuestras propuestas vienen marcadas desde el punto de vista de los médicos de familia, pero siempre con la vista puesta en los problemas de los compañeros de AE.

Es necesario que las soluciones sean efectivas independientemente de quién las aplique; es decir, se trata de evitar que, en la medida de lo posible, el tipo de profesional influya en el sistema, o se minimice esa influencia.

Si logramos mejorar la comunicación, haciendo que la ésta circule fluidamente de manera bidireccional, mejorando la resolutiveidad y acortando los tiempos de espera, en definitiva, aumentando la calidad de la atención al ciudadano, estaremos en camino de aumentar el prestigio de nuestro sistema de salud, y por ende, el nuestro propio.

Breve reseña histórica

A principios del siglo XX, la medicina, como en general todas las ciencias, experimenta un enorme desarrollo merced al continuo avance de la investigación y el desarrollo de la tecnología. Sin embargo, los médicos trabajan prácticamente solos en sus gabinetes privados, con poca relación entre ellos. Los pacientes son atendidos ambulatoriamente o en sus propios domicilios, y los escasos centros de internamiento se utilizan como centros de beneficencia o para enfermedades específicas (leproserias, residencias para tuberculosos...). El trabajo en el hospital es visto por los profesionales como algo complementario a su labor principal, que es la consulta propia, que es la que da prestigio y dinero.

Tras la segunda guerra mundial, se hace evidente que la ingente cantidad de avances y de técnicas nuevas que se han introducido en la práctica médica en la primera mitad del siglo requieren de un lugar específicamente preparado para ellas: nace así el concepto moderno de hospital.

En España, como en el resto del mundo, comienza el auge de la tecnología médica, lo que lleva a que se requieran cada vez más profesionales con formación específica en los nuevos avances, dando pie al desarrollo de la especialización. A pesar de que la población aún percibe los hospitales como centros de beneficencia (motivo por el que los flamantes centros de la Seguridad Social que se van construyendo en los años sesenta se denominan “Residencias Sanitarias”), poco a poco crece el convencimiento de que la tecnología lo puede todo y el hospital se convierte en el centro del sistema sanitario.

Mientras, los antiguos médicos liberales son contratados a tiempo parcial para dar servicio a la población cubierta por la Seguridad Social en los ambulatorios, permitiéndoseles mantener sus consultas privadas y su trabajo en los hospitales. En esta situación, el trabajo en el primer nivel, con menor acceso a tecnología moderna, comienza a ser visto como algo poco apetecible por los profesionales, que se centran más en la faceta hospitalaria, y van abandonando las consultas de ambulatorio, dada la escasez de recursos económicos y diagnósticos.

En esta etapa, la atención ambulatoria se va deteriorando a un ritmo acelerado, hasta que en los años 70 la situación es desastrosa: masificación, dedicación a labores burocráticas, nula capacidad resolutive, mala relación médico-paciente, escasísima formación... Todas estas circunstancias

conducen a un fuerte desprestigio social y profesional de los médicos de cabecera. Tanto la población como la administración se vuelcan en los hospitales, donde están los profesionales que tienen auténtica capacidad resolutoria. Así, la atención médica deja de centrarse en la persona para orientarse a la enfermedad, con una confianza casi ciega en los avances tecnológicos y una paralela despreocupación por los costes (sociales y económicos) y por los resultados.

Cuando en la Conferencia de Alma – Ata de 1978 la OMS decide impulsar la Atención Primaria de Salud, el gobierno español implanta la reforma de la atención primaria para que sea un nivel eficiente de atención y la base sobre la que se sustente, de una manera sostenible, el sistema sanitario. Se decide además que los profesionales de Atención Primaria (AP) han de tener una formación específica, por lo que se crea la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, integrándola desde el principio en el sistema MIR (nacido en 1978).

En años posteriores se vive un fuerte auge, no exento de recelos y problemas, de la atención primaria, culminando todo ello con el decreto sobre estructuras básicas de Salud de 1984 y la Ley General de Sanidad de 1986.

Los médicos de AP pasan a trabajar con horario completo, en exclusiva, y con el compromiso del trabajo en equipo; la formación es mucho mayor, y los esfuerzos se dirigen no sólo a la curación, sino también a la prevención y a la promoción de la salud.

La mayor dedicación lleva a mejorar la atención a los pacientes, pero persiste la desconfianza, cuando no el abierto rechazo, de la administración y los colegas hospitalarios, y en cierto modo, también de la población, imbuida en la cultura de que solo el especialista puede resolver de una manera efectiva sus problemas de salud. Esta desconfianza, basada como vemos en motivos históricos, conduce a que todo el esfuerzo de mejora del sistema sanitario se vea lastrado por la mala comunicación, o mejor, por la incomunicación absoluta, entre la atención primaria (AP) y la atención especializada (AE).

Desarrollo Normativo de la Coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada

- 1- Real Decreto 2015/78, de 15 de Julio, por el que se crea la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC).
- 2- Real Decreto 3303/78, de 29 de Diciembre, por el que se desarrolla la especialidad de MFyC. En él se dispone: “El médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad”.
- 3- Real Decreto 137/84, sobre Estructuras Básicas de Salud, donde se recoge como primera función de los Equipos de Atención Primaria (EAP) “...Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, a la población adscrita a los Equipos, en coordinación con el siguiente nivel asistencial”. Igualmente, en el artículo 7 se lee: “Los Equipos de Atención Primaria desarrollarán su actividad en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados que se den a otro nivel, lo que se determinará específicamente en los dispositivos de desarrollo de éste Real Decreto”.
- 4- Ley General de Sanidad de 1986, en cuyo artículo 65, apartado 19, se recoge que “Cada área de salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud”. En el apartado 3 del mismo artículo se dispone que “...En todo caso, se establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales”.
- 5- Circular 4 / 97 del INSALUD sobre Comisión Paritaria de Área de Atención Primaria y Especializada, por la que se crea un órgano colegiado de coordinación entre ambos niveles, con participación de los profesionales de cada nivel asistencial.

Tipos de relación con el nivel especializado

A pesar de que los médicos de AP son capaces de ofrecer una atención integral y de calidad a sus pacientes, en determinadas circunstancias pueden requerir la remisión del paciente al nivel especializado, bien sea para realizar procedimientos y/o técnicas no disponibles en AP, bien sea para requerir una opinión sobre algún aspecto de la patología del paciente. En cualquier caso, la remisión del paciente al segundo nivel no implica el abandono de la responsabilidad del médico de familia (MF) sobre el paciente.

Básicamente, los procesos que permiten la entrada de un paciente al segundo nivel son la **consulta** y la **derivación**.

La **consulta** consiste en que el MF pide su opinión sobre un caso a un colega de AE, siendo la opinión de éste no vinculante. La consulta puede ser informal (conversación telefónica, relación de amistad...) o formal, con un documento que incluya todos los datos pertinentes del paciente, y que permita al médico de AE ver al paciente y tener acceso a los datos relevantes de su historial médico.

Aunque la consulta informal puede en ocasiones resultar muy útil, lo deseable es que la mayor parte de las consultas fuesen de tipo formal.

La **derivación** implica transferencia de responsabilidad por algún aspecto del cuidado del paciente, pudiendo ser de cuatro tipos:

- **Provisional:** cuando el paciente es enviado para que reciba atención integral durante un periodo de tiempo limitado, por ejemplo, durante una intervención quirúrgica o un ingreso hospitalario de otro tipo.
- **Colateral:** Cuando el MF mantiene la responsabilidad global, pero envía al paciente para que sea atendido por algún problema específico.
- **Cruzada:** Puede darse en dos circunstancias: cuando el MF que hizo la derivación no acepta más responsabilidad sobre su cuidado, o bien cuando un especialista que recibe a un paciente derivado por el MF decide su remisión a otra especialidad al detectarle otro problema (por ejemplo, deriva a endocrino porque detecta una glucemia elevada)
- **Fragmentada:** Es la que habitualmente sucede entre especialistas ante pacientes con pluripatología: uno atiende la cardiopatía, otro la diabetes, otro la disnea... pero ninguno asume una responsabilidad global del enfermo.

Las derivaciones cruzadas, si bien pueden estar justificadas en alguna ocasión, sería deseable que no se dieran; si un especialista detecta un problema que no es de su especialidad, debería notificárselo al MF para que éste obre en consecuencia, bien tratando directamente el problema detectado o derivando de nuevo al paciente a la especialidad correspondiente.

Por el contrario, las derivaciones fragmentadas deberían ser una práctica no aceptable en el proceso de atención al paciente.

Desde el punto de vista de los MF, sería deseable que la mayor parte de las remisiones de pacientes a AE fuesen consultas y no derivaciones; y en este último caso, lo deseable serían las derivaciones colaterales o, en caso necesario, las provisionales.

Situación actual: condicionantes y problemas

La decisión de la remisión al segundo nivel

El inicio de todo el proceso de remisión al segundo nivel está (o debería estar) en manos del MF. Una deficiente formación, la inseguridad o la excesiva complacencia respecto a los deseos del paciente pueden llevar a un exceso de derivaciones, que sobrecargan innecesariamente las consultas especializadas, generando aumento de las listas de espera y el descontento de los colegas especialistas, que no entienden para qué se les envían casos que no deberían haber llegado a ellos.

Otro factor importante que hace aumentar el número de derivaciones es el exceso de demanda en los centros de salud. Con tiempos de consulta en las zonas urbanas que no llegan a los 5 minutos es muy difícil hacer una medicina con una calidad mínima; la solución por la que se opta en muchas ocasiones es remitir el paciente a especializada en cuanto existe la más mínima dificultad diagnóstica o terapéutica. Una situación paralela es la existencia de listas de espera excesivas en AE; ante la demora excesiva en una interconsulta, el paciente acudirá una y otra vez a su médico hasta que consiga de éste una derivación preferente o la visita a otro especialista.

Sin embargo, existe aún otro grupo de derivaciones en las que el MF tiene poco o nada que ver: son las llamadas “revisiones”, situaciones de distinto origen que generan un número considerable

de interconsultas, y que veremos luego más específicamente, y las derivaciones por necesidades burocráticas (informe del especialista para obtener visado de inspección en una prescripción).

Soporte de la comunicación: el “volante”

En las consultas formales, la comunicación debe hacerse siempre por escrito. En nuestro sistema esto se lleva a cabo mediante el “volante de interconsulta” o simplemente, “volante”. A pesar de que para algunas situaciones aún es necesario el uso del documento oficial de interconsulta y derivación (P-10), en casi toda Asturias se utiliza actualmente un volante que consta de tres hojas autocopiativas más una pestaña azul para datos administrativos. La primera hoja, de color blanco, es para el especialista; la segunda, de color amarillo, es para remitir con la respuesta al MF; y la tercera, de color verde, es para el paciente. En la mitad superior del volante, el MF escribe el motivo de consulta, la anamnesis, las exploraciones realizadas y cualquier otra información relevante, y en la mitad inferior el especialista contesta la consulta.

Con la informatización de las consultas de AP, comienza a extenderse un nuevo tipo de volante, el producido para este fin por el programa OMI-AP. Este volante, que en cierto modo facilita las cosas al MF, tiene algunos inconvenientes:

- El espacio dedicado al motivo de consulta, exploración, etc. es escaso, sólo 5 o 6 líneas (se puede escribir más, pero no lo imprime), lo cual en ocasiones resulta muy escaso.
- El diseño ocupa mucho espacio con información irrelevante desde el punto de vista clínico: datos de la derivación, filiación, datos administrativos...
- Determinada información que podría tener utilidad se presenta en un tamaño desproporcionado, mientras que los episodios que aparecen en los antecedentes no aparecen jerarquizados por orden de importancia.
- Al imprimirse las copias en impresora láser, se deben imprimir tres copias en papel normal, lo que no permitía después que quien conteste a mano pueda escribir a la vez en las tres hojas; en algunas áreas, esto se ha solucionado con papel especial con calco en su mitad inferior, pero el calco es de mala calidad y no se copia bien lo escrito.

Aparte de los problemas de diseño de los volantes, el auténtico problema es la información que se emite por el MF y la que se contesta por el especialista.

a- Emisión por el MF:

La información que se facilita al especialista no siempre es, desgraciadamente, de una calidad mínima. No es infrecuente encontrarse volantes en los que figura como única información “consulta” o “a petición propia”. En otros casos menos extremos, la información se limita a una somera descripción del proceso actual, faltando datos de antecedentes, tratamientos, exploración o sospecha diagnóstica. Diversos estudios han mostrado que las derivaciones tienen peor calidad cuando parten del modelo tradicional, y son mejores en los EAP, tanto más cuanto mejor funcionamiento tengan éstos.

La expresión “revisión” en el volante suele tener origen en el disgusto del MF por ese tipo de derivación, que analizaremos con algo más de detalle más adelante.

b- Contestación por el especialista:

Este es quizá uno de los grandes problemas de la relación entre niveles. En muchísimas ocasiones el especialista no contesta al MF (en algunas áreas los datos oficiales recogen sólo un 8% de respuestas por cauces “oficiales”; si se añaden las respuestas que trae el paciente en mano podría llegarse a un 40-50%). Del porcentaje de los que sí responden, una parte no despreciable son poco legibles, y son la excepción aquellos en los que se identifica claramente el médico que ha visto al paciente.

La falta de respuesta puede obedecer a múltiples causas, siendo las más frecuentes que el consultor escriba en su propia historia y no lo haga en la hoja de respuesta; que si lo haga, pero que archive todas las copias en la historia del paciente; que no escriba en espera de sucesivas consultas necesarias para completar estudios; o simplemente que no escriba nada en absoluto.

No es aceptable que casi la mitad de los pacientes vuelvan a sus médicos de cabecera únicamente con información verbal, que suele ser de mala calidad y no aclara casi nada al MF, que se tiene que basar en una labor detectivesca para tratar de averiguar, por ejemplo, si esa “prueba para los huesos” que refiere el paciente era una densitometría, una TAC o una gammagrafía ósea.

En muchas ocasiones, la única pista respecto al diagnóstico y el tratamiento son los cartones de medicación que nos trae el paciente para que renovemos la prescripción.

La no contestación de las interconsultas tiene una distribución variable entre los distintos servicios de AE; sin embargo, cabe reseñar que hay servicios en los que *todos* contestan *siempre*, lo que parece indicar una buena organización y supervisión del servicio, y existen servicios en los que *nadie* contesta *nunca*.

Por otra parte, cuando existe contestación, esta llega al MF por medio del propio paciente en no pocos casos; si el paciente se encuentra mejor tras consultar al especialista, puede no pasar por la consulta del MF, con lo que éste se queda sin saber la respuesta. Creemos que esta práctica no es la más adecuada para la transmisión de la información, para lo que deberían existir cauces oficiales ágiles.

El proceso de citación

Una vez que el paciente sale de la consulta del MF con su volante de interconsulta, entra en el proceso de cita para la consulta del especialista. El proceso normal consiste en entregar el volante en administración de su centro de salud; desde ahí se remite un fax a citaciones de AE, que contestan al día siguiente especificando el día y hora de la cita. Desde el centro de salud se comunica entonces al paciente, bien sea telefónicamente, bien sea porque se ha pedido al paciente que pase a recoger esos datos al día siguiente.

Sin embargo, no todas las citas pueden hacerse por este sistema. En áreas grandes, con múltiples recursos (más de un hospital, consultas externas, varios ambulatorios de especialidades, recursos de otro tipo, como planificación familiar, salud mental, etc.) no existe una citación centralizada, sino que dependiendo a qué servicio acuda el paciente deberá llevar personalmente el volante para obtener la cita, o entregarlo en otro lugar, o solicitar la cita telefónicamente.

Por si fuera poco, son los propios servicios de AE los que establecen las normas de citación, en función de su propia organización, siendo distintas para cada servicio. Así, un jefe de servicio puede decidir que en las derivaciones que se le hagan los pacientes lleven cuatro copias en el volante y no tres; otro exige que en función de la edad de una paciente y de otras circunstancias (por ejemplo, si

toma o no toma anticonceptivos) se le envíe a una consulta o a otra; en ocasiones, ante la sobrecarga del servicio, se imponen visitas a estamentos intermedios, como las matronas; otros servicios exigen una copia por fax del volante para decidir ellos si la consulta es a ritmo normal o preferente...

Este tipo de situaciones nos parecen inadmisibles. El proceso de citaciones desde AP debe ser claro, unificado y transparente, y no convertirse en un *totum revolutum* al servicio de la organización interna de AE.

Por otra parte, este desconcierto de citas, unido a la falta de respuesta por escrito de los volantes, hace que exista un número considerable de pacientes “dando vueltas” por el sistema, de mostrador en mostrador, para obtener una cita mal indicada, o “rebotando” de un lugar a otro hasta encontrar el lugar donde debe pedir la cita.

Existe aún otro inconveniente para los pacientes, y es que para algunas especialidades hay que obtener un permiso intermedio, ya que el médico de AP no puede enviarle directamente; en ese caso necesita un volante para ir a otro especialista que le enviará a la especialidad definitiva, burocratizando y demorando el proceso (esto sucede por ejemplo con cirugía vascular: los pacientes han de ser remitidos en primer lugar a cirugía general). En otras ocasiones, al encontrarse la especialidad correspondiente fuera del área, tendrá que dar el visto bueno el organismo de coordinación, lo que de nuevo retrasa el proceso.

Primeras consultas y revisiones

Clásicamente se entiende por primera consulta aquella en la que el paciente consulta por un problema de salud por el que nunca antes había consultado, o bien por un problema crónico previamente resuelto y dado de alta pero que se agudiza de nuevo; por contraposición, visita sucesiva o revisión sería aquella consulta decidida por el profesional con el fin de reevaluar un proceso aún no dado de alta o para controlar la evolución.

En AP, las gerencias establecen como objetivo reducir el número de derivaciones a especializada, pues los contratos de gestión así lo establecen. En AE, por el contrario, el objetivo es tener mucha actividad, pero no a base de sus propias citas, sino de la que “les compran” desde fuera (es decir, las que solicita AP). Por ello, en especializada lo deseable es tener muchas primeras visitas muy resolutivas, que no generen revisiones ni consultas sucesivas.

Este es pues un punto de fricción importante entre AP y AE, dado que sus objetivos son contrapuestos: si los consigue uno, empeora el otro.

La perversión de este sistema es considerar que los médicos de AP no solicitan revisiones (cosa bastante lógica), por lo que todos los volantes que llegan de primaria a las consultas de especializada se consideran primeras consultas. Para evitar pues las revisiones y aumentar el número de primeras consultas, en determinados servicios no se citan revisiones y se exige para ello un volante del médico de cabecera.

El médico de cabecera se ve de esta forma convertido en un mero agente "citador" de la especializada, con el agravante de que esta situación, además de sobrecargar considerablemente su presión asistencial, le aleja de los objetivos marcados por su gerencia. Con todo, lo más grave es la situación de frustración que genera tener que realizar un acto no indicado por el propio profesional o verse en la tesitura de perjudicar al paciente, pues en citaciones no se da cita a nadie que no aporte el correspondiente volante.

En el tema de las revisiones cabría valorar científicamente su necesidad en una mayoría de casos. Un ejemplo prototípico son las revisiones ginecológicas anuales. Ningún estudio ha logrado probar la utilidad del screening mediante exploración genital, y respecto a la citología de cervix, las recomendaciones internacionales establecen (para países con una prevalencia mucho mayor que el nuestro) una periodicidad de tres años. Sin embargo, sistemáticamente se recomienda a las mujeres una revisión ginecológica anual, lo que hace que una gran parte de la población esté permanentemente sobrecargando el sistema sanitario sin una justificación clara de esa necesidad.

Pero aún en el caso de las revisiones justificadas, no se entiende por qué razón el médico de cabecera debe dar el volante, siendo una decisión tomada por el especialista; lo lógico sería, para el buen funcionamiento del sistema y la comodidad del paciente, que éste saliera de la consulta con una fecha de revisión, aunque sea para más de un año, sin que para ello intervenga en nada el médico de AP.

Desgraciadamente, está a la orden del día la picaresca de no indicar la revisión por escrito, pero sí indicárselo oralmente al paciente; éste, llegado el momento, le exigirá el volante a su médico de cabecera.

Un caso especial son las revisiones oftalmológicas para valorar la agudeza visual. El oftalmólogo, lógicamente, no indica la revisión, que el paciente solicitará al cabo de un tiempo para

comprobar si la graduación sigue siendo o no correcta. En este caso, tal vez convendría valorar la posibilidad de establecer una cita directa a petición del paciente, pues la consulta al MF no va a aportar nada al proceso, siendo únicamente un apartado burocratizador más.

La prescripción como forma de relación entre niveles

Prescribir una medicación es un acto médico que, en nuestro sistema, se acompaña ineludiblemente de la emisión de un documento oficial, que inexcusablemente debe llevar la identificación y la firma del médico prescriptor, ya que puede tener repercusiones legales.

Desgraciadamente, el modelo utilizado en España sirve igualmente como “cheque al portador” para el descuento en la oficina de farmacia. De esta manera, y salvo escasas excepciones, impera la norma de “un envase por cada receta”. Este tipo de recetas facilita la facturación de las farmacias al sistema de salud, pero a costa de desplazar la tarea administrativa a profesionales altamente cualificados (los médicos), que hacen el trabajo “en origen”; así, las consultas médicas consumen gran parte de su tiempo en la emisión y renovación de recetas, siendo una de las cargas burocráticas más detestadas por todos los profesionales.

Tradicionalmente, la renovación de recetas la realiza el médico de cabecera; así, asume no solo las propias prescripciones, sino también las realizadas por atención especializada. Diversos estudios sitúan la importancia de esta “prescripción inducida” entre el 40 y el 70% del total de cada médico de AP. Debemos tener en cuenta que el capítulo principal del gasto en farmacia se imputa a AP, siendo como vemos sólo una parte del total de prescripciones. Por tanto, estas prescripciones inducidas generan una gran distorsión en el trabajo de médico de AP, complicando la consecución de sus propios objetivos de gestión. Reseñar además que en AE no suelen primar los criterios de eficiencia a la hora de la prescripción, encontrándonos una tasa bajísima (o nula) de utilización de genéricos, y un alto grado de utilización de medicamentos recientes, generalmente mucho más caros.

Un caso especial de esta situación es la realización de la primera receta de un medicamento indicado a un paciente al darle de alta tras un ingreso hospitalario. Para la comodidad del paciente, al hacerle entrega del informe de alta se le deberían entregar las recetas de todos los medicamentos indicados en dicho informe. Este punto se cumple razonablemente bien en todos los hospitales de

Asturias, con una única e importantísima excepción: el Hospital Central de Asturias. En efecto, este centro incumple sistemáticamente esta norma de entregar la primera receta al alta, siendo habitual que cualquier MF de Asturias tenga a última hora de la mañana, o en el horario de Atención Continuada, que atender a familiares de pacientes recién dados de alta que acuden única y exclusivamente a por recetas para poder comenzar a tomar el tratamiento.

Las pruebas complementarias

A menudo en el proceso diagnóstico o de seguimiento de un paciente se requiere la utilización de pruebas complementarias, tales como radiología, analítica, microbiología y otras. Generalmente, el MF sólo tiene acceso a un número limitado de esas pruebas, lo que en ocasiones obliga a que el paciente sea derivado a AE simplemente para que le soliciten una exploración determinada, que perfectamente podría haber solicitado directamente el MF y haber ahorrado al paciente tiempo y desplazamientos, además de acortar el proceso diagnóstico, cuestión no baladí en determinadas patologías como el cáncer.

Es llamativo que los residentes de MF, mientras están haciendo su especialidad, puedan solicitar prácticamente cualquier prueba, mientras que al finalizar su periodo de residencia y ser ya especialistas, les van a limitar en gran medida esa capacidad. Se da además la circunstancia de que en AE, un especialista puede pedir sin limitaciones prácticamente cualquier tipo de prueba, aún cuando no tenga absolutamente nada que ver con su campo de trabajo.

Existe además un grupo de técnicas, que realizan determinados servicios de AE, que hoy día son pruebas básicas en muchas patologías; sin embargo, los MF no tienen acceso a ellas o lo tienen de una forma muy restringida. El ejemplo clásico de esta situación es la endoscopia digestiva. Esta circunstancia limita enormemente la capacidad resolutoria de la AP en muchos procesos, obligando a derivaciones, que nuevamente complican un proceso que podría haber sido resuelto de una forma mucho más rápida y sencilla.

Por otra parte, es frecuente la repetición de pruebas ya realizadas al mismo paciente; así, el especialista ordena repetir una analítica que aporta el paciente, solicitada por su médico de cabecera, porque quiere “confirmar los resultados”, sin pararse a pensar que el laboratorio es el mismo; o bien se

repite radiografías por no tener disponibles las realizadas en otro lugar (en el ambulatorio no tienen acceso a las del hospital, y el Centro de Salud ni a las del ambulatorio ni a las del hospital). Cuando el MF envía al paciente con su radiografía al especialista, este se queda con la placa, con lo cual se imposibilita el seguimiento en AP, en caso de ser necesario.

Otro problema son las consultas para solicitar pruebas. En el mejor de los casos, el paciente aporta un escrito del especialista correspondiente donde indica las pruebas que desea que le sean solicitadas al enfermo; pero en muchos casos es el propio paciente quien nos dice que el especialista le ha dicho que venga a su médico para hacer “un análisis” que luego habrá de llevarle. Este es un caso análogo al de las revisiones; el especialista debe hacer entrega, en la propia consulta, de la solicitud de pruebas diagnósticas, que el paciente habrá de realizarse llegado el momento, sin necesidad de complicar el proceso pasando por un paso intermedio que es el MF.

Desgraciadamente, los llamados servicios centrales (radiología, laboratorio, anatomía patológica...) dependen de atención especializada, lo que distorsiona y limita en la práctica las posibilidades del médico de AP ante la petición de pruebas diagnósticas.

Desconfianza entre atención especializada y atención primaria

Por razones históricas que ya hemos comentado, los especialistas hospitalarios han visto tradicionalmente al médico de cabecera como un profesional poco cualificado, que se limitaba a remitirles pacientes que no lo precisaban, y cuya tarea esencial era la repetición de recetas, partes y volantes.

Por su parte, los médicos de atención primaria han visto a los especialistas como personajes autosuficientes, poco dados a relacionarse fuera del hospital, y generadores de una gran carga de trabajo poco gratificante que siempre acaba repercutiendo en el médico de cabecera.

Esta situación que podríamos llamar “caricaturesca” persiste en la medida en que no existen canales de comunicación eficaces entre ambos niveles asistenciales, cada uno de los cuales “hace la guerra” por su lado. Esta situación ha tratado de mejorarse con experiencias voluntaristas, generalmente localizadas en un solo servicio hospitalario por iniciativa personal de sus miembros; tras

un corto periodo de entusiasmo, suelen acabar en el olvido ante la falta de impulso y la inconcreción de las propuestas.

Un intento de coordinación son las comisiones paritarias puestas en marcha por el INSALUD, de las que forman parte las gerencias de cada nivel asistencial y tres médicos de AE y otros tres de AP. Desgraciadamente, estas comisiones se convierten a menudo en un foro de reproches mutuos donde se deciden crear comisiones, y cuyas escasas conclusiones efectivas rara vez llegan a ponerse en práctica.

Situaciones especiales

Inspección médica

La inspección médica tiene unas características especiales que influyen tanto en el trabajo de la AP como de la AE. Más que ser un elemento de supervisión y control, se ha convertido en un estamento burocratizador y entorpecedor de todo el proceso de atención. La obligación legal de que determinados medicamentos y procedimientos lleven visado de inspección hace que se sobrecargue el trabajo tanto de los médicos de cabecera como de los especialistas hospitalarios.

El ejemplo más citado es el de las medias elásticas para las varices. Para poder retirar las de compresión normal (las más usadas) de la farmacia, la receta debe llevar el sello de inspección, que sólo lo pondrá a la vista de un informe del cirujano. Esta absurda medida motiva que por controlar el gasto de unos 24-30 euros que cuestan las medias se emplee el tiempo y los recursos del circuito siguiente: médico de cabecera – administrativos de primaria – citaciones de especializada – especialista – inspección. Si se calculan los costes de las medias con este sistema, se comprobará cual es la opción más barata, estando como está el MF perfectamente capacitado para decidir quién y cuando deben usar ese tipo de medias. Como dato reseñable diremos que las consultas para obtener el informe para medias viene a representar una cuarta parte del total de consultas ambulatorias de cirugía.

Otro tanto sucede con determinados medicamentos, que requieren informe anual del especialista, siendo fármacos que pueden ser indicados perfectamente por el MF. El sistema actual lleva a generar un gran número de consultas tanto en AP (para obtener el volante) como en AE (para

hacer el informe). Un ejemplo de esto es el finasteride, que se podía recetar en AP hasta que salió una preparación con ese componente para la calvicie; ante el temor de que el preparado urológico fuese usado con esa indicación, se exigió informe anual del urólogo y visado de inspección. Nuevamente vemos que no se consideraron los perniciosos efectos de esa medida, tanto en coste económico como en sobrecarga de trabajo en ambos niveles.

Las Unidades Clínicas

En los últimos años han aparecido en las especialidades hospitalarias las llamadas “unidades clínicas”, estructuras montadas para la atención exclusiva de una patología o situación determinada (unidad de menopausia, unidad de osteoporosis, unidad de lípidos, de HTA, de riesgo cardiovascular...). Son varios los motivos que han conducido a esta situación: posibilitan el desarrollo profesional en procesos “de moda”, generan puestos de trabajo en la especialidad correspondiente, captan recursos para el servicio... pero en el fondo lo que subyace en muchos de ellos es el fallo de la atención primaria, que no ha desarrollado sus campos propios de actuación. Esto lleva a que los enfermos sean seguidos en el hospital por patologías que perfectamente puede asumir un MF, con el consiguiente aumento de coste, duplicidad de recursos e incluso incomodidad para el paciente.

PROPUESTA DE SOLUCIONES

Proceso de citas

Ideal: proceso de citas totalmente informatizado, con acceso desde los terminales de AP a las agendas de AE para que el paciente sepa inmediatamente cuando y con quién tiene la consulta.

Mínimo: Centralización de las citas para cada área, de manera que se acabe con la dispersión de formas de cita. Un solo elemento de coordinación de citas debe de cubrir todas las posibilidades del área. Debe existir un sistema eficaz de comunicación, preferentemente informático, que permita informar en el acto al paciente de cuando y con quién tiene la cita.

Desde AP únicamente se citará a aquellos pacientes que sean remitidos para una primera valoración o una agudización de un proceso conocido ("Primera visita"). Las revisiones y consultas sucesivas que pauté el especialista deben ser citadas por AE, independientemente del periodo de tiempo marcado (6 meses, un año o más de un año).

Comunicación escrita: volantes

Ideal: Proceso totalmente informatizado, de forma que la información procedente del médico de cabecera (volante y pruebas diagnósticas) esté disponible para el especialista, y que éste conteste por el mismo medio. Se acabaría así con el problema de las pérdidas de información y se agilizaría notablemente el proceso. Además, cada petición de consulta y cada respuesta irían perfectamente identificadas.

Mínimo: El proceso en AE no se debe contabilizar como realizado hasta que la respuesta llega a AP. Para ello se debe establecer claramente un circuito interno y ágil de remisión y recepción de volantes, si es necesario con un dispositivo específico de transporte, que estaría operativo como paso intermedio hasta la informatización completa.

Se deben corregir y mejorar los volantes remitidos por AP, corrigiendo los defectos detectados en los volantes OMI-AP, de forma que permita una mayor información, que incluya un campo mejorado de

antecedentes personales y medicación, y que los episodios activos sean ordenados por su importancia y no cronológicamente.

En los volantes deben quedar perfectamente identificados (no sólo con firma ilegible) tanto el emisor del volante como el consultor que lo responde. Debe asegurarse la continuidad de la atención del paciente en especializada, evitando que sea visto por profesionales diferentes cada vez que va a por un resultado o visita de seguimiento; a este respecto, debería asignarse claramente a cada paciente un especialista responsable hasta el alta del proceso.

Coordinación atención primaria – atención especializada

Consultores en los centros de salud:

A pesar de algunas experiencias positivas descritas, no creemos conveniente que los especialistas hospitalarios bajen periódicamente a pasar consulta conjunta a los centros de salud, pues conlleva dificultades de organización importante tanto para AE como para AP, y no solucionan los problemas de coordinación, estando sus resultados en función del voluntarismo de ambas partes.

Sesiones clínicas conjuntas

Requiere como paso previo la unificación de horarios en los equipos de atención primaria, acabando con el “horario deslizante” para que todos puedan acudir a las sesiones sin problemas. Igualmente, debe reservarse un tiempo específico tanto en AP como en AE para la realización de estas sesiones.

Las sesiones deben ser abiertas y bidireccionales, evitando las charlas magistrales, y a ser posible basándose en casos prácticos. Tienen la ventaja de que permite a los especialistas conocer un poco mejor lo que se hace en AP.

Interconsulta telefónica:

Si bien no nos parece un modelo que pueda ser generalizable, en circunstancias y servicios puntuales puede resultar muy eficaz la existencia de un teléfono de contacto rápido (idealmente un móvil) que fueran llevando los distintos miembros del servicio por turnos. Existe alguna experiencia muy positiva al respecto, si bien como queda dicho no es en absoluto generalizable, pues requiere una gran dosis de voluntarismo.

Elaboración conjunta de protocolos y guías clínicas:

Si se realiza adecuadamente, esta puede ser la solución más importante para una buena coordinación entre niveles.

Los protocolos y guías clínicas, para ser realmente efectivos, deben cumplir una serie de requisitos:

- Ser elaborados por médicos de ambos niveles implicados en el proceso de atención al paciente, no por gerentes ni jefes de servicio.
- Referirse a procesos que generen un número significativo de interconsultas y derivaciones.
- Deben ser locales, adaptándose a las circunstancias y recursos de cada área.
- Ser breves, simples y claros, sin zonas grises o procedimientos poco definidos.
- Abarcar la totalidad del proceso de atención.

Así, estas guías o protocolos deben definir que se hace en cada momento de la atención al paciente. Ello permite protocolizar el uso de procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias, facilitando así el acceso a estas exploraciones a los médicos de AP. La consulta especializada no sería necesaria más que en caso de requerir procedimientos especiales, intervención u otro tipo de atención que no se pueda prestar desde la AP. De esta forma aumentaría la capacidad resolutive de la AP, y disminuirían enormemente las consultas en AE.

Un punto fundamental es que su seguimiento debe ser evaluable, para poder corregir desviaciones. Las evaluaciones, regladas, deberían dar lugar a un sistema de incentivos – penalizaciones para reforzar su cumplimiento.

Mejora de la confianza mutua AP – AE

La mejor relación entre niveles se alcanzará cuando caigan la mayor parte de las barreras psicológicas que ahora nos separan. Gracias a los reciclajes y a las rotaciones durante la residencia, los médicos de familia conocen bien la atención especializada; sin embargo, esto no es recíproco. La mayoría de especialistas ignora cuál es el trabajo de los MF y cómo se desarrolla.

Para tratar de equilibrar esta situación y mejorar la comunicación, proponemos que las especialidades más implicadas en la relación con AP incluyan en sus programas docentes un periodo de rotación de dos o tres meses en los centros de salud, durante el segundo o tercer año de residencia. De esta manera se facilitaría el conocimiento mutuo, y los especialistas tendrían una idea cierta del tipo de trabajo que se desarrolla en AP, y cuales son sus limitaciones y ventajas.

Comisiones paritarias

Las actuales comisiones paritarias deben transformarse en comisiones de evaluación y seguimiento del proceso de atención conjunta AP – AE, proponiendo a las partes implicadas mecanismos de corrección de las desviaciones. Deben servir igualmente para encauzar las peticiones de los profesionales a las gerencias en aquellos puntos que puedan afectar al proceso de coordinación, permitiendo que las gerencias se impliquen en el proceso.

Pruebas diagnósticas

Los llamados servicios centrales no deberían depender de Atención Especializada, constituyendo un puente entre AP y AE. El acceso a la mayor parte de las pruebas debe ser libre para AP, con algunas salvedades indicadas por la eficiencia. Determinadas pruebas requerirán el cumplimiento de las condiciones marcadas en un protocolo para que puedan ser realizadas, tanto si son solicitadas por médicos de AP como si lo son por médicos de AE.

Un punto clave es la necesidad de un archivo centralizado de pruebas diagnósticas, que permita evitar la duplicación de pruebas. Así, las analíticas de un paciente deberían estar disponibles en cualquier momento tanto para AP como para AE. Es evidente que esto implica un grado avanzado de interconexión informática, pero es factible de forma fácil, y de hecho ya existe en algunas áreas

sanitarias de España. En cualquier caso, y en tanto se llega a la informatización completa, se debe contar con un sistema ágil y rápido para obtener copias de las analíticas realizadas a un paciente cuando uno de los médicos implicados en el proceso lo requiera. Todo lo anterior es extensible a los servicios de microbiología y anatomía patológica.

Algo más complicado de resolver es el acceso a pruebas de imagen. Idealmente se debe informatizar todo el proceso, digitalizando las imágenes, de forma que se puedan transmitir a cualquier terminal de la red del área; de ésta forma, las imágenes estarían disponibles rápidamente para cualquier profesional, evitando la duplicación de pruebas y la exposición innecesaria del paciente a radiaciones. Como paso intermedio podrían colocarse en la red únicamente los informes de las pruebas, para en una fase posterior añadir la digitalización de imágenes. En tanto en cuanto el sistema no esté totalmente informatizado, la accesibilidad de pruebas de imagen es mala; en todo caso, debería evitarse la existencia de múltiples archivos sin contacto entre sí; al menos debería ser posible saber para cada paciente en qué archivos tiene una prueba de imagen.

Existe un grupo especial de pruebas que son realizadas por médicos especialistas, tales como la endoscopia o los test de broncoprovocación. Este tipo de pruebas deben ser directamente accesibles a los médicos de AP, pero siempre dentro de un protocolo de actuación determinado.

La prescripción

Idealmente, el médico prescriptor debería hacer una sola receta en la que constasen todos los medicamentos indicados, con su dosificación y duración del tratamiento, y tiempo por el que sería válida la receta. Esto ya es posible mediante la receta informatizada. De esta forma, se podría descargar de un gran número de consultas a AP, al tiempo que se evita el fenómeno de la prescripción inducida, al menos parcialmente.

Mientras no se logre un modelo de receta adecuado, se pueden plantear varias medidas con respecto a la prescripción inducida, tendentes a disminuir el impacto negativo sobre el trabajo del primer nivel asistencial (entrega de primera receta, incentivación de uso de genéricos, medidas de control de gasto...).

El médico de familia debe poder prescribir cualquier medicamento, con mínimas excepciones (quimioterapia, antibióticos de reserva...). En todo caso, si se requiere visado, debe bastar con un informe del médico de cabecera. No es aceptable que medicamentos y accesorios de uso común en AP requieran informe de un especialista; y en la mayoría de los casos tampoco deberían requerir visado de inspección.

La incapacidad temporal (IT)

El proceso de incapacidad temporal (IT) debe simplificarse, siendo el médico que indica la baja quien determina cuando debe volver el paciente a la consulta. La periodicidad de los partes de confirmación será pues determinada por la necesidad de revisión, y no al revés, como sucede ahora. Si un paciente se rompe un brazo y va a estar escayolado cuatro semanas, se le indicaría en la baja que el siguiente parte debe recogerlo a las 4 semanas, y no uno a la semana como ahora.

Es imprescindible que AE se implique en el seguimiento de las bajas, respondiendo a las solicitudes de pronóstico laboral que efectúan los médicos de AP.

Las Unidades Clínicas

A este respecto lo primero que debe aclararse es el modelo de sanidad deseado, si se opta por un modelo compartimental, donde cada parte del cuerpo o cada problema requiere un especialista diferente, o un modelo integral, donde impera la visión de conjunto que aporta la AP.

Las unidades clínicas deberían restringirse al máximo, especialmente en todas aquellas circunstancias que se puedan abordar desde AP. En todo caso, la existencia de estas unidades no debe entorpecer ni retrasar el paso del paciente por el sistema, retrasando las consultas.

CONCLUSION

La necesidad de mejorar la coordinación entre niveles se manifiesta en la presencia constante de múltiples disfuncionalidades entre atención primaria y atención especializada. La deficiente comunicación, la desconfianza entre ambos niveles asistenciales y una excesiva burocratización ahogan la calidad de la asistencia prestada. Por todo ello, es imprescindible acometer de inmediato determinadas reformas en el sistema, tales como la informatización, la simplificación de circuitos de derivación y burocracia, el acceso racional del MF a las pruebas diagnósticas y el establecimiento de guías conjuntas AP-AE, junto con otras medidas para mejorar la confianza mutua.

La administración debe jugar un papel activo, impulsando el proceso no sólo como medio de reducir el gasto, sino como política de mejora de la calidad, y debe establecer mecanismos de sanción o incentivación para el cumplimiento de los objetivos.

BIBLIOGRAFIA

- Martín M. Pasado, presente y futuro de la Atención Primaria. 1ª jornadas nacionales por la dignidad de la Atención Primaria. Zaragoza, marzo 2002.
- SemFYC. Relación entre niveles asistenciales. Documentos semFYC, nº 5. Mayo 1995.
- Sociedad Extremeña de MFyC. Documento de recomendaciones sobre Coordinación entre niveles asistenciales.
- Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos. Coordinación entre niveles: Atención Primaria / Atención Especializada.
- Alfaro M, Etreros J, Terol E, Rico F. Coordinación entre niveles asistenciales. En: INSALUD. Atención Primaria en el INSALUD: 17 años de experiencia. Madrid, 2002.