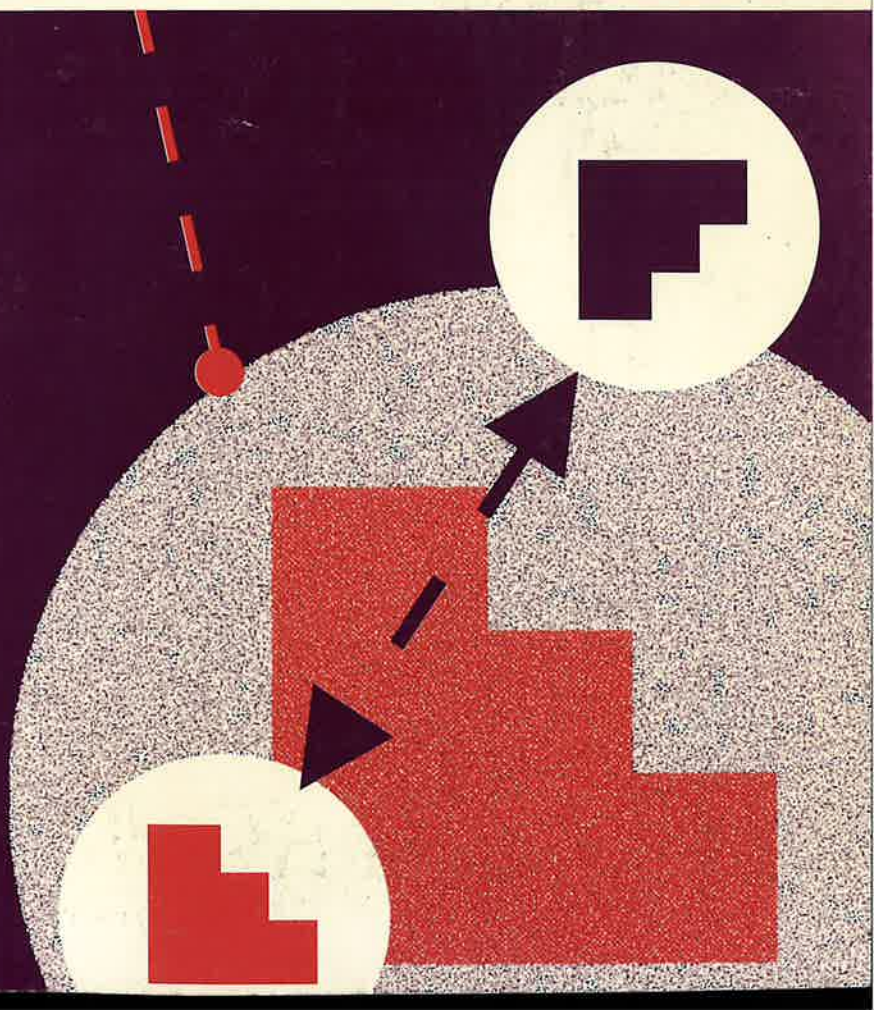


**Relación
entre niveles
asistenciales**



RELACION ENTRE NIVELES

Oviedo, Mayo 1995

Documento semFYC nº 5

"En términos generales resulta gratuito suponer no sólo que el otro cuenta con la misma información que uno mismo, sino también que el otro debe sacar de dicha información idénticas conclusiones".

**Teoría de la Comunicación Humana
P. WATZLAWICK, J. HELMICK BEAVIN, D.D. JACKSON.**

GRUPO DE TRABAJO DE LA semFYC

*Margarita Alonso Fernández
Silvia Ayala Luna
Francisco Buitrago Ramírez
Vicente Estremera Urabayen
Luis García Burriel
Miguel Angel Molina Sánchez
Miguel Pedregal González
Elsa Segura Hernández
Victor J. Suberviola Collados*

COORDINADOR DEL GRUPO

Francisco Buitrago

INDICE

1. INTRODUCCION	5
2. FUNDAMENTO JURIDICO	
3. TIPOS DE RELACION CON EL NIVEL ESPECIALIZADO	
- Conceptos	6
- Diferencias Consulta/Derivación	7
- Tipos de derivaciones	8
4. DIFICULTADES EN LA RELACION ENTRE NIVELES	
- Generales	9
- Estructurales-Organizativas	10
- Deficiencias formativas	11
5. COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES	
- Consultas Externas	11
- Consultas de Ambulatorio	12
- Relación Médico de Atención Primaria-Médico Especialista	13
- Propuestas para mejorar la relación Médico de Atención Primaria / Médico Especialista	14
- Soporte de comunicación entre el Médico de Atención Primaria / Médico Especialista	15
- El modelo de comunicación ideal	16
- Características de la derivación del Médico de Familia / Médico General al Especialista	17
- Prescripción delegada por el Especialista	19
6. COORDINACION CON SERVICIOS CENTRALES DEL HOSPITAL / AMBULATORIO	
- Radiología	22
- Técnicas de imagen por ultrasonidos	22
- Laboratorio de Análisis clínicos	23
7. COORDINACION CON SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS E INGRESO DE PACIENTES	
8. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS ESPECIALIZADAS	
9. RELACIONES CON DISPOSITIVOS DE APOYO (TOCOGINECOLOGIA, SALUD MENTAL Y SALUD BUCODENTAL)	
10. RELACIONES CON LOS SERVICIOS SANITARIOS PRIVADOS	
11. COORDINACION CON OTROS NIVELES E INSTITUCIONES NO BASICAMENTE ASISTENCIALES	
- Relaciones con la Comunidad	34
- Relaciones con Instituciones Nacionales-Internacionales	38
12. RELACIONES DE LOS MEDICOS DE FAMILIA CON LOS NIVELES DE GESTION DE LA ASISTENCIA SANITARIA	
- Marco de referencia	39
- Relaciones de los MF/MG con las Gerencias de Atención Primaria	40
- Relaciones de los MF/MG con las Gerencias del Hospital de referencia	41

1. INTRODUCCION

Una de las funciones más importantes del Médico de familia/Médico general (MF/MG) consiste en poner a disposición de sus pacientes todos los recursos de la medicina y la sociedad, coordinando la atención prestada por otros niveles del sistema sanitario. De hecho, sin la atención continuada y la responsabilidad del Médico de familia, la **atención** fragmentada e incoordinada que prestan las especialidades puede resultar peligrosa y conducir a una mala utilización de los recursos sanitarios. La comunicación eficaz con los especialistas es, por lo tanto, una habilidad esencial en medicina de familia.

La posición del MG/MF es clave para regular la entrada en el segundo nivel asistencial. El MG/MF resuelve por sí mismo la mayor parte de la demanda asistencial y abre la entrada al segundo nivel a un pequeño porcentaje de la demanda, cuya cuantía varía según los distintos tipos de práctica. Esta función es crítica, pues unos criterios de referencia amplios pueden colapsar el segundo nivel, el cual se ve obligado a adoptar mecanismos de protección. La lista de espera parece ser el único factor de control que opera, aparte de la ocasional directriz disuasoria a los MG/MF por parte de los facultativos del segundo nivel. Al contrario, un MF/MG con criterios de derivación excesivamente estrechos puede negar a enfermos que lo necesiten los beneficios de una asistencia especializada.

Pero no sólo es importante una buena relación entre Atención Primaria (AP) y el ámbito especializado. La atención primaria también necesita disponer de los medios de apoyo técnico necesarios para desarrollar el abanico de actividades que le son propias, desde las preventivas y de promoción de la salud hasta las de diagnóstico, tratamiento y control de los factores de riesgo y patologías más habituales.

Es evidente que las necesidades tecnológicas de la AP son muy distintas de las del ámbito especializado, tanto desde una perspectiva cuantitativa como cualitativa, pero ello no quiere decir que las estrategias de desarrollo de la AP no hayan de contemplar inversiones en tecnología que permitan aproximar al paciente ambulatorio la realización de las exploraciones complementarias precisas para posibilitar una rápida toma de decisiones clínicas. Desgraciadamente, aún hoy, muchas de estas pruebas permanecen injustificadamente restringidas al ámbito hospitalario, lo cual ha venido contribuyendo a la utilización inadecuada de los servicios de los hospitales por parte de médicos y pacientes. Sin embargo, al MG/MF no cabe restringirle el acceso a pruebas diagnósticas y terapéuticas cuando documente un uso racional de las mismas. Es oportuno definir qué técnicas básicas deben estar accesibles y disponibles sin necesidad de transferir la responsabilidad clínica con respecto al paciente, pues el reto de la AP no es sólo servir de filtro para los demás niveles asistenciales sino también orientar adecuadamente, utilizando las pruebas diagnósticas cuando sea preciso, a ese 95% de pacientes con problemas de salud que son susceptibles de ser tratados en nuestro nivel asistencial.

En definitiva, dentro del sistema sanitario el MG/MF adopta funciones de regulación y coordinación. Como en cualquier otra organización el generalista posee una visión global del conjunto del sistema sanitario. Conoce sus objetivos, el fun-

cionamiento de cada una de sus partes, su estructura y sus relaciones. Actúa como centro de información dentro del sistema: capta información de dentro o de fuera de la organización y es capaz de enviarla a otras partes de la misma.

2. FUNDAMENTO JURIDICO

El MF/MG ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales, en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja.

En nuestro país El Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud recoge la necesidad de que los Equipos de Atención Primaria (EAP) desarrollen su actividad en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados, contemplando como su primera función "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". También la Ley General de Sanidad de 1986, recoge en su artículo 65, apartado 19 que "Cada Area 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", para añadir en el apartado 3 del mismo artículo que "En todo caso, se establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales".

Aunque el núcleo fundamental de la relación médico-paciente se desarrolla a partir de la interacción entre dos personas, el encuentro clínico puede contemplarse desde una perspectiva más amplia, como resultante de la interacción entre dos sistemas: el sistema sanitario, al cual pertenece el médico, y el sistema familiar y sociocultural en el que vive el enfermo. En su relación con el enfermo el MG/MF trabaja conjuntamente en tres niveles: en el del individuo, el de la familia de la que forma parte y el de la comunidad en la que se integra.

Al hablar de coordinación o relación del MG/MF con otros niveles habrá que analizar las relaciones con la Atención Especializada, con las Estructuras de Gestión del Sistema Sanitario, con la Comunidad y finalmente con las Instituciones Docentes (gráfico 1).

3. TIPOS DE RELACION CON EL NIVEL ESPECIALIZADO

Los médicos de AP son capaces de ofrecer una atención global, personalizada, integrada y continuada y deben ser los responsables de velar para que unicamen- te acudan al nivel especializado aquellas personas que puedan beneficiarse de la medicina tecnicada. El MF/MG debiera ser, en lo posible, el que dé la entrada a los distintos especialistas, aunque la entrada del enfermo en el segundo nivel no implica el abandono de la responsabilidad del MF/MG sobre el paciente. **De ahí que la división de responsabilidad entre el MF/MG y el especialista tenga que ser definida con suma claridad.**

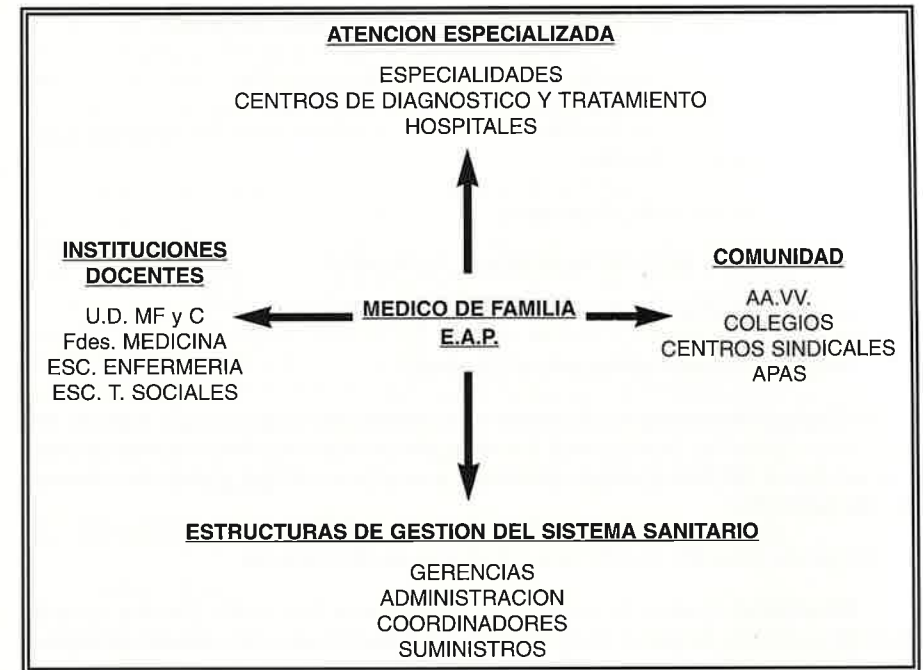


GRAFICO 1

Mc Winnhey ha definido con precisión los distintos procesos que pueden dar lugar a la entrada del paciente en el segundo nivel y que básicamente son la **Consulta y la Derivación.**

En la **Consulta** el MF/MG responsable del paciente pide a un colega su opinión sobre el caso y aunque la opinión del consultor tendrá lógicamente un valor, no es vinculante. La selección del especialista más apropiado para las necesidades del paciente es una responsabilidad importante del MF/MG.

Las consultas pueden ser formales o informales, según los canales de comunicación establecidos o no que se utilicen. Lo más oportuno es que la mayoría de ellas sean formales.

Para que las consultas de los MG/MF a los especialistas del segundo nivel sean efectivas se requiere:

- Que el médico que solicite la consulta se comunique directamente con el especialista consultor por escrito.
- Que la petición de la consulta enumere todos los problemas significativos del paciente, los hallazgos principales del médico, las pruebas que se han realizado, todos los medicamentos prescritos y el objetivo de la consulta.

- Explicar al paciente los motivos por los que se realiza la consulta.
- Que el consultor responda con prontitud dando su opinión.

Las razones para una consulta del MG/MF al especialista del segundo nivel pueden ser muchas y variadas:

- Ayuda ante una duda diagnóstica
- Consejo sobre un curso específico de tratamiento
- Opinión sobre el resultado de una prueba o hallazgo físico
- Simplemente para tranquilizar al paciente.

La **Derivación** implica transferencia de la responsabilidad por algún aspecto del cuidado del paciente. Aunque esta transferencia de responsabilidad nunca es total, **puesto que el MF/MG siempre conserva la responsabilidad global del bienestar del paciente.**

Podemos encontrar cuatro tipos principales de derivaciones:

- **Provisional.** Cuando el paciente es enviado para que reciba atención integral durante un periodo de tiempo limitado, por ejemplo durante una intervención quirúrgica.

- **Colateral.** Cuando el MG/MF que hizo la derivación mantiene la responsabilidad global, pero envía al paciente para que sea atendido por algún problema específico por ejemplo por un glaucoma crónico.

- **Cruzada.** Cuando se aconseja al paciente que vea otro médico y el MF/MG que hizo la derivación no acepta más responsabilidad sobre su cuidado. Esta práctica debe ser condenada pues conlleva despilfarro de recursos, desmoralización del paciente y desprestigio del MF/MG. Más frecuentemente ocurre entre especialistas. Si un especialista (al que un MG/MF ha remitido un paciente) considera que existe un problema que no es del dominio de su especialidad, debiera referir de nuevo el enfermo a su MG/MF, para que este fuera el que dictara la necesidad de consultar o no con un nuevo especialista. Es decir, las consultas y envíos cruzados entre especialistas sin la participación del MG deberían, en lo posible, evitarse.

- **Fragmentada.** Lo que habitualmente acontece entre especialistas ante pacientes con pluripatología, encargándose cada uno de ellos de su parcela ("yo sólo me ocupo de la diabetes", ¡como endocrino que soy!, "tu de la cardiopatía isquémica" etc), pero sin que ninguno asuma la responsabilidad global del enfermo.

Si un enfermo está bajo control de distintos especialistas, por varios problemas colaterales, debe ser el MG/MF el que los coordine, haciendo, de los múltiples problemas, exploraciones y tratamientos, una unidad inteligible para el paciente y su familia. Como afirma Mc Whinney debe ser el MG/MF quien señale lo que es prioritario, lo que es accesorio y lo que es contradictorio y en ocasiones debe incluso llegar a proteger al paciente de técnicas y actitudes recomendadas por algunos especialistas.

El cuidado fragmentario de un paciente por parte de varios especialistas al unísono, **sin una clara delimitación de quien es el responsable último del enfermo**, puede tener ciertos riesgos para éste. Balint describió el fenómeno resultante de este tipo de práctica al que denominó "**complicidad o confabulación en el anónimato**".

Puede ocurrir que o bien por una actitud del MF/MG de no querer reafirmarse en sus funciones o bien por parte del otro especialista de no querer abandonar su posición jerárquica, realizemos más procesos de derivación que de consulta. Es más, muchas veces somos meros "suministradores de recetas" de otro especialista. En el otro lado de la balanza podríamos encontrarnos con MF/MG impregnados de un "furor terapéutico" que no les permite derivar a los pacientes, aun cuando esté claramente indicado, con lo que se les podría estar privando de unos beneficios asistenciales. Ni que decir tiene que el deseo de un paciente de oír una segunda opinión se debería tomar siempre con seriedad y, salvo casos excepcionales, aceptarse tras un proceso de negociación.

4. DIFICULTADES EN LA RELACION ENTRE NIVELES

4. 1. GENERALES

- Desconfianza entre especialistas y MG/MF

Tradicionalmente el especialista hospitalario y de ambulatorio ha visto al MG/MF como un profesional poco cualificado, con poca capacidad de contención de pacientes en el nivel asistencial primario y que le sobrecarga, por tanto, su consulta con asuntos triviales. En definitiva un simple "proveedor" de las "recetas" que prescribe su ciencia.

Institucionalmente, en general, no existen canales de comunicación entre niveles, aparte de los deficientes documentos de derivación. Las llamadas telefónicas, las reuniones, las visitas, los protocolos conjuntos son productos del voluntarismo de ambas partes.

Los MG/MF se quejan de que de muchos de los pacientes que derivan a los especialistas no reciben respuesta alguna, y de los que llega se observan defectos de información como falta de diagnóstico o tratamiento en algunos de ellos. El especialista, a su vez, está empezando a encontrar en el MG/MF un auditor externo que puede evaluar la calidad de sus diagnósticos y cuestionar sus prescripciones y con el que se ve, además, obligado a compartir los servicios centrales de diagnóstico, haciéndole perder parcelas en el ámbito de la formación.

En este clima de desconfianzas mutuas no es raro que surjan paradojas en la comunicación como la profecía autocumplidora ("conducta que provoca en los demás la reacción frente a la cual esa conducta sería una reacción apropiada"), con MF/MG que no cumplimentan siquiera mínimamente los modelos de interconsulta y con especialistas que comunican "verbalmente" al paciente el resultado de su intervención para que éste o su familia lo "transmitan" a su médico de cabecera.

– Retención excesiva de pacientes en los circuitos hospitalarios.

La idolatría hacia la tecnología y la superespecialización **favorece** la dependencia de los pacientes frente a especialistas a los que el MF/MG consultó aspectos puntuales de su patología.

Además el mercado laboral actual, con pocas expectativas para muchos especialistas hospitalarios, está favoreciendo no sólo la retención excesiva de pacientes en los circuitos hospitalarios y en las revisiones ambulatorias (a fin de mantener cotas altas de demanda y justificar el mantenimiento o creación de “nuevas plazas” de especialistas) sino también la aparición de injustificadas “Unidades hospitalarias” para patologías de alta prevalencia que deben ser atendidas por el MF/MG que, con una población asignada adecuada, está plenamente capacitado para asumirlos. Pensemos, como ejemplo y ¡hasta ahora! en las “Unidades de Lípidos”, “Hipertensión”, “Menopausia” u “Osteoporosis”.

4. 2. ESTRUCTURALES/ORGANIZATIVAS:

– Insuficiente desarrollo de la Reforma Sanitaria.

Todavía existe una incompleta implantación del nuevo modelo de Atención Primaria de Salud (APS) y de la jerarquización de especialistas del segundo nivel. A esto habría que añadir que la reforma en ambos niveles no se está desarrollando al unisono sino de una manera descoordinada, por lo que hay Areas de Salud donde está concluida la reforma asistencial de la APS pero la de la especializada es escasa o a la inversa. El resultado de esta situación es doblemente perjudicial. Cada nivel asistencial piensa que el otro está haciendo las cosas igual de mal que siempre y las mejoras se diluyen en esa visión global. Además la impresión que se tiene de la calidad resultante es la de la calidad del peor nivel.

El inadecuado desarrollo legislativo no facilita tampoco el establecimiento de vínculos institucionales y organizativos. Se carece de una dirección única con presupuestos, objetivos y planes comunes. Aunque se han dado algunos pasos en la transformación de médicos de hospital a médicos de Area, el poder que mantiene el Jefe de Servicio es excesivo y puede impedir que este paso sea real.

También se presentan disonancias en la relación entre niveles asistenciales por la persistencia de las indefiniciones público/privado, que aún no están suficientemente solucionadas.

– Tamaño excesivo del Area de Salud.

La integración real de recursos y el conocimiento personal y directo entre los diferentes profesionales del Area Sanitaria se ve dificultado cuando el tamaño de ésta es excesivo. Si, por ejemplo, las pruebas analíticas dependen de más de un laboratorio, se repiten inutilmente por desconfianza. Iguales dificultades acontecen en estas situaciones ante deseos de homogeneizar criterios diagnósticos, terapéuticos, etc.

– Ubicación monopolística de la tecnología en el nivel especializado.

De manera inconcebible persisten potestades exclusivas del médico especialista, tanto en el ámbito diagnóstico como terapéutico, que podrían ser compartidas también por el MF/MG. Por ejemplo sigue estando **restringida**, a determinados especialistas, la prescripción de medias de distintos grados de compresión, braqueros, etc y aún siguen **apareciendo** medicamentos bajo la denominación “especialidad de diagnóstico hospitalario” sin otro fundamento que la minusvaloración del primer nivel de atención.

Los médicos de AP no tienen acceso a pruebas complementarias de diagnóstico en las mismas condiciones que sus compañeros de Atención Especializada, lo que les mantiene en unas condiciones de dependencia y subsidiaridad que impiden una relación horizontal, sobre la que se debe basar una adecuada coordinación.

4. 3. DEFICIENCIAS FORMATIVAS:

- Existe un **gran desconocimiento de lo que es la APS a nivel secundario**. No en vano muchos estudiantes de medicina acceden a una especialización hospitalaria y la ejercen sin haber pisado un Centro de Salud. Incluso si la especialidad es la de pediatría o psiquiatría, que tanto precisan de este acercamiento. Afortunadamente, el médico de familia, con especialización MIR, si que ha conocido sobre el terreno el funcionamiento de los servicios hospitalarios durante los dos primeros años de su residencia y puede aprovecharlo para facilitar la relación con ese nivel asistencial.

- **La población mantiene una idealización de los medios de alta tecnología y hospitalarios**, y cierta preferencia por los mismos, como consecuencia de una etapa en la que sólo en el hospital se disponía de los recursos y conocimientos suficientes. Este acúmulo de recursos, de protagonismo y por lo tanto de poder, explica la resistencia que muestran algunos especialistas del segundo nivel, a que la AP asuma el papel que le corresponde.

- **Persistencia de la relación MF-Especialista como relación alumno/profesor**. Debido a que los hospitales han sido los únicos centros docentes durante muchos años, tanto de estudiantes de medicina como de especialistas en formación, persiste una relación de profesor/alumno poco igualitaria que dificulta entre otras cosas la elaboración conjunta de protocolos diagnósticos o terapéuticos o la colaboración en proyectos de investigación.

5. COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

5. 1. CONSULTAS EXTERNAS

Las consultas externas (CE), son aquellas consultas de especialista que se ubican en el mismo recinto hospitalario o en un anexo de éste.

El personal que atiende las CE depende de un servicio hospitalario perfectamente jerarquizado, encontrando dos categorías de médicos especialistas:

Adjuntos de especialidad y FEAs (Facultativos Especialistas de Area). En algunos casos se pueden encontrar desempeñando labores de especialistas a médicos internos residentes en formación.

El médico especialista en este tipo de consultas está organizado jerárquicamente, dependiendo del Jefe de Servicio hospitalario correspondiente.

Estos médicos especialistas atienden las consultas externas de **tres maneras: sistema rotatorio** (cada cierto tiempo pasan de la planta a la CE y viceversa), **alternante** (pasan planta normalmente y ciertos días la CE), o **permanente**. En este caso se suelen encontrar a los médicos ya veteranos o los recién incorporados al servicio.

Las **ventajas que tienen las CE** son las siguientes:

- **Para el médico especialista.** Este no sale de su Hospital (no se siente desterrado de su Servicio), le permite realizar interconsultas y agilizar pruebas complementarias hospitalarias así como facilitar el ingreso del paciente en su Servicio.

- **Para el paciente.** Este se ve arropado y "protegido" por la parafernalia y los medios hospitalarios y a veces puede localizar al médico en el Hospital, fuera del día y hora de CE.

Como **inconvenientes** encontramos:

- **Para el médico especialista.** Tiende a pasar por alto exploraciones y pruebas más elementales y sencillas, en favor de otras más sofisticadas y complejas.

- **Para el paciente.** Según el sistema de trabajo puede no atenderle siempre el mismo médico especialista. El impacto favorable de acudir a un hospital puede verse contrarrestado por este inconveniente.

5. 2. CONSULTAS DE AMBULATORIO

Las consultas del médico especialista de Ambulatorio se ubican en un espacio diferente del Hospital y del Centro de Salud, generalmente dentro de la estructura física de un clásico Ambulatorio.

El personal puede depender de un Servicio hospitalario, tomando las características de las CE de Hospital, o bien de un Departamento extrahospitalario (Sectorial de Ambulatorios, Departamentos de atención especializada... etc).

El personal dependiente de un Servicio hospitalario (jerarquizado), compagina la atención extrahospitalaria con la intrahospitalaria con los mismos modelos antes citados.

El personal no jerarquizado se corresponde con médicos que no optaron o no pudieron hacerlo por la jerarquización (adscripción voluntaria cuando se es propietario de una plaza. Se trata de médicos especialistas contratados a tiempo parcial

(tiempo de consulta y posibles intervenciones, en las especialidades quirúrgicas). No dependen de ningún Servicio hospitalario y la única relación que mantienen con el Hospital son las derivaciones a éste o las intervenciones programadas de su cupo. Estos médicos especialistas suelen atender a un grupo de pacientes fijos (cupos), tratándose así de médicos especialistas de cupo, que se correspondería con el antiguo modelo de asistencia primaria.

Las **ventajas** que presentan este tipo de consultas son:

- **Para el médico especialista.** Alto grado de autonomía. Al no depender jerárquicamente de un superior, el sistema está abierto a nuevas iniciativas. Al ser contratos a tiempo parcial se compaginan fácilmente con la actividad privada. También es de resaltar un mayor contacto con los aspectos clínicos del proceso al estar más dificultado el acceso a pruebas sofisticadas.

- **Para el paciente.** Este puede sentirse en un medio más acogedor. Además el especialista de cupo no suele cambiar con el tiempo y puede atenderle en las sucesivas consultas.

Entre **los inconvenientes** tenemos:

- **Para el médico especialista** formado en el Hospital salir de éste supone, a veces, un trauma importante viendo dificultada su promoción en el Servicio, su formación y sus investigaciones. Además se ve más desprotegido de pruebas, ingresos, etc. También experimenta sensación de olvido y una desvinculación relativa de sus antiguos compañeros.

- **Para el paciente** existe una dificultad (imposibilidad casi siempre) para contactar con su médico especialista fuera de los días y hora de consulta. Aquellos pacientes que buscan la solución de sus problemas en la tecnología punta, se pueden ver defraudados.

5. 3. RELACION MEDICO DE ATENCION PRIMARIA-MEDICO ESPECIALISTA

Si se trata de médicos especialistas que obtuvieron la especialización fuera de la vía MIR, la relación de éstos con los médicos de Atención Primaria ha sido y es, generalmente, nula. También la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria les resulta en el mejor de los casos desconocida, cuando no sospechosa.

Si nos referimos a médicos especialistas MIR parece existir una mejor relación con los médicos de Atención Primaria. Sin embargo esta relación se diluye con el tiempo, sobretudo si están sometidos a una presión asistencial elevada de la que hacen responsable a los MF/MG. Tampoco ayuda la precariedad de medios de que disponen en ocasiones y para la que ni se han mentalizado ni formado durante su estancia hospitalaria.

Las reuniones y sesiones clínicas comunes entre MG/MF y especialistas brillan por su ausencia y lo que las remeda son reuniones con un marcado carácter comer-

cial, bajo los auspicios de la industria farmacéutica. Sin embargo, las sesiones serán positivas desde un punto de vista asistencial/ profesional y personal, **pués en estas reuniones se ponen sobre el tapete problemas clínicos, profesionales y personales que inciden en ambos colectivos, y conocer los problemas es el primer paso para solucionarlos.**

5. 4. PROPUESTAS PARA MEJORAR LA RELACION MEDICO DE ATENCION PRIMARIA-MEDICO ESPECIALISTA.

- La dependencia hospitalaria del médico especialista puede **facilitar** esta relación.
- Facilitar la consulta (aunque sea telefónica), evitando sobrecarga de derivaciones.
- Favorecer las reuniones de trabajo.
- Elaboración de protocolos conjuntos tanto de derivación como de diagnóstico y tratamiento en AP.

Así se lograría que el médico especialista fuese también vínculo de unión entre el Centro de Salud y el Hospital, labor que en la actualidad realiza exclusivamente el MF/MG.

5. 5. SOPORTE DE COMUNICACION ENTRE EL MEDICO DE ATENCION PRIMARIA Y EL MEDICO ESPECIALISTA.

La comunicación entre el MF/MG y el especialista se realiza, en la actualidad y en la mayoría de los casos, de forma escrita. Aunque a veces hay comunicación verbal, telefónica o directa, este tipo de comunicación no está normatizada por la Administración sanitaria, y la mayor parte de las veces se realiza de forma personal y no reglada.

La comunicación entre el MF/MG y el especialista se realiza, por tanto, de forma escrita, solicitando una colaboración o derivación. La comunicación se realiza con el volante de interconsulta (VIC) en el que al menos han de contar los datos de filiación, sin los cuales es rechazada la solicitud de derivación. El medio de transporte de esta comunicación puede variar, desde hacer la citación vía telefónica, informática, por correo interno, o sencillamente por medio del paciente que debe acudir al centro de especialidades a solicitar cita con su VIC correspondiente. En cualquier caso, el paciente suele acudir a la consulta del especialista provisto de su VIC.

En el regreso de la información en sentido contrario, es decir médico especialista-médico de familia es, quizás, donde más se aprecia la descoordinación entre estos dos niveles ya que en estudios realizados sobre este tema, en las mejores series apenas se llega a un 50% de respuestas (complimentación de un informe) por parte del especialista.

El informe del especialista puede retornar al MF/MG por diferentes medios, aunque normalmente es **el propio paciente el que lleva dicho informe a su médico de cabecera.**

En algunas zonas se utiliza un **sistema de correo interno** tanto para solicitar la consulta como para devolver los informes.

Según diferentes estudios ambos sistemas son válidos. Cuando es el paciente quien vehiculiza la información el proceso se simplifica y se extravían menos informes. También el paciente prioriza la urgencia de la información, participando más activamente en la curación de su proceso. Cuando la información se canaliza por correo interno el especialista puede comprometerse para emitir informes con más frecuencia, aunque la utilización de este sistema requiere una infraestructura y **medios** adecuados que faciliten un correo interno ágil y eficaz.

Los soportes materiales para la comunicación entre el nivel primario y el secundario son **los volantes u hojas de interconsulta**, que han sufrido numerosas variaciones con el tiempo, lo que indica que no se ha conseguido un modelo ideal. Entre los diferentes modelos cabe destacar:

- Modelo P-10.

El clásico "P-10" o "Volante" se ha utilizado y utiliza para todo tipo de comunicación médica (derivaciones, certificados, solicitud de transporte sanitario, pruebas complementarias, etc). Actualmente se sigue utilizando aunque con menos frecuencia que en el pasado.

Entre **las ventajas del P-10** cabe destacar:

- Su aceptado uso polivalente.
- Su fácil cumplimentación.
- Su pequeño tamaño, que favorece su transporte y fácil archivo.

Entre **los inconvenientes**:

- Faltan datos de filiación importantes, como la fecha de nacimiento.
- Hay poca superficie para escribir (117 cm²), sin delimitación clara de un espacio reservado para el informe del médico especialista.
- No es autocopiativo.

- Modelo 69 (tamaño cuartilla).

Se usa exclusivamente como VIC.

Como ventajas aporta:

- Los datos de filiación son más completos
- Tiene una mayor superficie para escritura, en total 356 cm², de los que 144 son para el MF/MG y 231 para el especialista.
- Su tamaño no es excesivo, por lo que también puede transportarse y archi-arse sin dificultad.

Entre los inconvenientes destaca el no ser autocopiativo.

- Modelo 69 (tamaño DIN-A4).

Este modelo también se usa solamente como VIC.

Entre sus ventajas:

- Los datos de filiación son más completos
- El papel es autocopiativo, en cuatro copias. Una de ellas para el responsable de citaciones, otra para el paciente, otra para el especialista y otra para el médico de familia.
- El espacio es suficiente, con 313 cm², 123 para el médico de cabecera y 190 para el especialista.

Como inconvenientes presenta:

- El tamaño es grande, con mayor dificultad en el transporte y almacenaje.
- Tiene demasiados apartados, pudiéndose suprimir algunos

5. 6. EL MODELO DE COMUNICACION IDEAL.

El soporte ideal para la comunicación entre los niveles asistenciales primario y secundario, sería aquel en el que se recogiesen los datos de filiación justos y de forma correcta, con un tamaño adecuado para su transporte y archivo, con espacio suficiente para describir los motivos de consulta (con todos los datos clínicos, pruebas complementarias, etc) y con espacio específico y delimitado también para el informe del especialista. Debería ser de papel autocopiativo, pero con número reducido de copias (no más de tres) y con no demasiados apartados (con un apartado para la filiación, otro para el motivo de consulta y otro para el informe del especialista sería suficiente). También es importante que se hiciese constar la fecha de solicitud, la fecha y hora de la consulta con el especialista y el nombre de ambos facultativos.

Como medio de vehiculización de este documento puede utilizarse tanto **el propio paciente (o sus familiares) como un sistema de correo interno. Este último**

en muchos casos (sobre todo **a nivel urbano**, donde las distancias no son excesivas) **burocratiza y entorpece la propia citación**, aunque depende por supuesto de la propia eficacia y fluidez de dicho correo.

El propio paciente (o sus familiares) nos parece un medio válido de vehiculización, pues se consigue la implicación del paciente en su proceso y además prioriza la rapidez de respuesta. Los pacientes son, generalmente, cuidadosos con los informes y la experiencia nos demuestra que si no llegan más informes del especialista al médico de cabecera es, sencillamente, porque dichos informes no son emitidos.

5. 7. CARACTERISTICAS DE LA DERIVACION DEL MF/MG AL ESPECIALISTA.

Cuando analizamos las relaciones del MF/MG con el segundo nivel utilizamos más la palabra **Derivaciones que Consultas**, posiblemente por las otras acepciones más habituales que conserva la segunda de ellas. Así se habla de **Consulta** para referirse al espacio físico en el que desarrollamos gran parte de nuestra labor, a unas de las funciones de nuestro perfil profesional, a los pacientes que atendemos, etc. ("estoy en mi consulta", "está pasando la consulta" "tengo 35 consultas diarias").

Sin embargo, y como hemos comentado con anterioridad en otro apartado, no es posible concebir la relación entre la APS y el segundo nivel como un problema de derivación. El MF/MG **en la mayoría de las ocasiones no le deriva pacientes al especialista sino que le consulta problemas**, pues sigue asumiendo la responsabilidad global de su paciente.

Estamos ante un área de la atención de salud (la interconexión entre el nivel primario y el secundario) que es esencial para la salud del paciente y, en gran medida, sienta la base de los altos costos de la asistencia hospitalaria.

En el proceso de consulta y derivación existen importantes implicaciones psicológicas, aún escasamente estudiadas, **y que dependen tanto del médico y sus ansiedades como de las del paciente y su familia. Para Balint** las necesidades que llevan a un MG/MF a solicitar la ayuda de un especialista pueden definirse desde el punto de vista psicológico como una crisis de confianza (bien del médico en sus propios conocimientos y medios, bien del paciente y su familia en la capacidad de su médico).

La derivación también puede ser un medio de evitar enfrentamientos con pacientes problemáticos, fundamentalmente aquellos con trastornos psicológicos o de la personalidad.

Algunos estudios analizan como indicador en la derivación de pacientes la tasa de derivación mensual definida como el cociente entre el número de pacientes derivados y el número de pacientes visitados en un mes.

El porcentaje de demanda derivada presenta una gran variabilidad interindividual que puede oscilar entre el 4 y el 9%, con rango más amplio en algunos estudios.

Estos datos no ofrecen la suficiente consistencia como para ser utilizados en programas de control de calidad, ya que hay trabajos publicados que relacionan la Tasa de derivación con una serie de factores que impiden afirmar que las tasas de derivación altas sean peores que las bajas. Incluso se ha demostrado que cuantos más conocimientos se tienen sobre una materia más se puede derivar a la especialidad correspondiente. También se ha comprobado que las cargas de trabajo no influyen en la derivación.

Las diferencias encontradas al comparar la derivación entre Consultorios tradicionales y Centros de Salud no se explican por el tamaño del cupo, ni por la presión asistencial, ni por la edad y sexo del profesional ni por la accesibilidad a especialistas. La menor tasa de derivación observada en Centros de Salud se explica más por las características del modelo y/o de los profesionales.

Es frecuente plantear soluciones para mejorar la integración asistencial y la comunicación entre niveles, proponiendo actividades de formación y protocolización conjuntas y la optimización de la transmisión de información clínica. En los últimos años hemos asistido a numerosas experiencias que han tenido un impacto relativo y limitado a actividades específicas y generalmente a iniciativa de los MF/MG.

Las dificultades en la generalización de estas experiencias demuestra el desconocimiento e incluso la disonancia clara que hay en las expectativas que un nivel tiene del otro.

Nos parece importante resaltar que el conocimiento físico de los especialistas consultores facilita la relación en las comunicaciones formales (informes clínicos, docencia, protocolos) e informales (consultas telefónicas. . .). Pero ese conocimiento es especialmente dificultoso si cada médico de familia tiene asignados diferentes cuadros de especialistas dentro de un mismo EAP. Asumir que **el Médico de AP no deriva pacientes sino que consulta problemas** y tener claro este concepto por parte de ambos niveles asistenciales puede originar implicaciones organizativas de importancia. Así, como se defiende en numerosas instancias, el MF/MG puede seguir de manera continuada a sus **pacientes**, evitando las numerosas citas para revisiones a que son obligados los pacientes cuando realizamos una consulta puntual. Incluso podrían aliviarse las listas de espera.

Debemos impregnarnos del concepto de "**Consulta Clínica**" y así especificarlo al transmitir la información, para evitar revisiones innecesarias. Hay que reclamar que la información complementaria (radiografías, analíticas, . . .) aportada en nuestro informe de interconsulta goza de la misma credibilidad que la del especialista.

Un grupo de pacientes que pueden requerir interconsultas con frecuencia son aquellos afectados por varias patologías crónicas. En ocasiones son enviados de un especialista a otro, ("**Derivaciones cruzadas y fragmentadas**"), sin volver a la consulta del médico de cabecera, y son estudiados de manera parcelada sin aportar integridad alguna, tan necesaria, en su **atención. Necesitamos para este grupo de pacientes un flujo de interconsulta directo y rápido, buscando la reintegración temprana a su médico de cabecera**, tras las reagudizaciones que les

descompensan y para ello será muy importante establecer una buena relación de consultoría con el Servicio de Medicina Interna del hospital de referencia.

En demasiadas ocasiones los servicios especializados reciben a nuestros pacientes, tras reiteradas consultas en AP, por problemas propios de nuestro nivel. En ocasiones por requerir confirmación diagnóstica, terapéutica o simplemente por la insistencia del paciente hacia la derivación. Un gran porcentaje de las consultas en el segundo nivel son por motivos propios de AP y los especialistas que las atienden no asumen muchas veces esta situación desde la óptica de su formación exclusivamente hospitalaria.

Por ello no parece descabellado proponer que las especialidades que más frecuentemente reciben interconsultas desde AP, contemplen la posibilidad de modificar sus Programas de Formación, incluyendo una rotación por Centros Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria para conocer nuestra situación, comprender la importancia del abordaje integral y, en definitiva, disminuir la insatisfacción profesional que las interconsultas con este tipo de pacientes les pueda generar en su actividad diaria.

Ha pasado tiempo suficiente como para que las vías de "coordinación", "protocolización", etc como mecanismo de mejorar la relación entre ambos niveles se potencien y generalizen desde un nuevo marco de relación entre niveles asistenciales. Nuestra Sociedad Científica debe apostar por un cambio esencial en la relación entre el médico de familia y el médico de segundo nivel, buscando una serie de objetivos:

- Reconocimiento de las aptitudes y habilidades de los MF/MG.
- Reconocimiento de nuestra competencia en problemas prevalentes de salud detectados en la Comunidad.
- Necesidad de acceso a pruebas complementarias en AP, en las mismas condiciones de control de calidad que el resto de especialistas. No cabe restringir el acceso a pruebas diagnósticas y terapéuticas cuando se documente un uso racional de las mismas.
- Búsqueda de coordinación real a nivel Directivo.
- Propuestas de objetivos globales para el Area de Salud.

El cambio deseado puede concretarse **en la regulación de la posibilidad de elección de especialista por el MF/MG**, aunque habría que resolver en ambos niveles previamente los problemas funcionales y organizativos existentes.

5. 8. **PRESCRIPCIÓN DELEGADA POR EL ESPECIALISTA.**

Viene siendo habitual leer noticias (generalmente en prensa no especializada) acerca de que la mayor parte del gasto farmacéutico (95%) corresponde a los médicos de AP, a quienes de paso se nos responsabiliza en mayor o menor grado del coste que el absentismo laboral produce.

Estos datos, aportados desde ámbitos directivos, se acompañan con las conocidas reflexiones en torno a la necesidad de "concienciarnos" para que asumamos un papel de gestores, sin profundizar en absoluto en temas que tienen tanta trascendencia y demasiadas implicaciones.

Recientemente se están publicando, en revistas de Atención Primaria, estudios que tratan de valorar el peso que la prescripción delegada del especialista tiene sobre la prescripción de los MF/MG.

Son trabajos preliminares que no permiten la extrapolación de resultados pero que aportan datos que confirman nuestra experiencia diaria y que debemos tenerlos en cuenta.

La cuantificación de la prescripción delegada se hace en torno a cifras superiores al 30% del número de recetas y cercana al 40% si consideramos el gasto en farmacia, ya que la prescripción del especialista es más cara (precio medio/envase) que la realizada en AP.

Otro dato relevante es que la prescripción delegada no siempre se acompaña de una adecuada información que facilite la continuidad en la atención por el médico de cabecera, observándose mayores deficiencias por parte de los especialistas ubicados en los ambulatorios.

No hay que olvidar la capacidad como "formadores de opinión" que los especialistas tienen sobre la prescripción de los MF/MG, aunque (¿afortunadamente?) cada vez es menor.

El dato de la prescripción delegada se debe considerar al valorar el coste de la AP, máxime con la actual tendencia hacia la autogestión de los EAP, sin olvidar la carga burocrática adicional que añade a nuestro trabajo en AP. No nos parece apropiado, en cambio, apoyar la idea de que la continuación de la prescripción deba asumirla quien la realiza, porque va contra la premisa de que el médico consulta problemas y **la prescripción es consustancial con nuestra actividad de continuidad en la atención y la accesibilidad del paciente.**

Si que es conveniente enfatizar que la prescripción delegada de medicamentos del especialista tendría que dar paso a **la propuesta/consejo, que no obligación**, al MF/MG para que éste libremente acepte o no la prescripción y con ella la responsabilización de la misma. También es necesario reclamar a los especialistas hospitalarios que se circunscriban lo más posible a los fármacos incluidos en los formularios de su Centro, cuando plantean la terapéutica al alta de los pacientes.

Existen limitaciones y subjetividad en los criterios de calidad del medicamento (valor intrínseco) e influyen variables no controladas como la irracionalidad en la adscripción por "cupos médicos" a especialistas, las características de la población atendida, la coexistencia de especialistas jerarquizados y de ambulatorio, etc. Sería conveniente elaborar perfiles de prescripción del especialista, diferenciados del médico de familia, lo que permitiría analizar más objetivamente nuestra prescripción e intervenir en su mejora mediante boletines de información terapéutica, programas de formación e incluso incentivando la prescripción de calidad.

Es importante no responsabilizar exclusivamente del gasto de farmacia a un solo nivel asistencial, ya que es todo el Sistema Sanitario en su conjunto quien lo justifica. Por eso **nos corresponde a todos los profesionales sanitarios participar en la prescripción racional y de calidad en farmacia**, teniendo la Administración una clara responsabilidad en la definición explícita de una oferta farmacéutica con criterios de calidad definidos (selección de la oferta) que orienten hacia una mejora en la prescripción al margen de criterios puramente economicistas.

6. COORDINACION CON SERVICIOS CENTRALES DEL HOSPITAL/AMBULATORIO.

Los Servicios Centrales del Hospital/Ambulatorio los constituyen aquellos departamentos (Análisis clínicos y Microbiología, Anatomía Patológica, Radiodiagnóstico,...) que proporcionan la realización de técnicas diagnósticas utilizadas por el resto de los Servicios Hospitalarios y de Atención Primaria.

Cualquier técnica básica debe ser accesible y estar disponible para el médico de familia, sin necesidad de transferir la responsabilidad clínica con respecto al paciente. Cuando esto no es así puede ocurrir que el envío de un paciente al especialista no sea una opción sincera de su médico de cabecera para procurarle una atención óptima, sino que esté motivada por la necesidad de realizar pruebas complementarias que confirmen o descarten un diagnóstico y que no estén al alcance del MF/MG.

Tradicionalmente la capacidad para indicar una determinada exploración complementaria ha estado bastante restringida a los MF/MG. Ni los gerentes y directores de hospital (que han temido un uso irracional de la oferta de esa capacidad de petición de pruebas complementarias) ni muchos especialistas (que dudan de la formación de los médicos de cabecera para valorar la indicación de dichas pruebas) han sido proclives a la apertura.

Sin embargo, la situación está cambiando con rapidez y en un sentido positivo para los profesionales de AP, a quienes se les empieza a reconocer la capacidad para solicitar directamente la gran mayoría de las exploraciones complementarias. Esto no ha producido trastornos funcionales en los servicios que las realizan ni desequilibrios presupuestarios por un crecimiento rápido y/o injustificado de las peticiones, **porque asistir un problema de salud en AP es más económico que hacerlo en el hospital y tanto pacientes como gestores agradecen que la asistencia altamente tecnificada recaiga únicamente en aquellas personas que la necesitan.** De hecho, el porcentaje de derivaciones al laboratorio y radiología por los Equipos de Atención Primaria (EAP) oscilan en la literatura entre 4 y 7 peticiones al laboratorio por cada 100 consultas atendidas y entre 1,1 y 2,7 peticiones, por cada 100 consultas, a radiología. En este último caso se refiere casi exclusivamente a radiografías simples ya que son menos utilizadas las exploraciones que requieren medios de contraste o al menos no están referidas en la literatura consultada. En la bibliografía es difícil encontrar datos referentes a petición de técnicas de imagen por ultrasonidos, puesto que en muchos centros estas técnicas no son accesibles todavía al MF/MG.

6. 1. RADIOLOGIA.

Existe acuerdo en que el MF/MG tenga acceso a **pruebas radiológicas simples** (huesos, articulaciones, abdomen y torax) y **pruebas radiológicas con contraste y de complejidad media** (tránsito gastroduodenal baritado, enema opaco, urografía). El diagnóstico precoz que estas pruebas facilitan de patologías graves y de prevalencia media, que puede y debe controlar el médico de familia, justifican su oferta a los médicos de Atención Primaria.

Cuando se precise informe del radiólogo hay que reflejar, en la hoja de petición de la prueba, los datos clínicos y la sospecha diagnóstica, para facilitar la interpretación de las placas. Por su parte, el radiólogo, contestará a la petición con un informe escrito aunque por la naturaleza de estas pruebas puede ser interesante, incluso necesario, una relación directa médico de familia-radiólogo para complementar la información. Por tanto las relaciones de ambos niveles deben ser fluidas y dicho contacto debe ser posible.

6. 1. 1. MAMOGRAFÍA.

La mamografía es una exploración básica en el diagnóstico de las enfermedades de la mama, aunque su indicación fundamental es el diagnóstico precoz del cáncer de mama. La sensibilidad de la mamografía ha mejorado notablemente en los últimos 25 años, del mismo modo que han disminuido de forma importante las dosis de irradiación de las exploraciones. Su petición debe estar abierta al MF/MG.

6. 1. 2. TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) Y RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR (RMN).

De forma general no es imprescindible que sean accesibles al MF/MG, aunque el TAC es conveniente que esté disponible para el médico de cabecera, siempre que sea por consenso entre ambos niveles y ante patología previamente protocolizada.

6. 2. TÉCNICAS DE IMAGEN POR ULTRASONIDOS: ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA

Los avances tecnológicos en campos del diagnóstico por la imagen como la TAC y la RMN, no han restado importancia a la ultrasonografía debido a sus múltiples aplicaciones y a la exactitud diagnóstica que se puede conseguir con el desarrollo técnico actual.

6. 2. 1. ECOGRAFÍAS.

Por su inocuidad, bajo coste y fácil realización no es admisible que el acceso a estas técnicas sea negado al MF/MG. Únicamente la limitación de medios materiales y/o de personal pueden justificar su oferta restringida.

6. 2. 2. DOPPLER.

La patología arterial es frecuente en la práctica cotidiana del médico de Atención Primaria, que con frecuencia atiende en su consulta a pacientes diabéticos y con otros factores de riesgo de patología vascular periférica. Estas razones y las largas listas de espera, en general, para cirugía vascular justificarían la petición de estas pruebas. Además la aparición de modelos (**Doppler de bolsillo**) cada vez más simples y fiables en el diagnóstico de la lesiones permite, en la actualidad, disponer de instrumentos con un coste no excesivo para su uso y manejo habitual por los MF/MG en sus propias consultas.

6. 3. LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS.

En algunas enfermedades los exámenes de laboratorio son decisivos para el diagnóstico y aunque este jamás es el resultado de una suma de pruebas sino que es una síntesis de la anamnesis, exploración clínica y pruebas complementarias, esta síntesis será más perfecta cuanto más datos se hayan analizado para llevarla a cabo. Entre estos datos, los de laboratorio cumplen un papel importante en determinadas patologías.

El laboratorio, al igual que cualquier otro test diagnóstico, va a encargarse de transformar una sospecha o probabilidad de que un paciente presente una determinada enfermedad (sospecha pre-test), en otra situación (sospecha post-test), que podrá ser no muy distinta a la primera, en cuyo caso el uso del laboratorio habrá sido poco eficiente, o por el contrario ser muy distinta, bien en el sentido de confirmar la enfermedad (valor predictivo positivo del 100%), o bien en el sentido de descartarla por completo (valor predictivo negativo del 100%). Pero lo más habitual es que la enfermedad no quede ni totalmente confirmada, ni totalmente descartada, y la situación después del test de laboratorio (valor predictivo) dependerá muchísimo de la probabilidad que tenía ese paciente de estar enfermo, probabilidad que difiere de manera importante después de haber escuchado y explorado al paciente. En definitiva, y salvo determinadas técnicas de **screening**, el uso del test de laboratorio, precedido y guiado de una exhaustiva anamnesis y exploración, parte de una sospecha clínica y nos lleva al paciente y al médico a otra situación en la cual, se puede confirmar o descartar la enfermedad o bien aumentar el grado de sospecha.

Esto tiene una enorme trascendencia y lo que si se puede afirmar rotundamente es que el médico de familia, hoy día, no podría desarrollar una labor de calidad sin la ayuda del laboratorio.

6. 3. 1. TÉCNICAS DIAGNOSTICAS DE LABORATORIO EN APS.

Dada la coincidencia en cuanto a problemática y utilidad de estos campos en el diagnóstico en APS hemos creído conveniente englobar en este epígrafe las **Pruebas de Laboratorio, los Test Microbiológico** y las **Pruebas de Anatomía Patológica** en AP.

Las preguntas que surgen al tratar este tema son las siguientes:

1. ¿Qué técnicas diagnósticas de laboratorio deben estar disponibles para el MF/MG?
2. ¿En dónde deben realizarse dichas técnicas?
3. ¿Cómo debería ser la transmisión y utilización de la información obtenida en este campo entre los dos niveles de atención sanitaria?

1. ¿De que técnicas de laboratorio debe disponer el MF/MG?

Ya hemos comentado anteriormente que cualquier técnica básica debe ser accesible y estar disponible para el MF/MG, sin necesidad de transferir la responsabilidad clínica con respecto al paciente y, por lo tanto, **no deben existir limitaciones** para exámenes de bioquímica hemática, hematología clínica, sistemáticos de orina, exámenes de heces, etc.

Sin embargo históricamente, o al menos desde el auge de la medicina especializada, se ha restringido el uso del laboratorio al MF/MG por parte de los gestores. Las razones alegadas son varias. Entre ellas que los médicos de APS no sabían interpretar dichas pruebas porque no eran especialistas, que resultaban muy caras para el sistema sanitario, o que para qué se iban a solicitar si al final las tendría nuevamente que repetir el especialista.

Con estas razones, que a nuestro juicio poseen una carga demagógica importante, no sorprenden las diferencias abismales existentes entre unas provincias y otras, respecto a la capacidad de petición de pruebas complementarias reconocidas a los MF/MG.

La incongruencia llega al extremo de que ser especialista en una determinada materia abre el acceso en muchos casos a todas las técnicas de laboratorio, incluso aunque éstas no guarden relación con esa especialidad concreta. Además, muchos MF/MG adquirieron la especialización por la vía MIR y esas pruebas que "no saben interpretar" por "no ser especialistas" hace tiempo que se vieron en la obligación de solicitarlas e interpretarlas durante su formación hospitalaria. Además, en muchos Centros Docentes, se da la paradoja añadida de que los residentes a quienes "estamos formando" tienen capacidad e incluso obligación de hacer uso de ellas durante su periodo hospitalario.

Alegar la repetición por el especialista de segundo nivel de una prueba de laboratorio ya solicitada por el MF/MG o que resultan muy caras para el Sistema son falacias, pues el hecho de su petición puede condicionar la resolución del problema en el nivel primario o una correcta derivación al especialista adecuado, que de otro modo no **hubiera** sido posible.

En **conclusión** pensamos que somos un grupo de especialistas en APS, con la responsabilidad y formación suficientes para que no deba restringirse en principio el uso de ninguna técnica de laboratorio, al igual que ocurre con los pediatras que trabajan en APS, sin que ello suponga desconocer que existen técnicas de laboratorio muy caras o que pueden existir abusos o un intervencionismo exagerado como en otros niveles asistenciales. La monitorización de las peticiones de aquellas pruebas onerosas, inusuales o que puedan acarrear peligros para el paciente, valorando su pertinencia, podría ser una solución para su control.

Las pruebas mínimas que como MF/MG consideramos imprescindibles para el desarrollo de nuestra función se recogen el siguiente cuadro.

<p style="text-align: center;"><u>HEMATOLOGIA</u></p> <p>– Hemograma e índices corpusculares, fórmula y recuento leucocitario, plaquetas, VSG, tiempo de hemorragia, coagulación, antitrombina-III.</p>
<p style="text-align: center;"><u>BIOQUIMICA</u></p> <p>– Glucosa, urea, creatinina, GOT, GPT, GGT, fosfatasa alcalina, bilirrubinas, CPK, LDH, colesterol, HDL-colesterol, triglicéridos, proteínas totales, proteinograma, iones (Na, K, Ca, P), pruebas reumáticas (factor reumatoide, ASLO, PCR,...), Hemoglobina glicosilada, hierro, transferrina, ferritina, niveles de fármacos (digoxina, carbamacepina, teofilina,...).</p>
<p style="text-align: center;"><u>SISTEMATICO DE ORINA</u></p> <p>– Orina completa, sedimento, microalbuminuria, prueba de embarazo</p>
<p style="text-align: center;"><u>SEROLOGIA</u></p> <p>– Brucellas, Tifo-paratíficas, Mononucleosis infecciosa, Hidatidosis, Sífilis, Marcadores de hepatitis y VIH.</p>
<p style="text-align: center;"><u>MICROBIOLOGIA</u></p> <p>– Cultivos bacterianos y hongos de diferentes muestras</p>
<p style="text-align: center;"><u>HORMONAS</u></p> <p>– T3, T4, TSH</p>

2. ¿En dónde deben realizarse estas técnicas?

La gran heterogeneidad de lugares de trabajo que existen en AP, desde un consultorio en un pueblo de montaña hasta un Centro de Salud urbano, hacen que sea difícil contestar de forma general a esta pregunta.

Pero no hemos de olvidar la facilidad que hay en el traslado de muestras, tanto de sangre como de otros productos biológicos, y la red ya establecida de recogida de análisis en la mayoría de los Centros de Salud rurales así como la posibilidad de una comunicación fluida y rápida utilizando incluso sistemas de fax o módem para la recepción de resultados.

El hecho de que los nuevos analizadores automáticos resulten más económicos y fiables cuando trabajan con un gran número de muestras, nos hace responder, a la pregunta de este epigrafe, que el lugar más idóneo donde realizar estas técnicas sería aquel en el que se procesaran el suficiente número de muestras, fomentando al máximo los servicios de recogida de muestras e incluso formando a determinados profesionales sobre las medidas a adoptar en el traslado de determinados productos biológicos y potenciando a su vez una rápida recepción de los resultados, que no debieran demorarse en absoluto, incluso en los Centros Rurales más alejados utilizando las nuevas tecnologías.

En este punto otro aspecto importante a resaltar es que todos los centros de análisis de muestras deberían de estar sometidos al mismo **control de** calidad que asegurarse idéntica fiabilidad. Así no tendría justificación la repetición por parte del nivel especializado de otros análisis al dudar de los que aporta el paciente.

6.3.2. TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

Los avances tecnológicos están incrementando el número de pruebas diagnósticas que pueden adscribirse a este calificativo. Se trata de test de rápida realización (5 a 15 minutos), sencillez de uso y con una buena correlación con el método estándar. Pueden ser de utilidad en APS y entre ellos se encuentran:

-Métodos de diagnóstico rápido en microbiología

-Analizadores de bioquímica seca

-Analizadores hematológicos

Una descripción más detallada la presentamos en el siguiente cuadro:

ENFERMEDAD	METODO	FIABILIDAD	FACTIBILIDAD	COSTE
-Faringitis estreptocócica	-Anticuerpos monoclonales	-Especificidad muy alta. Sensibilidad 70%	-Buena	-Alto
	-Gram	-Especificidad muy alta. Sensibilidad 70%	-Adiestramiento	-Bajo
-Infección urinaria	-Frotis directo	-Valor predictivo negativo alto, 90%. Bueno para descartar.	-Adiestramiento	-Bajo
	-Sedimento	-Valor predictivo negativo alto, 90%. Bueno para descartar.	-Adiestramiento	-Bajo
	-Gram	-Valor predictivo negativo alto, 90%. Bueno para descartar.	-Adiestramiento	-Bajo
	-Tiras reactivas. Piuria más nitritos	-Valor predictivo negativo alto, 90%. Bueno para descartar. Peor sensibilidad, 75%	-Buena	-Bajo
-Gonococia	-Gram	-Muy específico y fiable (en varones)	-Adiestramiento	-Bajo
-Candidiasis vaginal	-Frotis directo	-Sensible	-Adiestramiento	-Bajo
-Tricomonas	-Frotis directo	-Muy específico	-Adiestramiento	-Bajo
-Oxiuros	-Graham	-Específico. Peor sensibilidad	-Adiestramiento	-Bajo
-Brucelosis	-Rosa de Bengala	-Alta sensibilidad y especificidad en casos agudos.	-Sencilla	-Bajo
-Mononucleosis	-Monosticon, Monospot	-Similar a anticuerpos heterófilos	-Sencilla	-Alto
-Hongos (piel y uñas)	-Frotis directo	-Especificidad intermedia	-Adiestramiento	-Bajo

Entre sus desventajas la primera a señalar es que se trata de métodos caros y no precisamente por el desembolso inicial del aparataje, que es fácilmente amortizable a largo plazo, sino por el coste de cada determinación que puede llegar a ser 5-10 veces más cara que con el método estándar. Otra desventaja es la discreta pérdida de fiabilidad en algunos casos y la necesidad de un pequeño adiestramiento en otros.

Como conclusiones podemos señalar las siguientes:

-Estos métodos pueden ser muy útiles, limitando su uso, es decir utilizándolos tan sólo ante la necesidad de efectuar un tratamiento o derivación precoz.

-Serían también muy interesantes en puntos de Urgencias, sobre todo en Centros de Salud distantes de un hospital.

-Siempre que el resultado no vaya a implicar una actuación **rápida, bien** terapéutica o de derivación, no deberían usarse, por los inconvenientes antes expuestos de fiabilidad y coste.

Acabando esta cuestión nos gustaría comentar unas palabras sobre el autoanálisis, que consideramos la consecuencia última del desarrollo de los métodos de diagnóstico rápido con su expresión máxima y mejor conocida en los auto-analizadores de glucemia, cuya utilidad y eficacia está fuera de toda duda y que han supuesto una revolución en el tratamiento y control de la diabetes en menos de 8 ó 10 años que llevan utilizándose.

En los últimos años a estos aparatos se les han ido añadiendo otros con capacidad para determinar colesterol, HDL-colesterol, hemoglobina glicosilada, etc. En este punto nuestro parecer es mucho más desfavorable al no ver ninguna ventaja sobre el método estándar, ya que miden una variable con muy poca trascendencia a corto plazo y con una fiabilidad y correlación con el método estándar mucho menor.

3. ¿Cómo debe ser la utilización y transmisión de esta información entre el nivel primario y el especializado?.

Quizá sea ésta la respuesta más difícil y la que más encaje en el contenido global de este grupo de trabajo.

Como punto de partida vamos a describir una situación que no es inusual y que constituye el prototipo de la descoordinación.

En esa situación "ficticia" el médico de APS solicita unos análisis y llega a una sospecha diagnóstica que le hace remitir al paciente a un determinado especialista, bien porque el tratamiento lo justifique o bien porque se necesite profundizar en el diagnóstico. El médico de familia mandará un resumen sobre la enfermedad que cree y el especialista comienza de nuevo un estudio "a partir de cero", repitiendo nuevos análisis, quizás algo más completos, pero con la consiguiente repetición de

consultas. En el nivel especializado se llegará a un diagnóstico y tratamiento que se enviará al MF/MG con la indicación de que vuelva a remitir al paciente si empeora, pero sin que se aporten todos los datos analíticos que el especialista ha encontrado, de forma que el paciente tiene normalmente dos historias abiertas con datos analíticos paralelos y en compartimentos estancos.

Esta situación a su vez puede triplicarse si el paciente por un agravamiento de esa misma enfermedad, tuviera que ser ingresado en un hospital.

La solución de este problema no nos parece sencilla si bien podría modificarse en breve periodo de tiempo si evolucionan y se generalizan, al ritmo que lo están haciendo, los sistemas informáticos y de transmisión de información, de forma que no es difícil imaginarse una situación futura en la que a la misma historia informatizada o por los menos a algunos datos de la misma, tenga acceso tanto el especialista como el médico de APS, desde terminales diferentes.

Pero mientras llega la "ciencia-ficción" nuestra propuesta de solución pasaría por unos correctos informes que partieran del médico de **familia, entregando las analíticas realizadas (¡hay hojas de vaciado y no tendríamos que conservarlas!).**

En consecuencia cabría exigirle al especialista iguales condiciones en el regreso de información, de manera que se evitasen los grandes errores en este campo: la duplicación de las pruebas, las molestias al paciente, el gasto y la falta de acceso de uno de los profesionales a los datos clínicos del enfermo que se encuentran realizados en la otra historia.

En cuanto a la cumplimentación de los volantes de petición de pruebas complementarias, debe constar de forma clara y legible el nombre completo y edad del paciente, datos clínicos o sospecha diagnóstica y nombre y apellidos del médico que hace la petición. Así mismo en la respuesta debe constar, también de forma clara y legible, los resultados de la prueba, la fecha y la identificación del especialista que emite el informe. Por las características de estas pruebas, que en ocasiones hacen necesaria la comunicación directa entre ambos niveles y en general para todas las especialidades, es esencial que los especialistas estén bien identificados (**una persona conocida y no un Servicio**). Existen trabajos que demuestran que más de la mitad de los especialistas no se identifican en los informes de respuesta de las interconsultas.

Por último, insistir nuevamente en que **no es admisible la existencia de listas de espera para pruebas complementarias básicas (Radiología simple o Laboratorio)** y que los resultados deben ser vehiculizados por un sistema de correo interno fluido y eficaz.

7. COORDINACION CON SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS E INGRESO DE PACIENTES

7.1. URGENCIAS HOSPITALARIAS.

De todos es conocido el progresivo aumento de pacientes que utilizan los servicios de urgencia del hospital de forma inadecuada. Esta situación ha sido amplia-

mente analizada sin que, de momento, las soluciones aportadas hayan resuelto el problema.

Los usuarios utilizan este Servicio por iniciativa propia buscando "saltarse" las listas de espera, teniendo accesibilidad inmediata a tecnología ("me hicieron análisis y radiografías, no como en el Centro"), lo que constituye el denominado "fenómeno de escape". En este sentido los profesionales de la Atención Primaria tenemos mucho que decir, puesto que, uno de los objetivos de la educación para la salud es la utilización correcta, racional y solidaria de los servicios sanitarios.

Otra causa de la utilización injustificada de las urgencias hospitalarias es la formación de los médicos que envían a los pacientes y la distancia al centro hospitalario. La capacidad de resolución de una zona reconvertida es mayor que la de una zona no reconvertida oscilando entre el 93-95% y el 80-85%, respectivamente. De todas formas sería necesario la formación continuada en medicina de urgencias, tanto en Atención Primaria como en los Hospitales y, en este ámbito, proporcionar una responsabilidad progresiva a los residentes de las distintas especialidades para que su capacidad de discriminación y resolución sea mayor.

También los MF/MG podemos utilizar incorrectamente los servicios de urgencia hospitalarios como "atajo" para acceder a la opinión de los especialistas hospitalarios o a determinadas pruebas complementarias mediante "pactos" previos. Se hace necesario establecer protocolos de actuación conjunta, tanto para enfermedades prevalentes como para las urgencias,... y ¡por supuesto que se cumplan!

Los médicos que trabajan en las urgencias hospitalarias sienten la obligación de llegar a diagnósticos finales y, muchas veces, prescribir tratamientos de dudosa eficacia o, incluso, cambiar tratamientos sin demasiados criterios científicos por la necesidad de intervenir ante el paciente. Sería conveniente un uso racional y eficiente de las pruebas complementarias en las urgencias de los hospitales, para evitar el hospitalocentrismo de los usuarios y la dependencia tecnológica ante, en muchos casos, procesos banales. Y por supuesto, **establecer mecanismos para la continuación de los estudios en Atención Primaria desde las valoraciones en los Hospitales.**

La deficiente información recíproca, en la mayoría de los casos, supone un problema: P-10 contra informe hospitalario con la indicación "para que le recete el médico de cabecera". En este sentido ya existen proyectos y realidades en algunos Distritos y Áreas sanitarias tanto para mejorar la comunicación como para asumir tratamientos y prescripción de primeras recetas desde los Hospitales.

Deberían evitarse, a toda costa, descalificaciones mutuas. Frases como: "¿Por qué me manda a este paciente?", "¿Qué tipo de diagnóstico y tratamiento son éstos?" o "Le han hecho tantas pruebas para nada", sólo generan desconfianza en el paciente y acarrear el desprestigio mutuo entre facultativos, **cuando lo que habría que intentar es precisamente la mejora de la comunicación.**

La desconfianza de los usuarios en el nivel primario está generada, a veces, por los propios compañeros del EAP cuando atienden a pacientes de otros cupos médi-

cos: "Si no le va bien este tratamiento que su médico le mande a urgencias del hospital". La mejora de la comunicación debería comenzar por nosotros mismos, comentando los casos atendidos de otros médicos o fuera del horario habitual de funcionamiento del Centro de Salud.

La mejora en la dotación de recursos para la asistencia de enfermedades urgentes en los Centros de Salud aumentaría también nuestra capacidad de resolución y posibilitaría un aumento de confianza en los usuarios.

7. 2. INGRESO DE PACIENTES.

A pesar de su formación los médicos de familia no tienen facilidades para ingresar directamente pacientes en el hospital. Se pueden apuntar varias razones:

- La inexistencia de camas disponibles para tal fin. -La disparidad de criterios - La falta de recursos en AP para estudio y tratamiento.

Un buen MF/MG se encuentra sobradamente capacitado y debiera estar autorizado para concertar ingresos, tanto urgentes como programados con médicos hospitalarios. Como siempre, serían necesarios protocolos de actuación conjunta, la existencia de información recíproca adecuada, llegar a una responsabilidad compartida,...

Existen criterios para rentabilizar el grado de adecuación de los ingresos hospitalarios que muchas veces no se cumplen. En ocasiones por causas que podrían desaparecer con una buena coordinación con la APS. Así criterios como vivir demasiado lejos, imposibilidad de acceder a consultas externas por listas de espera inmanejables, cuidados menores de aplicación en el propio domicilio o la ausencia de hospitales de crónicos, podrían atenuarse con una buena relación entre niveles y una mayor asignación de recursos en AP, aumentando con casi toda seguridad la eficiencia del sistema y la satisfacción del usuario.

8. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS ESPECIALIZADAS

Muchas veces se acusa a los MF/MG de ser los responsables de las listas de espera del nivel especializado. Con la reforma de la AP y la progresiva incorporación de médicos de familia a los Centros de Salud, mejoró considerablemente la adecuación tanto de derivaciones como de interconsultas a los demás niveles de atención. A pesar de esto existen muchos factores que influyen en las desproporcionadas listas de espera.

Un punto conflictivo de asistencia es la **pervivencia en el segundo nivel de especialistas de cupo de antigua y dudosa formación y especialistas jerarquizados del hospital.** Si bien estos últimos pueden aportar mayor calidad asistencial, la realidad es que los especialistas jerarquizados (FEAs) suelen rotar temporalmente por el Ambulatorio o Centro de Especialidades y, muchas veces, lo viven como "un castigo". Habitualmente los pacientes son vistos por distintos facultativos, lo que genera una retención excesiva, falta de continuidad en la atención y dificultades de comunicación con AP.

Nos parece esencial la existencia de un segundo nivel de atención, que sirva no únicamente de "filtro" para el hospital, sino de referente accesible con el que nos podamos comunicar fácilmente, establecer estrategias para contener las listas de espera y elaborar acuerdos y protocolos que nos permitan priorizar pacientes y racionalizar la asistencia.

Otra causa importante del continuo aumento en las listas de espera es **la excesiva retención de los pacientes en las consultas del segundo nivel**, cuando en muchos casos el seguimiento podría realizarse desde la Atención Primaria. Así ocurre por ejemplo con enfermedades prevalentes en las que el protagonismo del MF/MG debería ser mayor. Estos pacientes (con EPOC, hiperplasia prostática benigna, dispepsia, ACVA, osteoartritis, distimias,...) continúan circulando por el ámbito "especializado", revisándose constantemente, cuando estas y otras muchas enfermedades pueden ser seguidas desde la Atención Primaria con **consultas** puntuales al nivel especializado. Esto disminuiría la lista de espera (¡No revisiones innecesarias!) y aumentaría la confianza de los pacientes en su médico de cabecera.

En muchas ocasiones los pacientes son enviados a otros niveles únicamente **para acceder a pruebas complementarias inaccesibles para el MF/MG**. No deja de ser paradójica esta situación, puesto que el médico que solicite la prueba, probablemente, no tendrá ninguna limitación ni controles de calidad para sus peticiones. Por eso hemos comentado (repetidamente en este Documento) que ecografías, TAC o una mamografía, por ejemplo, deben ser pruebas accesibles en Atención Primaria. Se disminuiría así el número de pacientes enviados a otros niveles de atención, con el consiguiente alivio de las listas de espera.

Los médicos del segundo nivel se muestran con frecuencia reticentes en acudir a los Centros de Salud a conocer a los profesionales de Atención Primaria y hablar/discutir los problemas de comunicación entre niveles, para intentar llegar a consensos/protocolos que permitan una mejora en la **atención. No podemos, desde luego, evitar nuestra parte de culpa en este sentido ya que, en muchas ocasiones, la reticencia es nuestra.** Debemos por tanto insistir en llegar a acuerdos aunque el esfuerzo sea grande.

Deberíamos también **involucrarnos en la gestión de las citas del segundo nivel y comprometer también en este asunto a los especialistas y a los Jefes de Servicio**, estableciendo controles de calidad y realizando evaluaciones periódicas para saber dónde nos encontramos y poder aplicar estrategias correctoras si se detectan problemas.

Por último, no nos debemos olvidar de aplicar técnicas de educación para la salud en todos los niveles de **atención. Conseguir un uso racional y solidario de los recursos sanitarios es una obligación de todos los profesionales. La** información correcta, la desmitificación de la atención especializada o la misma entrevista clínica, forman parte del arsenal de instrumentos para conseguir ese objetivo.

Como corolario, **debemos evitar en lo posible el voluntarismo e intentar siempre llegar a acuerdos institucionales.** De esta manera el coste personal disminuye notablemente y evitamos un agotamiento que de otra forma nos llevaría a la parálisis de cualquier intento de mejorar nuestras relaciones con otros niveles.

9. RELACIONES CON DISPOSITIVOS DE APOYO (TOCGINECOLOGIA, SALUD MENTAL Y SALUD BUCODENTAL).

En este caso la situación debería mejorar por la cercanía relativa o real con la que habitualmente nos relacionamos con dichos dispositivos. Aunque en muchos casos chocamos con la gran cantidad de situaciones variopintas existentes: en ocasiones se dispone de ellos dentro de la Zona básica de salud, lo que facilita las relaciones, pero en otras están centralizados en los Distritos o en Áreas sanitarias.

Una situación conflictiva se suele presentar con Tocginecología, por la reticencia de estos especialistas en relacionarse con los MF/MG y por su escepticismo para que realizemos actividades que hasta hace poco tiempo le correspondían exclusivamente a ellos. Son problemas **frecuentemente** detectados el incumplimiento de las visitas que tienen asignadas dentro del programa de Embarazo, Parto y Puerperio y la repetición de pruebas complementarias, aunque ambos (médicos de familia y tocólogos) las soliciten al mismo laboratorio hospitalario o ambulatorio. La desconfianza mutua que esto genera, el gasto para el sistema y las molestias para las pacientes son obvias.

Estrategias como la gestión de la cita previa de Tocginecología, desde el Centro de Salud o Consultorio, permiten garantizar el total de visitas prenatales consideradas como óptimas y también la asunción de la Cartilla de seguimiento de la embarazada, en la que deben anotarse todas las actuaciones y pruebas complementarias que se realicen en ambos niveles asistenciales. Si los Tocginecólogos están ubicados en el mismo Centro de Salud, estos problemas se mitigan y se pueden entonces ampliar actuaciones a otros programas y a enfermedades concretas mediante la utilización de protocolos y la realización de sesiones clínicas.

En cuanto a **Salud Mental** la situación suele cambiar. En ocasiones los psiquiatras acuden al Centro de Salud a pasar consulta, compartiendo responsabilidades con los MF/MG y estableciendo una relación directa y personal que facilita la comunicación. Generalmente la formación continuada con la exposición de pacientes comunes y la confección de protocolos conjuntos pueden ser buenos mecanismos para que las relaciones sean fluidas y efectivas.

Con **Salud Bucodental** la calidad de relación va a depender igualmente de que esté ubicada en el propio Centro de Salud o esté centralizada para varios centros. Su participación en el programa de Salud Bucodental y la relación de éste con otros programas (salud escolar, control del niño sano, educación para la salud, . . .) evidentemente es esencial.

El **Trabajador Social** del Centro de Salud también forma parte del EAP y su labor es crucial, sobre todo en determinadas zonas básicas de salud. Nuestra relación no debe limitarse a la estrictamente burocrática y tiene que estar completamente integrado en la dinámica de los programas de salud, donde su labor puede modificar su funcionamiento. La participación en la formación continuada debe ser periódica, tanto como formadora sobre sus potenciales actividades (muchas veces desconocidas), como sobre evaluación de su participación en programas.

Con los **Técnicos Especialistas en Rayos** (a veces presentes en los Centros de Salud en los que existen equipos de radiología) y con los Radiólogos, así como con los Técnicos de laboratorio y Analistas, nuestra relación se basará en llegar a acuerdos tanto en forma de protocolos de utilización de dichos servicios como en su posible participación en formación continuada para aclarar conceptos y presentación de casos clínicos.

Una breve reflexión sobre la relación con los **Veterinarios y Farmacéuticos**. Habitualmente son los grandes olvidados de los Centros de Salud y su labor es, en ocasiones, oscura y desconocida. Su integración en formación continuada nos posibilitará un conocimiento más amplio de sus actividades.

10. RELACIONES CON LOS SERVICIOS SANITARIOS PRIVADOS

No se puede negar la realidad que supone la existencia de Servicios Sanitarios Privados y la libertad y el derecho que tienen los pacientes para la utilización de estos servicios. Sin entrar en disquisiciones de política sanitaria, fuera de lugar en este Documento, si queremos recordar la necesidad de una competencia leal entre ambos Sistemas de Atención Sanitaria, a veces complementarios, y de una coherencia de actitud y comportamiento del MF/MG. Trabajamos en un Sistema Público, con sus límites e insuficiencias, pero entre cuyos objetivos finales no está la obtención de beneficios económicos y hemos de coexistir con la Medicina liberal y otras formas de Medicina alternativa que no tienen razón de ser si no existe rentabilidad económica, lo que indudablemente condiciona sobremanera todas sus actuaciones. El aumento de la satisfacción del ciudadano con el Sistema Público puede reducir el recurso de utilización de la Medicina Liberal a los aspectos meramente complementarios de la pública.

11. COORDINACION CON OTROS NIVELES E INSTITUCIONES NO BASICAMENTE ASISTENCIALES.

11. 1. RELACION CON LA COMUNIDAD.

Existe un acuerdo general en que la Participación Comunitaria es un elemento esencial de cualquier Sistema Sanitario.

En 1981 la OMS en su "Estrategia de Salud para todos en el año 2000" destacó tres piezas claves en la APS: Participación de la Comunidad, Colaboración intersectorial y el Uso de tecnología apropiada.

En las experiencias habidas queda de manifiesto que la Participación Comunitaria puede llegar a ser un mecanismo eficaz de control de la gestión y un mecanismo también útil para el diseño de estrategias de planificación locales y regionales, contribuyendo a aumentar el nivel de salud de la población.

Para que la Participación Comunitaria sea posible se necesitan una serie de requisitos previos:

- Descentralización y regionalización de los servicios sanitarios.
- Organización de la comunidad
- Capacitación de los grupos comunitarios
- Fomento de las actividades multisectoriales
- Aceptación de las necesidades sentidas de la población
- Elección adecuada de los representantes comunitarios

Entre los problemas que dificultan la Participación Comunitaria caben destacar **los relacionados con los profesionales sanitarios** (corporativismo, concepción biologicista del binomio salud-enfermedad...), **con la propia comunidad** (ausencia de organizaciones ciudadanas, escasa representatividad de las organizaciones vecinales, falta de **motivación**,...) y **con el modelo político** (ambigüedad política frente a la participación comunitaria, anulación de los movimientos de participación y ausencia de representación de la Administración a nivel local).

A continuación se enumeran los principales métodos de participación comunitaria.

11. 1. 1. CONSEJOS DE SALUD.

Son órganos colegiados de participación en los que intervienen distintos agentes: Administración sanitaria, profesionales sanitarios y representantes de la comunidad. Su composición es variable según los objetivos que asuman y su ubicación: Zona básica de salud o Área sanitaria. Aunque teóricamente deberían contar con capacidad de decisión la realidad es que el desarrollo legislativo les ha limitado a órganos consultivos o de asesoramiento.

Las funciones que tienen asignados los Consejos de salud son:

- Conocimiento y análisis de los problemas de salud de la Comunidad
- Participación en la búsqueda y utilización racional de los recursos existentes para la salud.
- Análisis periódico del funcionamiento y evaluación del Centro de Salud.

Todo esto se concreta en colaboraciones de los Consejos de salud en la realización del diagnóstico de salud, en la implantación de los programas de salud, en ser informados de la memoria anual y del reglamento de régimen interno, en incentivar la participación ciudadana en tareas de salud y en canalizar los sistemas de reclamaciones y sugerencias de los ciudadanos.

El funcionamiento de los Consejos de salud se basa en reuniones, de periodicidad variable, en las que se abordan problemas planteados desde los representantes de la Comunidad o desde el EAP. La temática es amplia y contempla problemas de salud

pública, de gestión de los recursos del Centro de Salud, de relaciones con el segundo nivel, de horarios y barreras de accesibilidad, de actividades de promoción y fomento de participación comunitaria, etc. El Coordinador del Centro de Salud y representantes de los trabajadores del EAP, entre los que el trabajador social puede asumir un papel protagonista, asisten como miembros de pleno derecho a los Consejos de salud.

Los problemas de la Participación Comunitaria en la experiencia española tienen su origen en:

- Una conceptualización teórica inadecuada.
- Obsesión por un único mecanismo de participación: El Consejo de Salud.
- El modelo de participación no fue debatido ni social ni políticamente.
- Diseño tecnocrático del sistema de participación.
- Intento de implantación de mecanismos de democracia participativa con un sistema político básicamente representativo.
- Creación de nuevos espacios de redistribución del poder político.
- Bajo nivel de asociacionismo formal, con ausencia de los sectores sociales más desfavorecidos y necesitados (pobres, marginados, ancianos, mujeres y niños).
- Las Zonas básicas de salud no se corresponden con "Comunidades naturales".
- Participantes comunitarios en los Consejos ocasionalmente poco representativos.
- Voluntarismo y falta de conexión con el EAP de algunos representantes de los profesionales.

Pero pese a los múltiples obstáculos los Consejos de Salud han hecho grandes aportaciones a los servicios sanitarios, fundamentalmente en Atención Primaria, incorporando en funciones de asesoramiento a ciudadanos de a pie, trasladando información del Sistema sanitario hacia el exterior, creando un clima de comunicación entre profesionales y usuarios e inculcando lentamente en aquéllos **la necesidad de tener siempre presente que el objetivo último de su función es atender las necesidades sanitarias de la población a la que asisten.**

11. 1. 2. ENCUESTAS DE OPINIÓN.

Permiten conocer las características de las prestaciones de los Servicios sanitarios desde el punto de vista de los usuarios. Aportan información sobre las actitudes y grado de satisfacción de los usuarios, y constituyen una herramienta más para valorar la calidad asistencial. Para garantizar su utilidad las encuestas deben ser diseñadas y evaluadas por expertos en Ciencias sociales ajenos a la institución que promueve la encuesta. Entre sus inconvenientes destacamos el carácter puntual de todas las encuestas, con lo que pierden valor como mecanismos de evaluación continuada.

En un plano más modesto se pueden elaborar, por el propio EAP, cuestionarios para conocer la satisfacción general o aspectos concretos del Centro de Salud.

11. 1. 3. RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS.

Tanto orales como escritas constituyen buenos métodos para conocer la perspectiva del usuario.

En las áreas de recepción y administración de los Centros de Salud deben existir modelos sencillos de reclamaciones y sugerencias así como la posibilidad de su cumplimentación en lugares que aseguren la intimidad del cliente. También sus mecanismos de contestación y resolución debieran ser eficaces.

11. 1. 4. VOLUNTARIADO SOCIAL.

Son miembros de la Comunidad que participan a través de actividades de autoayuda, animación o educación sanitaria en programas o acciones de mejora del nivel de salud. Pueden ser remunerados o no, y en todo caso, integrantes de la Comunidad no profesionalizados.

11. 1. 5. GRUPOS DE AYUDA MUTUA (SELF-HELP GROUPS O MUTUAL AID GROUPS)

Son grupos de personas que comparten un problema de salud y se unen para mejorar su situación. Generalmente se trata de grupos reducidos, formados por personas ajenas a la profesión sanitaria y organizados de forma no jerárquica (alcohólicos anónimos, diabéticos, esclerosis múltiple,...).

Entre sus actividades destacan: Apoyo emocional, información y consejos sobre cuidados, actividades sociales, acciones reivindicativas ante entidades públicas y aportar determinadas prestaciones a sus miembros. El papel de los profesionales debe ser activo y de apoyo a estos grupos.

Desde los servicios sanitarios debemos reunir pacientes con un mismo problema, con fines informativos y educación sanitaria, lo cual puede generar dichos grupos, evitando siempre el excesivo protagonismo y dirigismo profesional.

La acción comunitaria debe formar parte del quehacer del médico de familia, potenciando todos los canales de participación de los ciudadanos y asumiendo que los mecanismos de participación en Atención Primaria y los métodos para conocer la perspectiva del cliente son múltiples. Aparte de los señalados (Consejos de Salud, Encuestas de Opinión, Reclamaciones y Sugerencias, Voluntariado Social, Grupos de Ayuda Mutua) cabría añadir los Contactos con Redes Sociales, las Relaciones con Asociaciones, los Informadores Clave, los Sistemas de Marketing Social y Relaciones públicas, las Relaciones con Instituciones de otros sectores sociales, los Grupos de discusión, los Clientes "Centinela", etc.

En definitiva, es imprescindible que desarrollemos en el EAP **una cultura de orientación de los servicios al usuario, permitiendo la máxima libertad de elección por parte de los pacientes** y favoreciendo una relación médico/paciente orientada al consumidor.

11. 2. RELACIONES CON INSTITUCIONES NACIONALES-INTERNACIONALES

11. 2. 1. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (SemFYC).

Es la Sociedad Científica que aglutina en España a la mayoría de los médicos de familia. Sus fines primordiales son:

- Promocionar y fomentar el progreso de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria.

- Representar los intereses de sus miembros en el marco de las leyes antes los Organismos de las Administraciones Públicas Sanitarias, Docentes y otros Organos.

- Servir de órgano informativo respecto de las funciones y fines de la especialidad y colaborar con otras entidades para elaborar estudios, informes o propuestas.

- Organizar actividades de investigación, formación, culturales o asistenciales en colaboración con las Administraciones Públicas, Hospitales, Centros de Salud, Colegios de médicos, Facultades de Medicina y otras Sociedades científicas.

11. 2. 2. COMISION NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD (CNE).

Es un órgano asesor de los Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación y Ciencia. Las relaciones de los Centros de Salud y de los médicos de familia con la CNE se establecen en aras a facilitar sus funciones de supervisión de las Unidades Docentes, de acreditación docente de los Centros de Salud y de formulación de los contenidos teóricos y prácticos de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

11. 2. 3. WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS (WONCA).

Es la organización más importante a nivel mundial, integrada por **sociedades** científicas, academias o colegios nacionales de MF/MG de los países de Europa, EE.UU., Canadá, Australia y muchos otros.

Su objetivo es mejorar la calidad de vida de las poblaciones, promoviendo estándares altos de calidad en la Atención Primaria y favoreciendo el protagonismo

de los MF/MG. Organiza congresos y conferencias mundiales y fomenta las actividades de docencia e investigación en Atención Primaria.

12. RELACIONES DE LOS MEDICOS DE FAMILIA CON LOS NIVELES DE GESTION DE LA ASISTENCIA SANITARIA.

12. 1. MARCO DE REFERENCIA

La **Ley General** de Sanidad de 1986 definió las Areas de Salud como las estructuras fundamentales del Sistema Sanitario, responsabilizándolas de la **gestión unitaria** de los centros y establecimientos del Servicio de Salud incluidos en su demarcación territorial. Especifica que en ella han de desarrollarse las actividades de los dos niveles de atención, Atención Primaria y Atención Especializada, y que, en todo caso, se han de establecer las medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los dos niveles asistenciales.

EL Real Decreto 521/1987, estableció el Reglamento de estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, y detalla la estructura y funciones de los **órganos de dirección de los hospitales** (Gerencia, Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Dirección de Gestión y Servicios Generales, Jefes de Servicio y de Sección, etc), así como los órganos de participación y asesoramiento. El contenido del Real Decreto se centra básicamente puertas adentro del hospital, si bien, entre las funciones de la Comisión de Dirección, se incluye el estudio de las medidas pertinentes para la ordenación y coordinación interna y en relación con las necesidades del Area de Salud adscrita.

El Real Decreto 571/1990, sobre la Estructura periférica de Gestión de los Servicios Sanitarios gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, estableció **las estructuras de gestión de los Sectores/Áreas sanitarias**, con la creación de las Direcciones de Sector, en las que se incluían los equipos de gestión de Atención Primaria y de Atención Especializada bajo la figura del Director del Sector, como responsable de su dirección y coordinación.

Dichas Direcciones de Sector no llegaron a desarrollarse, y el Real Decreto quedó posteriormente anulado por el nuevo R. D. 347/1993 sobre Organización de los Servicios Territoriales del Insalud, en el que entre las funciones del Director Provincial se incluye la de la coordinación funcional de los servicios de Atención Primaria y Especializada, con el objeto de asegurar la continuidad y el carácter integral de la asistencia.

Este R. D. establece también la **estructura de las Gerencias de Atención Primaria** en cada una de las Areas de Salud, que incluye las figuras del Gerente de Atención Primaria, el Director Médico y el Coordinador del EAP. En concreto establece como función del Director médico la organización de la actividad asistencial a través de los Coordinadores de los EAP, que mantienen su función asistencial y ejercen la dirección de los recursos y servicios que el equipo preste a la población asignada.

12. 2. RELACIONES DE LOS MEDICOS DE FAMILIA CON LAS GERENCIAS DE ATENCION PRIMARIA.

Desde su creación, los equipos directivos de las Areas Sanitarias (Gerentes, Directores y subdirectores médicos) han estado integrados en gran parte por médicos de familia provenientes de la asistencia, con inquietudes o interés en el desarrollo de la reforma de la Atención Primaria, aunque sin formación específica de gestores.

¿Cómo ha influido esto en la relación que se ha establecido entre los MF/MG y las Gerencias respectivas?.

Por un lado, los MF/MG de los EAP han tenido facilidad para relacionarse con ellos en todo lo referente a su trabajo: les han considerado a menudo como compañeros, y han coincidido en intereses e ideas comunes respecto a cómo debían organizarse los servicios.

Por otro lado, estos mismos médicos han sufrido a menudo la carencia de experiencia y formación en la gestión de los equipos directivos: actuaciones contradictorias, falta de claridad respecto a la relación y funciones de los diferentes niveles de apoyo o gestión (técnicos de salud, direcciones de enfermería, directores de gestión, etc), cambios o bandazos en las líneas de trabajo o de organización no bien comprendidos, etc.

El cauce habitual de relación del EAP con la Gerencia, tal como se definía en el Real Decreto antes citado, se ha establecido fundamentalmente a través del Coordinador/Director del Centro de Salud, como responsable del equipo. En este sentido, no han podido evitarse problemas relacionados con las funciones y dependencia del personal de enfermería, así como con el papel a desarrollar por las Direcciones de enfermería, pero en general se ha mantenido el equipo como una unidad de producción específica, evitándose la separación entre estamentos que se produjo en su momento en los hospitales.

El grado de participación en la gestión y en la toma de decisiones de los Coordinadores o Directores de los centros ha sido muy variable, y dependiendo de las Areas sanitarias ha existido una mayor o menor sensación de autonomía y capacidad autoorganizativa. Cuando ha existido, esta participación se ha producido básicamente en los siguientes campos:

- Participación en el establecimiento de objetivos anuales (actualmente Contrato Programa).
- Organización de la asistencia
- Gestión de personal (vacaciones, bajas, propuesta de suplentes, etc).
- Participación en las decisiones sobre obras y equipamientos de los centros.

PROPUESTAS

Durante estos últimos años, la relación entre los médicos de familia y sus Gerencias en el ámbito del Insalud se ha visto influida por el nuevo modelo de incentiviación en Atención Primaria, basado en el desarrollo de la Cartera de Servicios en Atención Primaria, con un sistema de medida del producto y unos incentivos económicos y profesionales ligados a la capacidad de ahorro y al cumplimiento de objetivos.

¿Cómo ha influido esto en la relación con la Gerencia? ¿Cuál debería ser el futuro? ¿Es positivo que se siga en esta línea?.

Pensamos que, en cualquier caso, el futuro pasa, al igual que en todos los países de nuestro entorno, por la implementación de medidas tendentes a conseguir la contención del gasto sanitario, y que en este sentido, en una organización profesional como la nuestra, con una financiación y provisión fundamentalmente públicas, las vías de relación de los MF/MG con las Gerencias han de estar marcadas por:

- **La descentralización de la gestión**, haciendo efectiva la participación real de los profesionales en la toma de decisiones a todos los niveles.

- **La incentiviación de los profesionales ligada al cumplimiento de objetivos económicos y asistenciales**. En este sentido, es preciso avanzar y mejorar los actuales sistemas, tanto en los aspectos de medida de la actividad asistencial como de asignación de recursos.

12. 3. RELACIONES DE LOS MF/MG CON LAS GERENCIAS DEL HOSPITAL DE REFERENCIA.

La ordenación de la relación entre los dos niveles asistenciales ha constituido desde siempre uno de los principales problemas, tanto para el médico de familia como fundamentalmente para el usuario. Con escasas excepciones, la relación de los MF/MG con las Gerencias de Atención Especializada ha sido prácticamente inexistente, y no solo eso, sino que a menudo también ha sido muy dificultosa la relación entre las dos Gerencias, Primaria y Especializada.

Los motivos de esta falta de entendimiento son varios, relacionan **fundamentalmente con el excesivo protagonismo que adquieren el hospital y sus múltiples problemas, en comparación con la atención ambulatoria y la coordinación con la Atención Primaria, que son considerados temas menores y poco atractivos para los gestores y profesionales de atención especializada**.

Consecuencia de ello (analizada con más detenimiento en otros apartados de este Documento) ha sido **la degradación** que han experimentado muchos Ambulatorios tras el proceso de jerarquización y, en general, la atención especializada ambulatoria:

- El MF/MG no sabe habitualmente qué especialista va a atender al paciente que deriva, por el continuo recambio de los profesionales que atienden estas consultas, y puede ocurrir que un mismo paciente sea atendido por varios especialistas para un mismo proceso.

- Las listas de espera de consultas de atención especializada y pruebas diagnósticas solicitadas por Atención Primaria crecen sin que al parecer nadie se ocupe de gestionarlas.

- El MF/MG se enfrenta a menudo con que su capacidad diagnóstica se ve limitada por falta de acceso a determinadas pruebas complementarias, que decide el hospital de referencia sin motivos aparentes y sin que haya existido un acuerdo previo entre ambos equipos directivos.

- La elaboración de protocolos conjuntos de atención entre profesionales está siendo muy lenta y costosa, y a menudo el especialista busca imponer su criterio sin entender bien la necesidad de tales protocolos.

Si a esto se añaden los problemas de comunicación entre ambos profesionales, que en muchos casos no tienen contacto entre sí pero sí múltiples quejas mutuas en cuanto a que los partes de derivación o interconsulta no se cumplimentan adecuadamente, en cuanto a quién debe hacer los partes de ILT y las recetas, etc., **queda clara la importancia de abordar estas tensiones estableciendo cauces de relación entre profesionales y de éstos con los equipos directivos.**

PROPUESTAS

Estos cauces de relación deberían propiciarse desde ambas Gerencias y Direcciones médicas y deberían existir al menos a los siguientes niveles:

-Entre MF/MG y los especialistas de referencia para el abordaje de temas médicos y de formación: interconsultas de casos, elaboración de protocolos, sesiones clínicas, etc.

-Entre los Coordinadores de los EAP y los Jefes de Servicio de las Especialidades Ambulatorias y de Servicios Centrales, o, en su caso, el Director de ambulatorio, para la organización asistencial: agendas de especialistas, asignación de especialistas a los Centros, intercambio de información clínica, temas asistenciales relacionados con los programas y protocolos del Area, problemas de listas de espera, temas de docencia e investigación, etc.

-Entre los Coordinadores de los EAP y el Servicio de Admisión del hospital para aspectos relacionados con sistemas de información y citación: programa de citas en las consultas y servicios diagnósticos de Atención Especializada, programa de notificación de las altas hospitalarias a los Centros de Salud, etc.

Por otro lado, y por los mismos factores que se señalaban al hablar del futuro de la relación entre el médico de familia y Gerencias de Atención Primaria, las vías

de relación de los MF/MG con las Gerencias de Atención Especializada **han de estar marcadas por la necesidad de centrar el sistema sanitario en el médico de familia como elemento integrador y por la introducción de mecanismos de mercado dentro de un sistema fundamentalmente público**, con objeto de intentar disminuir las ineficiencias propias de éste.

En esta línea, hace años que se vienen desarrollando intentos de poner en marcha la facturación de las interconsultas y las pruebas diagnósticas solicitadas por los MF/MG al nivel especializado. Con ello se conseguiría mejorar la información actual de los recursos consumidos por esta vía por cada médico de familia/EAP, y posibilitar un cierto nivel de competencia entre servicios especializados que, si es debidamente controlado, serviría de acicate para mejorar la eficiencia y la oferta de dichos **servicios. Pero sobre todo se conseguiría devolver al MF/MG una mayor sensación de control sobre el proceso asistencial y sobre los servicios de apoyo que necesita, y muy probablemente equilibraría la actual relación médico de familia-médico especialista, que en la actualidad es en muchos casos desigual y un tanto menospreciativa por parte del nivel especializado.**