

*Recomendaciones de la*

*Sociedad Castellano-Manchega de*

*Medicina de Familia*

*sobre*

*coordinación entre niveles asistenciales*

*(Diciembre, 2002)*

## **Índice:**

1. Introducción.
2. Situación actual.
3. Alternativas.

## 1. Introducción.

La existencia de una **comunicación fluida, flexible y equilibrada** entre la Atención Primaria de Salud (AP) y la Atención Especializada (AE) es condición indispensable para garantizar la eficacia del Sistema Sanitario.

Una de las **funciones** más importantes del Médico de Familia 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.

La posición del Médico de Familia es clave para regular la entrada en el segundo nivel asistencial. El Médico de Familia 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, este mecanismo de **puerta de entrada** hace que las herramientas diagnósticas del segundo nivel asistencial sean utilizadas de forma adecuada de acuerdo a su valor predictivo positivo.

Pero no sólo es importante una buena relación entre AP y AE. La AP también necesita **disponer de un mayor y más rápido acceso a los medios de apoyo técnico** (pruebas complementarias) 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 prevalentes. Sin ello, no se puede desempeñar el perfil profesional del Médico de Familia en toda su amplitud y los pacientes acuden de forma innecesaria al segundo nivel asistencial, con repercusiones negativas sobre las listas de espera.

A nivel legislativo, desde que se iniciara la reforma sanitaria este tema ha sido contemplado en las siguientes normas:

- En 1984 se publica el **Real Decreto sobre estructuras básicas de salud**, en el que se hace referencia en el artículo 7º a la coordinación de niveles: *"Los EAP desarrollarán su actividad en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados que se den a otro nivel, lo que se determinará específicamente en las disposiciones de desarrollo de este Real Decreto"*.
- En 1986 con la publicación de la **Ley General de Sanidad** se definen en el artículo 56, las Áreas de Salud como *"las estructuras fundamentales del Sistema Sanitario"* y en el mismo artículo se delimitan dos niveles de atención: el nivel de la AP integrado por los Equipos de Atención Primaria y sus equipos de apoyo, y el nivel de AE, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes de aquellos.  
En el artículo 65 de la misma ley, se establece la necesidad de que *"en todo caso se establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales"*.

Con la posterior aprobación de la Ley General de Sanidad no se llevó a cabo la creación de vínculos institucionales y organizativos entre la AP y la AE, existiendo hasta hoy una descoordinación entre los niveles de Atención Sanitaria.

- Por último, el Real Decreto 1993 sobre **organización de los Servicios Territoriales del INSALUD**, en el que entre las funciones del Director Provincial se incluye la de coordinación funcional de los servicios de AP y AE, con el objeto de asegurar la continuidad y el carácter integral de la asistencia. En nuestro medio sanitario, se creó la Comisión Paritaria de Área entre AP y AE, cuyo funcionamiento ha sido muy deficiente en la mayoría de los casos, y de cualquier manera no ha servido para mejorar la coordinación de los distintos niveles. Con la desaparición de las Direcciones Provinciales, queda por conocer si ésta comisión seguirá existiendo y en su caso quien la convocará y quien ejercerá la secretaría.

## **2. Análisis de la situación actual.**

Los responsables sanitarios hasta ahora no han tenido entre sus objetivos el desarrollar los apartados anteriormente referidos, y como consecuencia, la **situación es de mayor desvinculación** entre la AP y AE, con los problemas y la ineficiencia que ello conlleva.

En algunos aspectos **un nivel culpabiliza al otro**, de forma recíproca (AP/AE) por no poder resolver ciertos problemas (ej.: listas de espera, aumento de pruebas complementarias, gasto farmacéutico,...). Existiendo en ocasiones más competencia que colaboración. La administración no ha intervenido con su arbitraje en estos conflictos y tanto gerentes de AP como de AE han preferido caminar hacia la delimitación de terrenos.

El único **nexo** de unión que existe actualmente es el **volante de interconsulta**, modificado en varias ocasiones, sin conseguir con ello que estuvieran mejor cumplimentados, tanto por un nivel como por otro, ni por supuesto conseguir mejorar la comunicación entre ambos medios. La utilización del paciente para llevar mensajes, como transmisión de información de un medio a otro de forma verbal está creando no pocos problemas y malestar.

Los **dos niveles de asistencia sanitaria tienen una configuración distinta**: los Equipos de Atención Primaria están constituidos como equipos multidisciplinares con participación de los diferentes profesionales en las decisiones, mientras que los servicios de AE tienen sus estamentos separados (médicos/enfermeras) siendo más difícil en esta situación compartir objetivos. La figura del Coordinador del Equipo de Atención Primaria también es diferente al actual responsable del Servicio en AE, en algunas ocasiones Jefe de Servicio vitalicio, dificultando esto la dinámica de funcionamiento.

Al inicio de la implantación de los Equipos de Atención Primaria se reduce prácticamente a la mitad el número de interconsultas, pero la transición del antiguo ambulatorio a centro de especialidades se realiza sin adecuar los recursos necesarios. En las consultas de AE se aumenta el tiempo de dedicación al paciente (aumento del tiempo de consulta, disminución del número de pacientes). En el modelo anterior en dos horas se atendían una media de cuarenta pacientes. Esto y otros factores (ej.: retención de pacientes en los circuitos de Consulta Especializada) han favorecido el aumento de listas de espera. Ciertamente es que los servicios de especialidades han seguido sin

externalizar sus funciones, minusvalorando en ocasiones las consultas y centrándose más en el trabajo hospitalario.

El desconocimiento del funcionamiento de los dos niveles respectivamente ha originado desconfianza e incomodidad entre ellos. Ésto lleva con bastante frecuencia a repetir pruebas complementarias, también como hemos referido antes a retener pacientes en consultas sucesivas. Estas situaciones tienen más dificultad cuando la consulta de AE tiene carácter rotatorio y el profesional es distinto en cada consulta que acude el paciente.

Los contactos personales a nivel profesional están reducidos a reuniones de médicos de los EAP y algún médico de AE que imparte un tema concreto. Estos encuentros son organizados por la industria farmacéutica (en la mayoría de ocasiones con el objetivo de promocionar un fármaco determinado).

Actualmente tanto en la AP como en la AE no se contempla en la distribución de tiempos un apartado para la actividad de reuniones conjuntas entre los profesionales.

### **3. Alternativas. Recomendaciones generales de calidad para la Coordinación entre los Niveles Asistenciales en el SESCAM.**

A continuación se propone un conjunto de medidas agrupadas y clasificadas en el marco de seis grandes líneas de acción.

- I. Aprobar un Plan Integral de Coordinación entre niveles en Castilla-La Mancha con una estructura, objetivos, actividades, evaluación y financiación apropiados.**
- II. Refuerzo y potenciación del papel central y director de los Profesionales de Atención Primaria (PAP) en el proceso asistencial de los pacientes que tiene asignados.**

#### ***1. Campaña de publicidad institucional.***

Dirigida tanto a la población general como a la propia organización. Esta campaña tendría un triple objetivo:

- Recuperar la imagen y el prestigio del antiguo médico de cabecera.
- Proporcionar una información veraz sobre las capacidades y servicios que pueden ofertar los PAP.
- Contrarrestar el impacto de las campañas de publicidad que se realizan desde los entes privados subrayando el papel integrador del PAP en la biografía del paciente.

Los mensajes dirigidos a la población general deberán hacer énfasis en el valor del conocimiento de la totalidad de la biografía sanitaria que tienen los PAP, lo que les faculta para interpretar mejor que nadie las necesidades asistenciales de sus pacientes así como los potenciales beneficios que puede esperar de diversas intervenciones en salud.

Sobre la propia organización, la campaña habrá de dirigirse tanto a los PAP como a los de Atención Especializada (PAE), incidiendo en este caso en la necesidad de ofrecer una mayor accesibilidad al paciente y flexibilizar su oferta.

#### ***2. Medidas Organizativas.***

Todas las propuestas de mejora en la relación entre niveles asistenciales que a continuación se detallan pasan por tener más tiempo tanto en AP como AE, para poder dedicar un espacio específico a este tema. Para ello es necesario disminuir y/o ajustar los cupos elevados y reducir la demanda y la burocracia innecesaria.

- a) Crear un buzón de sugerencias donde se recojan las quejas o posibles problemas de relación entre los profesionales de los dos niveles, que serían vistas por un coordinador de cada nivel y se discutieran entre ellos para corregir periódicamente (canalización de quejas). Se debería instaurar un mecanismo de seguimiento de dichas quejas para comprobar su evolución y eventual resolución.
- b) Promover la cumplimentación correcta del Parte Interconsulta (PIC) por ambos niveles. Se sugiere la conveniencia de crear el PIC electrónico (e-PIC), en el que se definan los campos que proporcionan información relevante y que serían de obligada cumplimentación, de tal forma que la aplicación informática no dejara enviar el e-PIC si no están rellenos.
- c) Se debe intentar que sea el mismo especialista el que vea al paciente durante un mismo episodio clínico.
- d) Promover la realización y envío (preferible por correo electrónico) o entrega por el propio paciente al PAP de informes de alta tanto médica como de enfermería conteniendo la información clínica relevante y recomendaciones de actuación. En las altas hospitalarias o de consultas externas el Médico de AE (MAE) debe prescribir la primera receta.
- e) Facilitar al Médico de AP (MAP) la gestión directa de Agendas de Citación en Consultas Externas de Atención Especializada en orden a evitar la deambulación innecesaria de los pacientes compatibilizando en lo posible las citas con la atención personalizada. Se debería establecer un cupo de citas por Centro de Salud y en aquellos que se desviaran ostensiblemente respecto a la media, el coordinador debería hacer un informe justificando tal desviación. En el caso de que la desviación afectara a un sólo facultativo, se hará una auditoría de sus derivaciones. Las citaciones desde AP deberán ser exclusivamente ordinaria y preferente, y desde AE sólo se deberán remitir altas o revisiones, que serán citadas siempre por el MAE, independientemente del tiempo que transcurra hasta la revisión.  
Se deberían contemplar objetivos comunes y congruentes para AP y AE.
- f) Definir claramente las consultas preferentes con limitación de tiempo de espera para la realización de las mismas (no más de 10 días) con conocimiento de los gestores y los profesionales de los dos niveles y seguimiento de las mismas.
- g) Facilitar las visitas de los PAP al Hospital cuando sus pacientes estén ingresados, tanto para reforzar la relación médico-paciente como para intercambiar información con el MAE o la enfermera de planta. En los

ingresos hospitalarios, los servicios de admisión deberán enviar al MAP la notificación de los ingresos y en su caso de las defunciones.

- e) Fomentar la relación del Servicio de Urgencias con los MAP mediante actuaciones regladas después de la atención urgente:
  - Remitir siempre al paciente con su informe al MAP.
  - Incluir en el informe recomendaciones y sugerencias al MAP, con notas al final del informe del tipo: “Estas recomendaciones están sujetas a las modificaciones que el MAP estime oportuno”.
  - Desde el Servicio de Urgencias sólo se podrán hacer citaciones preferentes dando conocimiento al MAP. Esto se considera una medida fundamental para evitar los by-pass y cortocircuitos que se producen en el sistema a través del Servicio de Urgencias, que sobrecargan al mismo y pervierten el sistema.

### ***3. Aumento de la capacidad de resolución en AP.***

- a) Facilitar y ampliar el acceso a pruebas diagnósticas del MAP protocolizando los modelos de petición más complejos. Esta protocolización debería afectar tanto a los MAP como a los MAE. Estos protocolos no sólo servirían para mejorar la indicación de las pruebas diagnósticas sino también como soporte para defender la no realización de determinadas pruebas en procesos concretos.
- b) Incentivar la formación de todos los profesionales de ambos niveles.
- c) Facilitar el acceso al uso de determinados fármacos de uso hospitalario en los puntos de atención urgente. Se debe homogeneizar el botiquín de urgencias en todos los PAC de la región.
- d) Promover una reflexión y reconsideración acerca de las tecnologías de utilización directa en AP, que deberían estar disponibles en todos los centros de salud. Se deberá proporcionar la formación necesaria a los PAP para el manejo de las nuevas tecnologías que se implanten.
- e) Reivindicar el papel de la enfermería en A.P en el sentido de tener asignada una población fija, no siendo adecuada la organización de su trabajo por un determinado programa o prueba diagnóstica, propiciando un abordaje integral de los cuidados del paciente.

### ***4. No fomentar la creación de unidades monográficas hospitalarias o de otros ámbitos orientadas al manejo de situaciones prevalentes y comunes cuya gestión corresponde al ámbito de AP.***

### ***5. Se deberá evitar que la creación de los Centros de Diagnóstico y Tratamiento en nuestra Comunidad Autónoma favorezca la derivación inadecuada desde primaria a especializada y a urgencias, ya que la mayor accesibilidad y la presión del usuario pueden favorecer dicha derivación.***

**III. Creación, mantenimiento y utilización de un núcleo común, compartido y accesible de información clínica relevante.**

- a) **INVERSIÓN PRIORITARIA EN ESTE ÁREA.**
- b) **NECESIDAD INELUDIBLE Y URGENTE DE POTENCIAR LA INFORMATIZACIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS.**
- c) Se debería tender en la medida de lo posible a la **historia informatizada única y accesible** a PAP y PAE.
- d) Base datos de informes de alta, episodios, diagnóstico por imagen y laboratorio accesible a través de Inter/Intranet con las debidas garantías de protección de intimidad.
- e) Uso de nº único identificador de paciente (tarjeta sanitaria).

**IV. Fomento de la comunicación, interrelación y transferencia entre AP y AE.**

**1. Establecer sistemas de comunicación reglados y estables entre el PAP y el PAE**

- a) Horarios fijos y conocidos para consulta telefónica, con la creación de un número de teléfono único para cada hospital al que el MAP pudiera llamar para comunicarse con el MAE de cada especialidad.
- b) Fomentar la interconsulta sin derivación a través de los distintos medios disponibles.
- c) Correo electrónico: fomentar el uso cotidiano y sistemático del correo electrónico para la comunicación entre el MAP y el MAE, contemplando dicho uso en el contrato programa.

**2. Fomento del conocimiento personal entre PAPs y PAEs.**

- a) Jornadas de trabajo en torno a temas clínicos de interés común.
- b) Desplazamiento de especialistas a los centros de salud.
- c) Períodos de reciclaje de los PAP en el Hospital (mínimo 2 semanas).
- d) Conocer físicamente los servicios de urgencias de los hospitales y de los centros de salud (intercambio de guardias o rotaciones).

**V. Fomento del uso apropiado y homogéneo de la tecnología médica.**

**1. Instalación en la red corporativa de Guías de Práctica Clínica (GPCs) y farmacológicas:**

- a) **Ámbito Regional.**
- b) **Dirigidas a problemas de alta prevalencia.**
- c) **Fundamentadas en revisiones sistemáticas de la mejor evidencia disponible.**
- d) **Definición de los datos a aportar desde primaria a especializada cuando se derive a una paciente (por patología).**
- e) **Redefinición de la necesidad y periodicidad de las revisiones en A.E. por patologías.**



*2. Establecimiento e instalación en la red corporativa de protocolos de actuación para el acceso a prestaciones de AE (dado que estos protocolos son de ámbito local, sólo deberían colgarse de las páginas de los centros correspondientes). Se debería garantizar un mínimo acceso equitativo a toda la población.*

- a) Ámbito local
- b) Orientadas a procedimientos reglados de actuación en situaciones concretas.

*3. Facilitación de acceso gratuito a bases de datos bibliográficas rigurosas, prácticas y relevantes.*

**VI. Orientación de líneas de investigación sobre resultados y funcionamiento del Sistema de Salud en Castilla-La Mancha**

- a) Encuesta a la población acerca del funcionamiento actual de la coordinación de niveles.
- b) Investigación retro y prospectiva relativa a la frecuentación y características de uso de los niveles asistenciales en Castilla-La Mancha.