

Relació entre l'atenció primària i l'hospitalària. Situació actual i propostes de millora

Magdalena Bundó, Jordi Delàs, Montserrat Gavagnach, Pere Nolasc Acarín, Miquel Torres

Comissió de Medicina i Especialitats Relacionades del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut¹, adscrit a l'Institut d'Estudis de la Salut.

¹Òrgan assessor del Departament de Salut i Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació de la Generalitat de Catalunya

Revisors del document i membres de la mateixa Comissió:

Josep Anton Capdevila, Francesc Cardellach, Juan María Cinca, Manel Ramon Chanovas, Vicent Fonollosa, Sergi Martínez, Ferran Nonell, Àngels Santessmasses, Josep Terés, Antoni Torres

Resum

La bona coordinació entre els professionals de l'atenció primària i l'hospitalària és un dels punts clau per aconseguir millorar la satisfacció dels usuaris i la dels professionals que els atenen, fet que també afavoreix el contínuum assistencial i l'eficiència del sistema sanitari. S'analitza l'opinió que sobre aquesta realitat actual té un grup de metges catalans d'ambdós nivells assistencials, i es fan reflexions i propostes de millora.

Introducció

La Llei General de Sanitat de 1986 estableix dos nivells assistencials: l'atenció primària (AP) i l'hospitalària, i apunta que *"en todo caso se establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes modelos asistenciales"*¹. Però, el cert és que ni el temps ni la reforma sanitària han aconseguit garantir la comunicació entre aquests dos àmbits que cada cop estan més allunyats l'un de l'altre, amb totes les conseqüències que això comporta. Hi ha molts pocs treballs publicats a Espanya i arreu del món² sobre els intents d'aproximació entre els dos nivells assistencials. Les poques iniciatives que s'han produït en el territori espanyol^{3,4} han estat aïllades, heterogènies, descoordinades i basades en el voluntarisme. Moltes d'elles han anat desapareixent per manca de temps i de suport institucional.

La desconexió entre nivells va en detriment de la qualitat assistencial en agreujar les llistes d'espera, els desplaçaments innecessaris dels pacients i la insatisfacció dels professionals sanitaris. Problemes com les derivacions mal realitzades per part del metge d'AP a l'hospital i la prescripció delegada per part dels especialistes al metge de família fan que l'ambient es vagi enrarint cada cop més i que el que hauria de ser una cooperació, per tal d'afrontar un objectiu comú que és el benestar del pacient, es converteixi en una lluita en la qual en moltes ocasions es veu el professional de l'altre nivell com un enemic generador de feina.

Amb el pensament que la situació en el nostre país és, en aquest moment, complicada i que existeix una gran desconexió entre l'AP i l'hospital, es va crear en el si de la Comissió de Medicina i Especialitats Relacionades del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS) un subgrup amb l'objectiu d'aprofundir en la relació entre els dos nivells.

Mètodes

Per tal de tenir més dades de la situació actual, el grup es va plantejar realitzar una enquesta, amb l'objectiu de conèixer el tipus i la satisfacció de la relació i recollir propostes de millora i aspectes que es consideren bàsics per poder establir una bona comunicació entre els dos nivells. Es va enviar a 50 metges d'AP i a 49 internistes de centres diferents d'arreu del país, tant de l'àmbit rural com urbà; hi estaven representades totes les entitats proveïdores.

Resultats

Atenció Primària

De l'AP van contestar 25 metges (50%). Tretze metges (52%) consideren la comunicació deficient o regular, 8 (32%) bona i 4 (16%) molt bona. Respecte a les especialitats quirúrgiques, els percentatges corresponents són 84% (deficient o regular) i 12% (bona) i no n'hi ha cap

Correspondència: Dra. Magdalena Bundó
c/ de la Plaça s/n
08303 Premià de Mar
Tel. 93 754 77 24
Fax 93 754 77 29
Adreça electrònica: mbundo.bnm.ics@gencat.net

que pensi que la relació és molt bona. En el 96% dels casos funcionen els circuits de derivació preferent per als pacients amb sospita de càncer i el seu funcionament es considera bo o molt bo en 23 casos (92%). A la pregunta de si al seu centre existeix una via alternativa a urgències per enviar de forma preferent els pacients a algun especialista de l'hospital, 19 (76%) van contestar que era la via telefònica amb una persona de contacte, encara que també es fan servir, en alguns casos, el fax o el correu electrònic. En 4 casos (16%) no hi ha cap sistema definit.

En 24 casos, la via preferent de recepció de la informació a l'alta hospitalària del pacient és a mans del propi pacient o d'un familiar i 17 metges (68%) consideren que la millor via seria el correu electrònic. Per a 15 (60%), la informació que es rep és bona.

Respecte a les consultes externes, 21 metges (84%) expliquen que en menys de la meitat dels casos reben un informe després de la visita del pacient a l'hospital i que, d'aquests, només un de cada dos són llegibles. Dels informes procedents d'urgències, 9 (36%) pensen que només són llegibles el 50%.

Del total, 15 metges (60%) reben informes d'infermeria a l'alta de l'hospital i 17 pensen que és important aquesta informació.

En 20 centres d'AP (80%) no hi ha possibilitat d'accés a la història clínica i proves realitzades a l'hospital i en 12 (48%) no es poden programar directament les visites a consultes externes ni les exploracions complementàries.

En 21 centres (84%) es realitzen sessions conjuntes que es fan al centre d'AP, menys en tres casos, que en ocasions es fan també a l'hospital.

Hospitals

Van contestar 30 metges (61%). De tots ells, 15 (57%) consideren la comunicació amb l'AP deficient o regular, 10 (33%) bona i 3 (10%) molt bona. En el 97% dels casos funcionen els circuits de derivació preferent per als pacients amb sospita de càncer i el seu funcionament es considera bo o molt bo en 26 casos (92%). A la pregunta de si al seu centre existeix una via alternativa a urgències per rebre de forma preferent els pacients procedents de l'AP, 28 (93%) van contestar que sí i la més utilitzada és la via telefònica amb una persona de contacte, però en alguns casos també es fan servir el fax i el correu electrònic. En 2 casos (7%) no existeix cap via de derivació definida.

El 74% dels metges diu que més de la meitat dels pacients van a consultes externes de l'hospital amb un informe del seu metge de capçalera i que en la majoria d'ocasions és llegible. El 74% dels metges afirma que més de la meitat dels informes que arriben a urgències és

llegible. Vint-i-tres professionals (77%) no tenen accés a la història clínica de l'AP.

En 18 centres (60%) es realitzen sessions clíniques conjuntes que majoritàriament es fan a l'AP (78%).

En la Taula 1 s'inclouen els resultats comparatius de les respostes que els metges d'AP i dels hospitals varen fer a les preguntes comunes de l'enquesta.

A les preguntes obertes sobre quines serien les propostes de millora, els representants dels dos nivells van estar d'acord en tres punts. Primer, utilitzar les últimes tecnologies per tal d'aconseguir una història clínica informatitzada amb dades comunes (inclosos els resultats de proves complementàries), que es puguin consultar des dels dos nivells, i l'ús del correu electrònic com a mitjà de comunicació ràpid per tal d'informar sobre els ingressos, les visites a consultes externes i a urgències de l'hospital dels pacients als metges d'AP i com a eina perquè aquests puguin fer consultes als metges hospitalaris.

El segon gran punt a destacar és la importància que donen els metges al coneixement personal i proposen la realització de sessions, no només als centres d'AP sinó també a l'hospital, i l'establiment de la figura del metge d'enllaç o de referència que faciliti la comunicació i permeti millorar els circuits de derivació. El tercer i darrer punt a destacar és la necessitat de la implicació de les institucions per aconseguir que els dos primer punts s'aconsegueixin.

Discussió

Els metges que van dissenyar l'enquesta en cap moment van pretendre realitzar un estudi exhaustiu, sinó que l'objectiu va ser obtenir una idea general de la situació. El fet d'enviar les enquestes de l'hospital només a internistes pot esbiaixar els resultats però es va pensar que aquests eren els professionals que podien aportar més informació.

Tot i les limitacions de les enquestes, es pot concloure que hi ha una insatisfacció dels metges d'ambdós nivells respecte a la relació que tenen actualment. Creiem que s'han de destacar dos punts importants. El primer és que els dos col·lectius estan d'acord en el bon funcionament del circuit ràpid davant la sospita d'una neoplàsia de pulmó, mama o còlon; un circuit que ha estat organitzat, ben planificat i on els passos a seguir estan ben clars i acceptats per tothom, començant pels gestors. I un altre punt de connexió són les solucions que es donen per intentar resoldre el problema, on les propostes dels dos grups de metges són les mateixes.

Davant de tots aquests fets, la Comissió de Medicina i Especialitats Relacionades del CCECS es planteja un seguit de preguntes:

– *Haurien d'existir aquests dos nivells?*

Potser el problema no està en la comunicació sinó en l'existència dels dos nivells. Potser aquesta diferenciació no hauria de ser-hi. Potser el metge hauria de poder actuar tant a dins com a fora de l'hospital i realitzar tot el seguiment del pacient, sense cap tipus de delegació. Però la complexitat de la medicina i tota la tecnologia que l'envolta fa difícil aquest fet. Els dos nivells són necessaris i complementaris. La visió integral que té el metge de família del pacient, amb la prevenció com a principal objectiu, amb una metodologia de treball d'acord amb la prevalença de les malalties que veu, és diferent de la visió del metge que treballa a l'hospital amb una tecnologia molt més sofisticada i amb un tipus de malalties que fan que la prevenció secundària i terciària sigui el principal objectiu³. Per tant, ambdós nivells estan destinats a entendre's per tal d'aconseguir la continuïtat del procés assistencial del pacient dins i fora de l'hospital.

– *Per què és necessària la coordinació entre els dos nivells?*^{2,3,5-7}

Tres són les grans raons que justifiquen la necessitat de coordinació:

1) Cost econòmic i temps. El canvi del perfil epidemiològic de les malalties agudes a malalties cròniques i l'envelliment de la població amb augment dels pacients amb pluripatologia i, per tant, sotmesos a moltes exploracions complementàries i a la poliprescripció, fa que la comunicació entre nivells sigui imprescindible per tal d'optimitzar recursos. La coordinació evita la repetició d'exploracions complementàries, afavoreix la utilització més racional del medicament i rendibilitza al màxim el temps, ja que la comunicació permet aconseguir informació que no s'ha de tornar a obtenir i disminueix el nombre d'ingressos i reingressos.

2) Satisfacció de l'usuari. Sovint es perd de vista el veritable protagonista de la sanitat, que és l'usuari, i se l'obliga a adaptar-se a l'organització, quan seria aquesta la que s'hauria d'adaptar a les necessitats del pacient. Una bona coordinació entre nivells aporta més confiança del pacient en el seu metge, evita els trasllats innecessaris dels pacients i disminueix les llistes d'espera.

3) Satisfacció dels metges de tots dos nivells. Si hi ha més capacitat de resolució a l'AP, augmentarà la motivació i l'autoestima del professional sanitari i disminuiran les consultes a l'hospital, amb la consegüent disminució de la sobrecàrrega assistencial del metge hospitalari.

– *Quines dificultats hi ha?*^{5,7,8}

– Poc temps. Demanda assistencial que només permet fer el dia a dia sense planificar a mig i llarg termini. La manca de temps a l'AP augmenta les deri-

vacions injustificades o mal realitzades i, en l'àmbit hospitalari, no permet donar un bon *feedback* al metge de capçalera.

- Manca de planificació i voluntat política.
- Entitats proveïdores diferents amb objectius i maneres de treballar diferents.
- Desmotivació del personal sanitari.
- Sentiment generalitzat d'ambdós nivells que els esforços sempre han estat unilaterals.
- Desconeixença per part d'ambdós nivells. La poca presència de l'AP a la Universitat tampoc no ho facilita i el fet que part de la formació dels residents de Medicina de Família i Comunitària es faci a l'hospital no ha resolt aquest desconeixement.
- Poc prestigi de l'AP.

Propostes de millora

Després de llegir el resultat de les enquestes i amb les aportacions dels integrants de la Comissió de Medicina i Especialitats Relacionades del CCECS, ahora metges assistencials, el grup pensa que la solució no és fàcil perquè estem davant d'un problema complex. L'existència, a Catalunya, de diferents entitats proveïdores pot dificultar encara més la coordinació. Un punt tant important com el que els dos nivells assistencials comparteixin la història clínica, tot i ésser imprescindible, no és suficient si els diferents àmbits assistencials depenen d'institucions diferents, amb interessos i cultura diferents. Per aconseguir un veritable contínuum assistencial de la població, potser s'hauria de pensar en una descentralització, amb la creació d'organitzacions sectorials de salut sota una mateixa gestió, amb un sistema de pagament *capitatiu*.

Des del punt de vista més pràctic, el grup pensa que la divisió en dos grans apartats –els més freqüents d'aquest camp assistencial–, en la pràctica clínica diària donaria propostes diferents:

1) *Pacient no greu que planteja al metge de família un dubte diagnòstic o terapèutic, o pacient que demana una segona opinió.*

Les especialitats que reben més interconsultes d'aquest tipus són traumatologia, oftalmologia, ginecologia i dermatologia. Aquestes interconsultes s'incrementen en funció inversa del temps per pacient de què disposa el metge de família i quan més baix és el nivell socioeconòmic de la població que atén.

Les propostes que podrien millorar aquesta solució són:

- Augment del temps de visita/usuari a l'AP per tal de poder millorar la resolució del metge d'AP. Aquest fet evitaria moltes de les interconsultes i milloraria la qualitat de les derivacions realitzades.

- Augment de la competència dels metges de família amb una bona formació continuada.
- Realització de visites mèdiques per part dels consultors als centres d'AP. Això permetria la utilització d'una única història clínica i, per tant, poder aprofitar tota la informació que s'hi ha dipositat. L'estada del metge consultor es podria aprofitar per fer sessions conjuntes per comentar els pacients i així evitar, en molts casos, la doble visita. El coneixement personal i la possibilitat de fer protocols d'actuació conjunta també ajudaria a millorar la comunicació.

2) *Pacient amb una patologia greu o prou complexa perquè l'estudi no es pugui fer a nivell de l'Atenció Primària.*

Aquestes situacions afecten principalment a especialitats mèdiques i les propostes són una mica diferents:

- Creació de la figura d'enllaç o de referència que podria ser un metge especialista en medicina interna, ja que la seva polivalència de coneixements i capacitat d'integració afavoririen molt aquesta tasca de coordinació. Actuaria com a consultor i també com intermediari entre els dos nivells per a poder coordinar bé les actuacions necessàries. El metge consultor podria anar periòdicament al centre de salut per a resoldre dubtes dels metges de família. Això disminuiria les visites a consultes externes, les llistes d'espera i els desplaçaments innecessaris dels pacients.
- Notificació personalitzada per part de l'hospital al metge de família del motiu d'ingrés, ubicació, nom de l'especialista responsable i diagnòstic inicial de tots els pacients que ingressin. Convidar-lo a l'hora de prendre decisions durant l'hospitalització dels seus malalts. Valoració conjunta per planificar l'alta hospitalària.
- Visita per part del metge de família als pacients hospitalitzats.
- Història clínica amb la informació compartida pels dos nivells.
- Sessions clíniques tant a l'atenció primària com a l'hospital.
- En les derivacions dels pacients greus a urgències hauria de ser possible la comunicació personal prèvia del metge de família amb el metge del servei d'urgències per tal de poder aportar tota la informació de què disposa; aquest hauria de poder informar de l'evolució del pacient al metge de família i comentar el diagnòstic i l'actitud terapèutica.

Tot plegat faria que la capacitat de resolució de l'AP fos molt superior, amb el consegüent augment de la moti-

vació i satisfacció dels professionals d'aquest nivell, això faria que la tasca dels consultors fos molt més gratificant i eficient i que els pacients també milloressin la satisfacció en veure una veritable continuïtat de l'assistència i una disminució dels seus desplaçaments i llistes d'espera.

Abans d'acabar, afegir que no s'ha d'oblidar que la coordinació entre nivells no només ha d'incloure l'aspecte assistencial, sinó també el camp de la docència (col·laboració conjunta per donar una bona formació sense esquerdes) i l'àmbit de la recerca, proporcionant treballs i publicacions conjuntes.

Conclusions

Els resultats d'aquest estudi, realitzat a Catalunya, indiquen que la comunicació entre els metges d'AP i hospitalària és deficient.

El metge d'AP demanda al seu hospital de referència accessibilitat i informació fàcil d'obtenir i el metge d'hospital espera del de primària contenció de derivacions poc justificades i facilitats pel seguiment dels pacients que ha atès. En l'enquesta realitzada s'aprecien dificultats de comunicació i mancances en la informació clínica compartida en ambdós nivells.

El malalt i la seva malaltia no sempre són contemplats en els dos àmbits assistencials com un procés compartit, en part perquè els punts d'abordatge de la malaltia i els objectius professionals són diferents, però també perquè no hi ha hagut des de l'Administració Sanitària una sensibilitat i dedicació de recursos suficients per facilitar aquesta coordinació.

Per tal d'evitar un augment del deteriorament de la situació i avançar en la coordinació atenció primària-hospital, cal una reorganització profunda de tota l'estructura, amb una clara convicció per part dels gestors del nostre país. Una vegada coneguda la gravetat de la situació i els avantatges de la comunicació entre nivells s'ha d'actuar en conseqüència per tal de trobar les vies de diàleg, a les que no ha estat possible donar prioritat fins ara. És indispensable una planificació a llarg termini per racionalitzar els recursos disponibles, que la millora de la comunicació sigui contemplada com un punt bàsic en els contractes amb les diferents entitats proveïdores i que hi hagi suport institucional perquè les iniciatives individuals que puguin anar sorgint, fruit de la idiosincràsia de cada centre i cada hospital, arribin a consolidar-se.

En definitiva, és necessària una planificació on quedin molt clars els objectius i els mitjans, que sigui acceptada i consensuada per totes les parts. Trobar punts d'acord entre l'AP i l'hospital no serà difícil perquè tots dos nivells creuen en la necessitat d'entendre's, però, sense el

suport dels gestors i de l'Administració els és difícil materialitzar aquest desig.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Ley 14/1986. Ley General de Sanidad, del 25 de abril. BOE nº 102 de 26 de abril del 1986.
2. Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters TJ, et al. A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *Br J G Practice*. 2003;53:878-84.
3. Criado J, Ibáñez F. Relaciones entre hospital y atención primaria. Experiencia de un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:463-8.
4. Grezner V, Olivet M, Lacasa C, Fernández F, Guarga A, Torras MG, et al. La reordenación de la atención especializada en el Sector Sanitario Ciudad Vella: análisis de una experiencia. *Aten Primaria*. 1998;21:377-82.
5. Gervas J, Rico A. Seminario de Innovación 2005. Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:658-61.
6. Martín Zurro A. Compartir y coordinar la atención de los pacientes entre el hospital y la atención primaria: algunas propuestas prácticas. *Aten Primaria*. 2000;26:74-5.
7. Grupo de trabajo de la SemFyC. Relación entre niveles asistenciales. Documentos SemFyC nº 5. Oviedo; 1995.
8. Gómez N, Orozco D, Merino J. Relación entre atención primaria y especializada. *Aten Primaria*. 1997;20:25-33.

TAULA 1. Resposta dels metges d'ambdós nivells assistencials a les preguntes comunes de l'enquesta realitzada (%)

Pregunta	Nivell assistencial	
	A. Primària (n = 50)	Hospital (n = 49)
Taxa de resposta	50	61
Absència de via alternativa a Urgències per a visites preferents	16	7
Tipus de comunicació bo/molt bo	48	43
Circuits de derivació preferent per a pacients amb càncer		
- Existència	96	97
- Funcionament bo/molt bo	92	87
Sessions conjuntes		
- Existència	84	60
- Grau de satisfacció bo/molt bo	91	94
Possibilitat d'accés a la història clínica de l'altre nivell	20	23
Existència de guies clíniques conjuntes	36	60