

# RELACIONS ENTRE METGES DE PRIMARIA I D'HOSPITAL

Comissió de l'Ordenació de la Professi6 Mèdica

(Document aprovat per la Comissió de la Ordenació de la Professi6 Mèdica de Catalunya de 22 de Juny de 2009)

## Membres de la comissió de treball competent en aspectes relatius a l'ordenació de la professi6 mèdica del Consell de la Professi6 Mèdica de Catalunya

Miquel Bruguera Cortada (President), Sebastià Barranco (vicepresident), Mateu Huguet (secretari), Olinda Ania Lafuente (IES), Lluís Bagán Mezquita (MC), Miguel Ángel Ber-ruezo Naval (MC), Eudald Bonet Bonet (COMG), M. Luisa de la Puente (Departament de Salut), Francisco del Baño López (UGT), Albert Jovell Fernández (FBJL), Núria Martínez León (COMB), M. Àngels Martos Rodríguez (CHC), Xavier Mate García (HCG), Oriol Morera Miralta (UCH), Rosa M. Pérez Pérez (COMT), Salvador Sierra San Nicolás (MIR), Javier Sobrino Martínez (CCOO), Miquel Torres Salinas (UB), Fernando Vizcarro Bosch (COMT).



## Índex

Pàg.

|       |  |
|-------|--|
| 2     | <b>Introducció</b>   |
| 2     | <b>Justificació</b>  |
| 3     | <b>Causes de la descoordinació entre atenció primària i atenció especialitzada als hospitals</b> |
| 4     | <b>Objectius en les relacions adequades entre atenció primària (AP) i hospitals</b>              |
| 4 i 5 | <b>Propostes de canvis en la relació entre atenció primària i hospitals</b>                      |
| 6     | <b>Recomanacions</b>   |

## Introducció

El desenvolupament del coneixement mèdic i de les especialitats, l'increment de la tecnologia i la necessitat de concentrar-la físicament va contribuir a la transformació dels antics hospitals en els actuals centres hospitalaris on es desenvolupa la major part de la tasca de la medicina especialitzada. En els centres d'atenció primària (CAP) propers a la residència dels pacients, se situen els especialistes de medicina familiar i comunitària i els de pediatria. Tant els metges de família com els altres especialistes tenen accés a totes les proves complementàries necessàries per avaluar l'estat de salut o confirmar els diagnòstics i/o l'evolució dels pacients.

El protocol d'interconsultes entre facultatius també s'ha modificat. La continuïtat assistencial pren diverses formes i utilitza diversos instruments de forma que l'atenció primària i l'atenció especialitzada no siguin més que aspectes d'un únic procés d'atenció al malalt.

En una altra vessant, l'augment de l'esperança de vida, amb els canvis epidemiològics que s'han produït, el desenvolupament de la sanitat pública, la universalització de l'assistència sanitària i l'increment de la burocràcia han contribuït, de manera impor-

tant, a augmentar les càrregues de treball en els dos àmbits.

Durant molt de temps, la comunicació entre els dos àmbits ha estat escassa i poc fluïda. S'ha basat en sol·licituds d'interconsulta poc informatives, informes ambulatoris o hospitalaris -quan existeixen- més propers a un informe per al pacient que a una comunicació al metge de família, o mitjançant els comentaris dels propis pacients, amb l'absència de rigor que significa, d'una banda, i al risc de manca de continuïtat terapèutica, de l'altra.

Des de la posada en marxa del model d'equips d'atenció primària s'ha anat promovent la participació en sessions clíniques i programes de docència a les àrees bàsiques de salut per part dels especialistes de referència. Les consultes periòdiques compartides de certes especialitats ja són realitat a molts àmbits.

Nogensmenys, creiem que la relació entre els metges dels dos àmbits, objecte d'aquest document, segueix sent millorable i s'ha de dotar d'instruments normalitzats que puguin ser d'aplicació a cada territori, per assolir els objectius millor i més ràpidament.

## Justificació

Els metges d'atenció primària són els que reben, coneixen i fan el seguiment de les persones i famílies al seu càrrec al llarg de tot el cicle vital. En diversos episodis de la vida aquestes persones poden necessitar ser ateses per altres especialistes, de manera ambulatoria o mitjançant un ingrés hospitalari. Passats aquests episodis els pacients retornen a l'atenció primària on el metge de capçalera garanteix la continuïtat de l'assistència.

La Llei General de Sanitat de 1986 fixa el principi que els dos nivells assistencials, l'atenció primària i l'hospitalària, han de treballar d'una manera coordinada per a una correcta atenció als pacients que comparteixen. La coordinació dels metges d'atenció primària i d'hospital és indispensable per a una major eficiència del sistema sanitari, es redueix el nombre d'ingressos, s'evita la duplicitat de visites i d'exploracions i els trasllats innecessaris, però, sobretot es garanteix la qualitat de l'assistència i també es fa més gratificant la feina del metge. Aquesta coordinació és una demanda constant a totes les enquestes a la població i es dona el cas que molts ciutadans consideren incomprensibles i poc racionals els defectes de coordinació que molt sovint detecten.

En aquests moments, la col·laboració entre els metges d'atenció primària i els d'hospital podria ser millorada a Catalunya, especialment a les grans ciutats. Una enquesta recent, feta a metges dels dos nivells assistencials (Bundó M, Delas J, Gavañach M, Acarin PN i Torres M. Relació entre l'atenció primària i l'hospitalària. Situació actual i propostes de millora. Anals de Medicina, 2008; 91: 21-25) demostra clarament les deficiències actuals d'aquesta relació i les possibilitats de millora. Encara són massa freqüents les actituds de desconfiança entre professionals d'ambdós nivells i no hi ha prou bona comunicació, en gran part a causa de la mancança de sistemes d'informació, circumstància que els metges viuen amb insatisfacció i frustració.

En aquest informe s'analitza el perquè de la situació de distanciament entre l'atenció primària i els hospitals i es formulen algunes propostes de canvi. Es tracta d'aconseguir unes bones relacions entre els metges dels dos nivells assistencials per obtenir que la interfase entre hospitals i centres d'atenció primària no generi incomoditats a metges i malalts i que es puguin resoldre els problemes de salut dels malalts que hagin de recórrer als dos nivells, amb la màxima rapidesa i eficàcia.

## Causes de la descoordinació entre atenció primària i atenció especialitzada als hospitals

Algunes de les causes que poden dificultar la coordinació entre l'atenció primària i els hospitals són:

**Sobrecàrrega assistencial.** Segurament és una de les causes més importants; es deixa poc temps per a la comunicació, hi ha un excés de feines burocràtiques i la manca d'instruments tècnics que afavoreixin la comunicació. La comunicació és necessària per oferir als malalts un bon continu assistencial, però requereix temps, ja que telefonar o escriure informes vol un temps que, habitualment, els metges els costa d'obtenir en les condicions actuals.

**Desconeixement mutu.** Els problemes de col·laboració entre els metges dels diferents nivells es deu, en gran mesura, a què hi ha poc contacte entre els metges de família i els especialistes de referència, especialment els dels hospitals; tot i que en els darrers anys hi ha hagut clares accions per millorar aquesta situació. Aquest desconeixement porta a ignorar les necessitats dels metges d'un nivell respecte als d'un altre nivell i a l'inrevés.

La formació del metge, tant en el pregrau com en l'especialitat, no inclou l'ensenyament de quines són les funcions i responsabilitats dels metges de cada un dels nivells assistencials sanitaris -atenció primària, atenció hospitalària i atenció sociosanitària- respecte dels altres nivells i tampoc s'insisteix en la necessitat d'una bona interrelació.

**Comunicació deficient.** Hi ha una comunicació insuficient i inadequada entre els metges de família i els especialistes dels hospitals, que pot afectar, de manera negativa, la continuïtat de les atencions que precisen els malalts crònics i facilita que es puguin produir efectes adversos.

La gran majoria de peticions d'interconsulta del metge d'atenció

primària al d'hospital es fa a través dels "fulls de sol·licitud de derivació" on consten els diagnòstics del malalt, però poc sovint s'explicita què preocupa al capçalera i què espera del metge consultor. Poques vegades es fa constar si només es vol una orientació diagnòstica o també que l'especialista de l'hospital es faci càrrec del malalt. No és millor la informació del metge d'hospital, que utilitza sovint el propi malalt com a transmissor de la informació, sense cap informe escrit.

Els informes d'alta, que tots els malalts hospitalitzats reben en marxar de l'hospital, són habitualment molt complets però no contenen la informació que directament hauria d'anar adreçada al capçalera que és qui haurà de fer el seguiment, com són les recomanacions pràctiques i les modificacions que calgui fer en el pla de tractament d'acord a l'evolució del cas.

**Insuficient estandardització/protocol·lització de processos.** Els dèficits de coordinació entre metges d'atenció primària i d'hospital fa que no estigui definit de què s'ha d'ocupar cadascú i quines exploracions s'han de fer a cada nivell, la qual cosa afavoreix el retard de l'atenció especialitzada en alguns malalts i, altres cops, ocasiona duplicitats que causen una sobrecàrrega assistencial innecessària.

**Barreres del sistema.** Hi ha una gran dificultat per superar la distància entre un hospital i un centre d'atenció primària quan un metge d'un nivell vol posar-se en contacte amb un company d'un altre nivell per parlar d'un malalt, aportar una informació o demanar un consell.

**Deficiències del sistema de treball.** La formació dels metges i l'actual dinàmica de treball no concedeix importància, ni facilita, la planificació i l'organització del propi treball, ni la coordinació amb els altres nivells assistencials.

## Objectius en les relacions adequades entre atenció primària (AP) i hospitals

1. Que l'atenció hospitalària i l'atenció primària deixin de ser compartiments estancs per als metges de cada un d'aquests dos nivells i s'afavoreixi l'establiment d'un model de relacions clíniques que permeti que tot el sistema sanitari estigui realment orientat cap el benefici del malalt.
2. Que el sistema sanitari tingui en compte el principi que el metge de referència dels malalts és el metge d'atenció primària i que n'haurà de coordinar les actuacions que hagin de fer els diferents especialistes.
3. Que hi hagi una autèntica col·laboració entre metges de família i especialistes d'hospital, fet que implica:
  - a) Compartir la informació clínica dels pacients
  - b) Compartir criteris assistencials, elaborar protocols i guies clíniques conjuntes i arribar a consensos territorials sobre el que s'ha de fer en cadascun dels dos nivells
  - c) Participar en els criteris de prioritització de les llistes d'espera
  - e) Compartir el treball assistencial a través del treball en equips interdisciplinaris mixtos, de primària i hospital

Per al disseny de plans per aconseguir aquests objectius cal tenir present que només els canvis que tothom vegi com a positius -perquè permeten el desenvolupament professional, a més de la reordenació i racionalització d'allò que ja s'està fent- podran ser implantats sense haver de lluitar contra la passivitat i el negativisme dels professionals que els vegin com una exigència més.

## Propostes de canvis en la relació entre atenció primària i hospitals

Alguns dels canvis necessaris de les relacions entre els metges de primària i els d'hospitals són de caràcter tècnic i d'implementació relativament fàcil, tot i que caldrà garantir que no aniran en detriment del temps dedicat a activitats formatives.

Altres canvis estan més relacionats amb la conducta del metge i amb una nova cultura professional, que s'ha de començar a adquirir a la facultat de medicina i s'ha de fomentar des dels col·legis professionals, les societats científiques i els propis centres sanitaris.

1. La història clínica compartida. Una història clínica compartida és la veritable eina de comunicació que facilita el continuum a l'assistència. Per això, és urgent la informatització i la seva compatibilització entre les diferents institucions. Els programes informàtics han de millorar, de manera que facilitin les tasques dels metges. Considerem urgent que l'Administració i els proveïdors facilitin la plataforma global per poder anar incorporant els documents necessaris per prendre decisions assistencials, així com instruments per garantir que els centres aporten aquesta documentació.

2. Els informes d'alta. El metge d'hospital quan redacta l'informe d'alta hospitalària ha de tenir en compte que, tot i que el destinatari de l'escrit és el propi malalt, habitualment serà llegit pel metge de capçalera, que haurà de fer el seguiment del malalt. Per això convé que es precisin les recomanacions pertinents i el pla de seguiment.

L'informe d'alta hauria de ser breu i contenir:

- Els resultats clínics més rellevants
- El/s diagnòstic/s final/s
- El tractament que el malalt ha de seguir
- Les recomanacions pertinents quant a noves exploracions o noves visites de l'especialista

3. Les sol·licituds de consulta especialitzada. Les peticions de visita a l'especialista haurien de contenir amb claredat què és el que espera el metge de primària del consultor: diagnòstic i orientació terapèutica, que li torni el cas un cop diagnosticat o que l'especialista faci el seguiment. També cal que contingui les dades clíniques més rellevants i la informació mínima (de l'anamnesi, exploració física i exploracions complementàries ja fetes) per una prioritització correcta i una orientació per part de l'especialista de l'hospital.

4. Les prescripcions. Els especialistes haurien d'emetre les receptes tot evitant, en la mesura del possible, que el metge i el pediatre de capçalera hagin de fer prescripcions induïdes. La recepta electrònica hauria de permetre aquest objectiu.

En el cas de proposta de tractament de llarga durada, que el metge de família haurà d'incloure en la medicació crònica del pacient, cal un informe escrit de l'especialista justificant la prescripció i suggerint la durada del tractament i els controls que recomana

5. Facilitar la comunicació entre metges de primària i d'hospital

6. Millorar el coneixement mutu. Fora desitjable que els metges d'atenció primària passessin algun període d'estada en un hospital i que assisteixin a les activitats de consulta externa dels serveis que tractin problemes més lligats als malalts que aquest metge atén a la seva consulta al centre d'atenció primària o a les àrees on cada un precisi una formació més actualitzada. També hauria de formar part de l'activitat regular dels especialistes fer o participar en sessions conjuntes de discussió de casos amb els capçaleres en els centres d'atenció primària. Aquestes iniciatives que posen en contacte uns i altres al voltant del malalt serveixen per eliminar barreres i facilita la comprensió de la feina de l'altre i les seves dificultats.

7. Formació dels especialistes MIR en atenció primària. Seria recomanable que es complís de manera generalitzada la resolució del Ministeri de Sanitat en el sentit que en el període formatiu dels residents d'algunes especialitats estigui inclosa una estada de dos mesos a un CAP i assumir funcions assistencials sota la

tutela dels metges de família del centre d'atenció primària, de manera anàloga a la rotació dels MIR de família als hospitals.

8. Accés del metge de família als hospitals. L'hospital i els responsables d'atenció primària han de facilitar, al màxim, l'accés als metges de família de la seva zona, per tal que puguin visitar els malalts ingressats i assistir a les activitats docents de l'hospital.

9. Òrgan de coordinació. És convenient constituir, en cada territori, un òrgan de coordinació territorial entre metges d'hospital i de primària amb lideratge clínic. Aquest òrgan, que hauria de ser definit pels proveïdors del territori, reconegut pel Catesalut, hauria de tenir capacitat executiva delegada pel conjunt dels proveïdors, per desenvolupar tasques de coordinació entre hospitals i centres d'atenció primària amb els següents objectius:

- Facilitar les relacions entre els professionals dels dos nivells
- Propiciar les activitats formatives
- Contribuir a la bona assistència dels malalts que han de ser atesos als dos nivells i garantir la coordinació i la continuïtat assistencial

## Recomanacions

1. El Departament de Salut hauria d'accelerar els tràmits per a la implementació de la recepta electrònica i la història clínica compartida a tot el territori

2. S'haurien d'establir mesures que permetin disposar de temps per activitats conjuntes entre metges d'atenció primària i especialistes, com ara sessions per discussió de casos clínics, consultes de casos difícils i elaboració de protocols per definir com s'ha d'enfocar el diagnòstic i el tractament de determinats problemes mèdics amb continuïtat assistencial.

3. S'haurien d'avaluar els resultats del pla pilot que s'ha dut a terme en unes poques àrees territorials, de coordinació entre hospital i atenció primària amb les finalitats següents:

- a) Detectar quines són les queixes més habituals que tenen els professionals de cada un dels dos nivells
- b) Organitzar sessions clíniques conjuntes orientades a la discussió de casos complexos
- c) Ordenar les estades que els metges d'atenció primària vulguin efectuar a les consultes externes dels especialistes o a altres àrees de l'hospital
- d) Organitzar les estades rotatòries dels MIR als centres d'atenció primària
- e) Facilitar el sistema de comunicació d'uns metges amb els altres

f) Detectar i tractar d'esmenar les disfuncions que es puguin produir en el maneig dels malalts atesos consecutivament a l'hospital i a l'atenció primària

Un cop avaluat el funcionament es podria determinar la universalització del model o la substitució per algun altre.

4. S'ha d'instar, a tots els hospitals amb programa de formació de MIR, que ordenin els programes formatius perquè dediquin un període de dos mesos a fer una estada en un centre d'atenció primària

5. És indispensable que els estudis de medicina formin els estudiants de manera que sàpiguen fer de metge en qualsevol nivell assistencial. Aquesta formació ha de contenir elements comuns a totes les especialitats i es corregirà la formació actual la qual està més orientada a la medicina hospitalària i al diagnòstic i tractament de les malalties agudes i cròniques que incideixin sobre persones, prèviament sanes o que no tenen altra patologia. Les facultats de medicina haurien de tenir departaments potents de medicina de família i comunitària, orientats a ensenyar la promoció de la salut, l'atenció dels malalts en el si de la família i la comunitat –on es destaquin els aspectes de la pluripatologia i l'atenció del pacient de forma longitudinal al llarg de les diferents etapes de la vida- i fomentar el treball en equip; així es permetria l'estudiant captar els diferents escenaris en què s'ha de moure la professió mèdica.

6. S'haurien de trobar elements que afavorissin la coordinació entre nivells assistencials en base al sistema de pagament i a l'existència d'incentius a la coordinació, per als metges especialistes i per als metges d'atenció primària.

