

## **RELACIONS ENTRE METGES DE PRIMARIA I D'HOSPITAL**

### **Comissió d'ordenació de la professió mèdica**

(Document aprovat en el Ple del Consell de la Professi3 Mèdica de Catalunya de 4 de novembre de 2009)

#### **Membres de la comissió de treball competent en aspectes relatius a l'ordenació de la professió mèdica del Consell de la Professi3 Mèdica de Catalunya:**

Miquel Bruguera Cortada (President), Sebastià Barranco (vicepresident), Mateu Huguet (secretari), Olinda Anía Lafuente (IES), Lluís Bagán Mezquita (MC), Miguel Ángel Berruezo 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**

Introducció.....	3
Justificació.....	4
Causes de la descoordinació entre Atenció Primària i Atenció Especialitzada als Hospitals.....	5
Objectius en les relacions adequades entre Atenció Primària (AP) i hospitals.....	7
Propostes de canvis en la relació entre Atenció Primària i hospitals.....	8
Recomanacions.....	10

## 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, es 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 Atenció primària i l'atenció especialitzada no siguin més que aspectes d'un únic procés d'atenció al malalt.

En un 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 important 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 per una banda, i al risc de manca de continuïtat terapèutica per l'altre.

Des de la posada en marxa del model d'equips d'Atenció Primària (AP) s'ha anat promovent la participació en sessions clíniques i programes de docència a les ABS 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'AP són els que reben, coneixen, i fan el seguiment de les persones i famílies al seu càrrec al llarg de tot el seu 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'AP, on el metge de capçalera garanteix la continuïtat de l'assistència.

La Llei General de Sanitat de 1986 fixa el principi de que els dos nivells assistencials, l'atenció primària i els hospitals, han de treballar d'una manera coordinada per una correcta atenció als pacients que comparteixen.. La coordinació dels metges d'AP i d'hospital és indispensable per una major eficiència del sistema sanitari, reduint el nombre de reingressos, evitant la duplicitat de visites i d'exploracions, i els trasllats innecessaris, però sobre tot per garantir la qualitat de l'assistència i i també fer 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'AP 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, Gavagnach 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 degut a la manca de sistemes d'informació, circumstància que els metges viuen amb insatisfacció i frustració.

En aquest informe s'analitza el per què 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 CAPs no generi incomoditats a metges i malalts i que es puguin resoldre amb la màxima rapidesa i eficàcia els problemes de salut dels malalts que hagin de recórrer als dos nivells. .

## **Causas de la descoordinació entre Atenció Primària i Atenció Especialitzada als Hospitals**

Algunes de les causes que poden dificultar la coordinació entre Atenció Primària i hospitals són:

**Sobrecàrrega assistencial** Segurament és una de les causes més importants, ja que deixa poc temps per a la comunicació, i a la que cal afegir l'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 actuals condicions .

**Desconeixement mutu.** Els problemes de col·laboració entre els metges dels diferents nivells es deu en gran mesura a que hi ha poc contacte entre els metges de família i els especialistes de referència, especialment els dels hospital, 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 viceversa.

La formació del metge, tant en el pregrau com d'especialista 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 socio-sanitària - 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'AP 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 al 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'AP 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 CAP 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 la 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 pels 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 de que el metge de referència dels malalts és el metge d'AP, que 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, elaborant protocols i guies clíniques conjuntes i arribant 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 mixtes, de primària i hospital.

Per al disseny de plans per aconseguir aquests objectius cal tenir present que només els canvis que tothom vegin com a positius, perquè permeten el desenvolupament personal 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 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 historia 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 o els diagnòstics finals,
- el tractament que el malalt ha de seguir
- les recomanacions pertinents en 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 complementaries ja fetes) per una correcta prioritització i orientació per part de l'especialista de l'hospital.

4. **Les prescripcions.** Els especialistes haurien de emetre les seves receptes, 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 assistint a les activitats de consulta externa dels serveis que tractin problemes més lligats als malalts que aquest metge atén a la seva consulta al CAP o a les àrees en que 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 de que en el període formatiu dels residents d'algunes especialitats estigui inclosa una estada de dos mesos a un CAP, assumint funcions assistencials sota la tutela dels metges de família del CAP, 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'AP han de facilitar al màxim l'accés als metges de família de la seva zona, per tal que puguin visitar als seus malalts ingressats, i assistir a les activitats docents de l'hospital.
9. **Òrgan de coordinació.** Es convenient constituir en cada territori concret 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 Catsalut, tenir capacitat executiva delegada pel conjunt dels proveïdors, per desenvolupar tasques de coordinació entre hospitals i CAPS amb els següents objectius:

- facilitar les relacions entre els professionals dels dos nivells
- propiciar les activitats formatives,
- i contribuir a la bona assistència dels malalts que han de ser atesos als dos nivells, garantint la coordinació i la continuïtat assistencial

## 5. 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 permetessin disposar de temps per activitats conjuntes entre metges d'AP i especialistes, com ara sessions per discussió de casos clínics, consultes de casos difícils, i elaboració de protocols per definir com s'ha de 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 AP 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'AP vulguin efectuar a les consultes externes dels especialistes o a altres àrees de l'hospital.
  - d) organitzar les estades rotatòries dels MIR als CAP.
  - 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'AP

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

4. S'ha d'instar a tots els hospitals amb programa de formació de MIR que ordenin els seus programes formatius per que dediquin un període de 2 mesos a fer una estada en un centre d'AP.
5. Es indispensable que els estudis de medicina formin als estudiants de manera que sàpiguen fer de metge en qualsevol nivell assistencial. Aquesta formació ha de contenir elements comuns a totes les especialitats, corregint-se la formació actual que 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 altre

patologia. Les facultats de medicina haurien de tenir departament 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, destacant els aspectes de la pluripatologia, entenen l'atenció del pacient de forma longitudinal al llarg de les diferents etapes de la vida i fomentant el treball en equip, que permetessin a l'estudiant captar els diferents escenaris en que 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, pels metges especialistes i pels metges d'atenció primària .