

La coordinación entre niveles asistenciales es un “agujero negro” donde se alojan deficiencias que afectan a la calidad asistencial y donde se pueden encontrar oportunidades de mejora, según el grupo de Bioética de semFYC

EL MEDICO INTERACTIVO.

Ana Montero

Para algunos expertos la mejora de la relación entre los niveles asistenciales pasa por buscar en AP un mejor equilibrio entre accesibilidad y continuidad, por reforzar el papel del médico de familia y por modificar la concepción y organización de los equipos de AP, transformándolos en equipos clínicos y aprovechando su potencial de conocimiento

Zaragoza (15-6-11).- En el marco del 31 Congreso Nacional de semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria), celebrado en Zaragoza, el grupo de trabajo de Bioética de la Sociedad ha presentado la mesa de trabajo “Ética de la relación en los niveles asistenciales”, en la que han participado Marisa Rubio Montañés, médico de familia en el centro de AP de Montilivi, Gerona; Eduardo Puerta del Castillo, médico de familia del centro de salud San Isidro, en El Chorrillo, Tenerife; José Ramón Vázquez Díaz, médico de familia y coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de La Laguna-Tenerife Norte, en Tenerife; y Rogelio Altisent Trota, coordinador del grupo de trabajo de Bioética de semFYC y coordinador del grupo de investigación de Bioética en el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, quien ha asegurado que tradicionalmente la coordinación entre niveles asistenciales ha sido un “agujero negro” en la Sanidad española, donde se alojan deficiencias que afectan a la calidad asistencial y donde se pueden encontrar oportunidades de mejora, a lo que ha añadido que “no existe coordinación entre los niveles asistenciales y vemos pasar las décadas y no se hace nada”.

Para hablar de la percepción de los profesionales, la Dra. Marisa Rubio ha realizado un estudio y de él ha extraído que la profesión identifica el valor de la cooperación entre niveles asistenciales como “imprescindible” para asegurar la atención que el ciudadano merece, siendo las deficiencias en el intercambio de información el origen de la distorsión de la asistencia, a lo que ha añadido que “cuando la prescripción es la única referencia de la visita al especialista se genera confusión y desconfianza”.

También ha afirmado que “no hay ningún incentivo a la gestión compartida y que nadie está diciendo a los profesionales qué objetivos comunes han de seguir”, argumentando que “en ambos niveles debería haber un tiempo para poder hablarnos y contarnos, en el caso de los pacientes más complejos, qué se les está haciendo y cuál es el plan que se les ha trazado” y ha asegurado que “la comunicación y el conocimiento personal emergen como elementos necesarios para establecer una auténtica cooperación”.

Además, para la Dra. Rubio los cambios de los planes terapéuticos se viven como una interferencia y en AP supone una fuente de desconfianza y desorientación en los pacientes, además reconoce lo “inadecuado” de la descalificación del compañero delante del paciente, “aunque en la práctica parece difícil de evitar”, ha señalado.

Asimismo, ha remarcado que las referencias específicas a la Deontología médica como normas de actuación o guías para ser un buen profesional “están ausentes”, algo que para la Dr. Rubio requiere una “revisión” de la Deontología donde se establezcan las normas de relación entre los niveles de AP y hospitalaria, del mismo modo que la falta de formación específica en

Deontología se revela como un “imponderable que es necesario”.

Ética de la prescripción

Por su parte, el Dr. Eduardo Puerta del Castillo ha hablado de la prescripción inducida en AP, asegurando que el 80 por ciento de las recetas que firman los primaristas vienen influenciadas e inducidas por altas hospitalarias, por urgencias, por especialistas o por medicina privada, siendo sólo el 20 por ciento las que se generan por propia intención y razonamiento, algo que genera un conflicto ético puesto que la prescripción de farmacia es un acto libre y responsable del profesional médico, derivado de una decisión preventiva o terapéutica, sin que nadie lo imponga.

En este sentido, “¿qué pasa cuando nos llega una prescripción de otro nivel asistencial?”, se pregunta el Dr. Puerta, que “debemos realizar el mismo acto ético, y comprobar si el tratamiento es el correcto”, a lo que añade que cuando el profesional no está de acuerdo se genera conflicto y se crea una desconfianza entre el médico y el paciente.

Para el Dr. Puerta el horizonte de actuación debe pasar por una “buena práctica” y por la excelencia profesional, “convirtiendo en hábito el hacer las cosas bien” e “incorporando los cuatro principios de Bioética a la toma de decisiones asistenciales, de modo que ello se traduzca en una mayor calidad asistencial”, tal y como ha argumentado.

En conclusión, para este experto el profesional debe conocer los beneficios y los riesgos de los medicamentos y, tomando como base la autonomía del paciente, “establecer un contrato” que sea lo mejor para el paciente de acuerdo a ambas partes y en caso de que el paciente no acepte el cambio, intentarlo en posteriores consultas.

Además, ha hablado del gasto que conlleva toda actuación terapéutica, refiriendo que una de las obligaciones del médico es controlar el gasto, siempre cumpliendo el criterio de no dañar al paciente, algo que también puede generar un conflicto con la autonomía del paciente si éste se empeña en un determinado fármaco que le ha prescrito el especialista.

Como soluciones, ha apuntado “hablar un idioma común en términos de principios activos”, de manera que se controla el gasto ya que se huye de los fármacos con “nombre fantasía” que siempre son más caros; también reducir la concesión de licencias de fármacos en vez de limitar el catálogo de Farmacia; reducir la burocracia, de manera que las prescripciones las lleven los especialistas y que el médico de AP sea un “puente”, y promover las consultas virtuales, como se hace en Canarias, con el fin de establecer diálogos continuos con el especialista, sin molestar telefónicamente.

Para el Dr. José Ramón Vázquez Díaz la descoordinación entre niveles es un “problema que afecta a la calidad del paciente en términos de accesibilidad, continuidad y de empeño”, algo que ha remarcado diciendo que “se sabe lo que hay que hacer, pero no se hace”.

En este sentido, para el Dr. Vázquez Díaz “el peso de los dos niveles está desequilibrado”, así pues, mientras que el nivel de AP es una estructura débil y fragmentada, goza de poca tecnología, tiene poco personal y muy generalista, dispone de poco presupuesto y soporte, el segundo nivel, el hospitalario, es fuerte y concentrado, dispone de toda la tecnología, de mucho personal, de mucho “peso pesado” y cuentan con el 85 por ciento del presupuesto, si se quita el de Farmacia, y “subiendo”, tal y como ha apuntado.

Según ha indicado el coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de La Laguna-Tenerife Norte, en cuanto a sus funciones, en el primer nivel prima la accesibilidad, “en sacrificio de la continuidad”, algo que para el Dr. Vázquez “es la esencia de la

Medicina de Familia” y en el segundo nivel prima la resolutivead. Así pues, mientras que en el primer nivel, los equipos no funcionan, hay una ausencia de dirección clínica, hay poca generación de conocimiento, se está fuera de la formación e investigación relevante, hay mucha “permeabilidad” y se “identifica al paciente y se le deriva y si hay duda se le deriva”, como ha señalado, en el segundo nivel sí existe trabajo en el equipo, sí hay dirección clínica, sí hay generación del conocimiento, “que además se impone al primer nivel”, hay menos permeabilidad en el acceso y se atienden necesidades y se resuelven y “si hay dudas se resuelven”.

Como propuestas para mejorar la relación entre los niveles asistenciales, el Dr. Vázquez ha apuntado buscar en AP un mejor equilibrio entre accesibilidad y continuidad, “poniendo en valor la continuidad y no tanto la accesibilidad”; reforzar el papel del médico de familia, como “médico personal”, lo que implica mayor presencia; modificar la concepción y organización de los equipos de AP, transformándolos en equipos clínicos y aprovechando su potencial de conocimiento; apostar por una visión sistémica desde las áreas de gestión, “lo que no implica necesariamente que haya una gerencia única, sino objetivos comunes; realizar una “discriminación positiva” de la AP, forzando la transferencia de poder, es decir, de capacidad de recursos y de responsabilidades; y avanzar en la capacidad para elegir el consultor.

En turno de debate, el Dr. Vázquez ha insistido en que las alianzas entre profesionales deben surgir de abajo hacia arriba, huyendo de los “clichés” de unos y otros, a lo que ha añadido que es “imprescindible una autoconfianza en nuestros valores profesionales”, algo que se debe inculcar e “inyectar” desde pregrado, como ha concluido.