

## Relaciones de la neumología con la medicina de atención primaria

P. Martín Escribano

Servicio de Neumología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

La atención primaria (AP), en contacto inmediato con la sociedad, representa el acceso inicial al sistema sanitario; tiene un particular objetivo de prevención y promoción de la salud, junto al clásico de asistencia al enfermo, así como la capacidad para resolver un alto porcentaje de casos y derivar el resto. La atención especializada (AE) atiende a un número reducido de pacientes complejos que requieren métodos diagnósticos especiales o un abordaje terapéutico complicado; para actuar dentro de un plan general de salud pública, ambos niveles deben estar bien coordinados en sus líneas generales y fluidamente relacionados en sus aspectos concretos. En nuestra especialidad, neumología, esta coordinación es más necesaria, dada la alta prevalencia de las enfermedades respiratorias en la actividad habitual de AP.

Desde la publicación de la Ley de Sanidad (14/1986), hemos tratado de desarrollar la implantación en nuestro medio del concepto de atención sanitaria integral en el área de salud, estando muy satisfechos del resultado de la coordinación de toda la AE neumológica del área; sin embargo, la relación con la AP, aun pudiendo considerarse buena, no se ha desarrollado satisfactoriamente; hemos editado un libro de neumología, con la colaboración de algunos médicos de AP con responsabilidades de asistencia, docencia o gestión<sup>1,2</sup>, y existen contactos entre ambos niveles, pero aún no están organizados en un programa común bien definido; el análisis de esta situación y el diseño de la estrategia para superarla se cuentan entre nuestras prioridades actuales. Considero que este enfoque particular del problema es probablemente extrapolable a otros grupos de trabajo de la sanidad pública española, y que puede ser uno de los temas de interés actuales de nuestra especialidad.

A continuación expreso mis opiniones sobre esta relación AP-AE, basadas en mi experiencia personal más que en experiencias foráneas, y desearía que sirvieran para

estimular el intercambio de ideas a través de esta Revista, o de cualquier otro modo, sobre este importante asunto.

Una relación AP-AE idónea sería aquella que facilitara, bajo la cobertura de un programa común, una coordinación fluida entre los dos niveles, estableciendo una colaboración sobre la base de responsabilidades bien delimitadas y consensos sobre pautas de trabajo e intercambio mutuo, y buscando eficacia y equidad en relación con los pacientes y eficiencia en relación con la administración de los recursos.

No conozco, o quizás no me ha llegado, un programa común en este sentido, con buena delimitación de objetivos, funciones y responsabilidades, reflejo de una política sanitaria general claramente definida; todo ello está, además, inmerso en una lamentable incertidumbre en la solución de los múltiples problemas concretos de la sanidad pública.

La coordinación entre niveles sería la consecuencia lógica de la aceptación de un programa común; en su ausencia, la coordinación de la relaciones se ha dejado a la iniciativa personal, dirigida, con mayor o menor fortuna, por los líderes de opinión ocasionalmente presentes en ambos campos. Estos líderes deberían poder mantener la dirección y el estilo de la organización, además de coordinar a sus protagonistas, tan diversos como médicos, enfermeras, auxiliares administrativos, y relacionarlos armónicamente con la sociedad, asociaciones de enfermos, de usuarios, y demás.

La fluidez de la relación debe buscarse habilitando ocasiones para establecerla, reuniones de trabajo, sesiones clínicas conjuntas, e infraestructura de comunicación adecuada, buena coordinación de las unidades administrativas de ambos niveles, teléfonos o correo electrónico. Estas cosas suponen una necesaria dedicación de recursos en equipamiento y en disponibilidad de tiempo médico no inmediatamente asistencial.

La idea de colaboración debe establecerse sobre el respeto mutuo y la disposición a una responsabilidad compartida, desplazando una cierta sensación actual de antagonismo; esta última actitud está favorecida por la idea de que con mayor número de competencias se conseguirá una mayor aportación de recursos. Las diferencias en el tiempo de formación de ambas especialidades, tres años para médicos de familia y 4 para neumólogos, en los objetivos indican una diferencia en la categoría profesional de generalistas y de especialistas;

Correspondencia: Dr. P. Martín Escribano.  
Servicio de Neumología.  
Hospital Universitario 12 de Octubre.  
Avda. de Córdoba, s/n. 28041 Madrid.  
Correo electrónico: pmartin@hdoc.insalud.es

Recibido: 17-4-2001; aceptado para su publicación: 25-4-2001.

(Arch Bronconeumol 2000; 37: 295-297)

contempladas estas diferencias con una óptica temporal, al cabo de pocos años pierden totalmente su sentido, y si la óptica es global, se aprecia que esas diferencias son mínimas o no existen.

### **Delimitación de las respectivas responsabilidades**

La capacidad resolutive de AP se expresará en el porcentaje de derivaciones inadecuadas, y la de AE en la de ofrecer buenos resultados clínicos, buena información y liderazgo en formación continuada. Una de las claves de la relación entre ambos niveles es la adecuada derivación de pacientes entre los mismos, y ésta se hará tanto mejor cuanto mejor sea el conocimiento por ambas partes de las relativas capacidades de resolver problemas; por tanto, debería empezarse por el mutuo conocimiento y seguir por los acuerdos operativos sobre las responsabilidades compartidas.

Los criterios de derivación mutua se deben acordar para cada enfermedad, para cada técnica diagnóstica y para cada grupo de trabajo. Desde una perspectiva general, las enfermedades respiratorias pueden considerarse, en primer lugar, de atención compartida en los dos niveles (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infecciones agudas, tabaquismo, etc.); otro grupo estaría constituido por las de atención preferentemente especializada (tuberculosis, neumonías, patología pleural, etc.); entre las enfermedades de un tercer grupo estarían aquellas en las que se debería insistir en los síntomas o signos de alarma detectables en AP, para su rápida derivación a la AE, como el carcinoma broncogénico; por último, figurarían las enfermedades de atención domiciliaria, como las que requieren oxigenoterapia, ventilación mecánica o tratamientos con CPAP.

Las técnicas diagnósticas son responsabilidad de los especialistas y deben ser solicitadas a través de los neumólogos. En relación con las técnicas endoscópicas, de manejo del espacio pleural, de exploración funcional compleja o de estudios durante el sueño, no hay dudas en cuanto a esta exclusividad, pero las espirometrías, u otras monitorizaciones de flujos respiratorios, y las gasmometrías arteriales o pulsioximetrías son tan útiles y tan frecuentemente utilizadas que han salido, en la práctica, del ámbito de los laboratorios de fisiopatología respiratoria; no obstante, es irrenunciable el ejercicio de liderazgo en estos temas, así como la necesidad de acordar con la AP un sistema de asesoramiento y monitorización del control de calidad y del uso adecuado de estas técnicas por no especialistas neumólogos.

### **Consensos sobre pautas de trabajo**

Los interesados en un punto concreto en ambos niveles deben establecer la estructura de organización adecuada a la situación local mediante guía o pautas de práctica clínica consensuadas; su evaluación periódica y la propuesta de medidas de mejora en sus contenidos deben ser la base de la garantía de la efectividad, evaluada en todos sus aspectos. Lamentablemente, aún son excepcionales los acuerdos operativos entre ambos niveles, propuestos desde las grandes sociedades científicas,

o las comisiones de las especialidades correspondientes, hasta los grupos de trabajo presentes en cada área de salud o incluso en cada centro de especialidades. En este trabajo es importante la relación personal entre los profesionales, apoyados en los líderes naturales y en las experiencias previas de colaboración. Ejemplos de estos acuerdos son los documentos conjuntos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria con la Sociedad Española de Medicina Interna sobre el trabajo profesional conjunto<sup>3</sup>, o con la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica sobre la atención al paciente con asma<sup>4</sup>.

El intercambio mutuo debe referirse a relaciones personales, temas científicos, problemas técnicos, casos de pacientes concretos, proyectos de investigación, participación en comunicaciones a congresos y en educación sanitaria, etc., en definitiva, a cualquier actividad de interés que permita estrechar la relación entre los niveles y disminuir las diferencias. Este intercambio hará que, dentro de lo posible, el paciente reciba una información coherente y evitará los cambios intempestivos, no justificados, de tratamiento.

La eficacia debe asegurarse con una buena organización asistencial y una calidad científico-técnica adecuada. Dentro del primer concepto, y en términos de relación AP-AE, está como ejemplo la continuidad de la asistencia tras un ingreso hospitalario.

La equidad se mantendrá dando a todos los pacientes las mismas posibilidades de acceso a los dos niveles o, en las enfermedades crónicas, la capacidad de ser atendidos preferentemente por uno de ellos a su elección. El paciente prefiere al especialista como poseedor de mayor información y experiencia en el campo concreto que a él le afecta, pero acude a su médico de familia, que le resulta mucho más accesible, con quien tiene más proximidad y confianza en el trato, y al que ve con mayor capacidad resolutive en los problemas de salud que le son más frecuentes a él y a su familia.

El proceso, en general, debe ser controlado en términos de eficiencia; aunque existe un esfuerzo importante para evaluar cuantitativa y cualitativamente la actividad médica hospitalaria, es especialmente difícil la evaluación del grado de eficiencia de la actividad ambulatoria; la información existente es abrumadoramente favorable a un funcionamiento integrado, que permita definir objetivos comunes, recursos disponibles, incentivos, organización del trabajo, resultados y sistemas de control, evitando modos de trabajo excesivamente tradicionales u obsoletos.

Como resumen, considero que, por contraposición a la competitividad entre AP y AE, con el correspondiente choque de intereses, es totalmente deseable la idónea colaboración entre niveles por su probable mejora en todos los aspectos del rendimiento de la actividad asistencial. Es totalmente imprescindible favorecer o ampliar esta colaboración, pero no se ha definido con claridad la mejor estrategia para conseguirlo, y tampoco a quién corresponde su liderazgo. Como especialistas, líderes de opinión en el abordaje de las enfermedades respiratorias, debemos también ser líderes —o como mínimo no quedarnos atrás en este liderazgo— en la ejecución de

esta relación. Probablemente cualquier estrategia concreta, adaptada a las circunstancias particulares de cada caso y convenientemente consensuada, puede ser buena si existe un espíritu de colaboración entre los médicos especialistas de los dos niveles, AP y AE.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. López Encuentra A, Martín Escrivano P. Neumología en atención primaria. Madrid: Aula Médica, 1999.
2. Seara Aguilar G, De la Cámara González C. Coordinación entre atención primaria y atención especializada (área de salud). En: López Encuentra A, Martín Escrivano P, editores. Neumología en atención primaria. Madrid: Aula Médica, 1999; 45-50.
3. Aguirre Éraști C, Velázquez García A y Grupo de Trabajo. Médicos de Familia e Internistas trabajando por una atención integral. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Sociedad Española de Medicina Interna, Barcelona 1998.
4. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Recomendaciones para la atención del paciente con asma. Arch Bronconeumol 1998; 34: 394-399.