



Salud Pública

Listas de espera en las consultas externas de las distintas especialidades.

“El Tribunal Superior de Justicia de Valencia ha condenado a la Consejería de Sanidad a indemnizar a una paciente con 90.152 euros por el retraso en la práctica de una mamografía necesaria para el diagnóstico y tratamiento de una dolencia en una mama”.

“ El Juzgado número 1 de Sevilla de lo Contencioso Administrativo condena al Servicio Andaluz de Salud a pagar una indemnización de 79.213,23 euros por que las pruebas necesarias para el diagnóstico de certeza (biopsia) y subsiguiente tratamiento de un cáncer, una vez que es sospechado el diagnóstico por los facultativos, no sirve solicitarlas como preferentes si no que deben ser efectuadas como urgentes”.

Los tribunales de justicia comienzan pues a valorar y enjuiciar la aplicación en el tiempo de los criterios científico-técnicos empleados por los facultativos en sus actos médicos.

Cuando un médico de cabecera se encuentra ante la imposibilidad de obtener un diagnóstico de certeza sobre la enfermedad que aqueja a su paciente y decide derivarlo al especialista correspondiente, no es admisible que el enfermo quede en terreno de nadie durante un tiempo indefinido. La “gestión” aquí sólo puede ser llevada por quienes son los responsables de dicho acto médico: enfermo y Médico de Cabecera.

Revisando bastante literatura sobre gestión clínica y gestión administrativa de las listas de espera hemos podido sacar las siguientes conclusiones:

Excluidas las urgencias por requerir un tratamiento indiscutiblemente diferenciado, están claramente admitidas por todos cuatro situaciones en las que el enfermo debe ser visto inmediatamente por el especialista correspondiente, o lo que es lo mismo “**enfermos que nunca deben estar en una lista de espera**” y que son:

- **Pacientes que acuden para diagnóstico.**
- **Pacientes que acuden para tratamiento de cáncer.**
- **Pacientes que necesitan tratamiento de enfermedad muy incapacitante o muy dolorosa.**
- **Pacientes con situación psicosocial grave o**

agravada por la enfermedad que motiva la consulta.

En estos cuatro casos la comunicación del binomio médico de cabecera-enfermo con el especialista debe ser directa, inmediata y sin intermediarios de ningún tipo, canalizada a través del informe que llevará en mano el enfermo o bien a través del teléfono o cualquier otro método informático que facilite esa conexión instantánea.

En el resto de los casos, una vez descartado el sello de “inmediato” se pueden organizar dos listas distintas con velocidades diferentes. Los responsables de las primeras consultas especializadas deben de comunicar a los médicos de cabecera los criterios de cada Servicio para la adscripción de un paciente a **la lista rápida o preferente** y será en todo caso el médico que tenga al enfermo delante el único responsable de la valoración de los criterios de priorización, dando por descontado que nos encontramos ante **diagnósticos de certeza**.

Hay que informatizar y codificar **la lista no preferente o rápida** de primeras consultas del especialista. Es en este momento dónde debería aparecer el Servicio de Admisión General y no antes, pues sin diagnóstico la puerta de entrada al sistema es el Médico de Cabecera.

Con el diagnóstico (varices extremidades inferiores, cataratas, amigdalectomía, ganglión, rinoplastia, hernia inguinal, dupuytren...), la codificación, las observaciones médicas pertinentes, la edad y la informatización, debería comenzar una gestión clínico-administrativa ágil y sobre todo resolutive.

Es un criterio bastante compartido en la literatura que versa sobre gestión clínico-administrativa que sólo se deben generar listas en consultas externas de especialistas cuando las internas superan los tres meses, punto a partir del cual el volumen de gestión es ya difícil.

Las listas de espera en las primeras consultas de los especialistas sólo tienen una ventaja y es que parte de los pacientes abandonarían en su intento por fallecer antes, por acudir a la medicina privada o por haberles desaparecido el problema. La instauración de grandes listas de espera es uno de los métodos de ahorro según apuntaba el “informe abril”, aunque añadía que era el peor visto socialmente. Evidentemente si las listas de espera se instauran para todo, sin seguir las pautas descritas, el enfermo y el médico de cabecera comienzan a sufrir y padecer conjuntamente la deficiente gestión de las derivaciones de pacientes al segundo nivel.



COLABORACIÓN ENTRE EL IFE Y LA SOCIEDAD CIENTÍFICA ESPAÑOLA DEL MÉDICO DE CABECERA.

ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE).

Se trata de un trabajo de investigación, de carácter científico, independiente de la industria farmacéutica y cuyo diseño se corresponde con un "estudio de cohortes, de tipo observacional", que ha sido propuesto a la Sociedad Científica Española del Médico de Cabecera por parte de un grupo de investigadores universitarios pertenecientes al Instituto de Farmacoepidemiología (IFE) de la Universidad de Valladolid.

El estudio pretende conocer la eficacia de la gastroprotección en los pacientes tratados con AINE, procurando obtener una información independiente y contrastada, diferente de la que se obtiene mediante los estudios promocionales que patrocinan a veces los laboratorios en el ámbito de la atención primaria. Los objetivos del IFE son precisamente llegar a conocer qué ocurre con los medicamentos cuando son utilizados en las condiciones reales y no en las ideales (y en muchos aspectos parciales y limitadas) de los ensayos clínicos convencionales. Esas condiciones reales de uso de los medicamentos se dan precisamente en la atención primaria, por lo que este ámbito debe ser aprovechado mediante la puesta en marcha de estudios observacionales que exploren aspectos relevantes de la práctica clínica.

Para estudiar la efectividad de la asociación de un protector gástrico a cualquier AINE, en el sentido de disminuir la incidencia de efectos adversos gastrointestinales, se realiza una encuesta estructurada de muy fácil cumplimentación a cada paciente al que se le prescriba un AINE (tanto si se le añade un gastroprotector como si no. La encuesta se envía al IFE y desde allí el equipo de investigadores de la Universidad realiza una llamada al paciente para completar la encuesta, obtener datos de su evolución clínica y, sobre todo, para saber si han aparecido reacciones adversas en el curso de tratamiento con el AINE. De este modo se realiza un seguimiento de dos cohortes: pacientes tratados con AINE sin gastroprotector y pacientes tratados con AINE y, además, con un gastroprotector; para de éste modo comparar después los resultados obtenidos en ambas cohortes, ajustándolos por supuesto por las características de los pacientes y evitando mediante el análisis pertinente los posibles factores de confusión (por lo que es importante obtener muestras grandes, que sólo son posibles mediante la participación de muchos médicos de toda Castilla y León). Los médicos que participen en el Estudio recibirán periódicamente un Boletín con la información que se va recogiendo y, por supuesto, tendrán prioridad a la hora de conocer los resultados definitivos del mismo.

Este estudio pretende potenciar la investigación en el ámbito de la atención primaria, donde existe un potencial investigador poco utilizado, ya que en general se limita a iniciativas individuales de algunos médicos muy motivados a la participación en estudios de fase IV (postcomercialización) promovidos por la industria con fines promocionales. Sin embargo, la investigación debe fomentarse porque sólo esta actividad puede propiciar una reflexión sobre las propias prácticas y su pertinencia, así como mejorar la calidad de la asistencia. En resumen, con este estudio se pretende realizar una investigación independiente y de calidad que pueda dar respuesta a problemas planteados en la práctica clínica, tales como en que tipo de pacientes tratados con AINE es necesario y eficaz añadir un gastroprotector y cual, entre los disponibles es el más efectivo y eficiente.

Os rogamos que a la mayor brevedad posible nos comunicuéis si estáis interesados en participar en este estudio, con el fin de recoger la información necesaria para su realización.

SOCIEDAD CIENTÍFICA ESPAÑOLA DEL MÉDICO DE CABECERA
C/ SANTIAGO, 25 2º IZQDA. 47001 VALLADOLID Tfl y Fax 983. 373219
Correo Electrónico: gaceta@uscal.es