

## NEWSLETTER Enero 2014

- **Aportación al continuo asistencial de una consulta de conexión con atención primaria coordinada con internistas**
- **Ética y prevención de la medicalización**
- **Ranking Spain's medical schools by their performance in the national residency examination**
- **Intervenciones eficaces para reducir el absentismo del personal de enfermería hospitalario**

### **APORTACIÓN AL CONTINUO ASISTENCIAL DE UNA CONSULTA DE CONEXIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA COORDINADA CON INTERNISTAS**

M.J. Esteban Giner <sup>a</sup>, V. Giner Galvañ <sup>a</sup>, J.L. Prats Hernández <sup>b</sup>, F. Llopis Martínez <sup>b</sup>, P.J. Cortés i Pérez <sup>c</sup>, J. Castejón Esteban <sup>d</sup>,

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Verge dels Liris, Alcoy, Alicante, España

<sup>b</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Ibi, Departamento de Salud de Alcoy, Ibi, Alicante, España

<sup>c</sup> Unidad Técnica, Centro de Atención Primaria Numància, Servicio de Atención Primaria Esquerra, Barcelona, España

<sup>d</sup> Servicio de Admisión y Documentación Clínica, Hospital Verge dels Liris, Alcoy, Alicante, España

#### Resumen

##### Objetivo

Evaluar la eficacia y eficiencia de un sistema de conexión entre niveles asistenciales que supere la actual desconexión asegurando el acceso preferencial de pacientes con enfermedad significativa a atención especializada.

##### Material y métodos

Descripción de la actividad de la Consulta de Conexión con Atención Primaria (CCAP) del Departamento de Salud de Alcoy (Alicante) en su primer año de funcionamiento.

##### Resultados

Hubo 450 visitas con 6,5 (IC 95% 5,7-7,3) primeras visitas y 3,9 (IC 95% 3,1-4,8) sucesivas diarias. Fueron más de 50 los motivos de consulta, y más de 60 los diagnósticos finales, la mayoría no relevantes (65,6% definidos no significativos; 14% indefinidos). Globalmente los diagnósticos definidos predominantes fueron los digestivos (31%) y los funcionales (14,4%), y los definidos significativos las neoplasias y las enfermedades autoinmunes. Al 86,9% de los diagnósticos se llegó tras 1 o 2 visitas, y al 40% con la sola revisión de la historia clínica hospitalaria. Hubo 217 peticiones de más de 20 exploraciones complementarias distintas, con un 38,8; 34,4; 21,6; y 5,2% de pacientes que requirieron 0, 1, 2 y  $\geq 3$ , mayoritariamente (21,6%) analíticas básicas. Los pacientes con diagnóstico significativo fueron diagnosticados más rápidamente ( $12,4 \pm 19,4$  vs.  $45,3 \pm 52,8$  días;  $p = 0,001$ ), con menos exploraciones complementarias ( $0,5 \pm 0,7$  vs.  $0,9 \pm 0,9$  exploraciones complementarias por paciente;  $p = 0,032$ ; 58,6 vs. 39,6% pacientes sin exploraciones complementarias;  $p = 0,052$ ) y en mayor proporción derivados a especializada (58,6 vs. 18,3%,  $p < 0,0001$ ).

##### Conclusiones

El demostrado manejo diferencial del paciente con enfermedad potencialmente significativa aprovechando los recursos existentes hacen de la CCAP con internistas un modelo eficiente de

##### Discusión

La experiencia de la CCAP de Alcoy confirma las deficiencias que la organización en 2 niveles asistenciales supone a la hora de priorizar el acceso de los pacientes desde AP a los recursos de la medicina especializada. De otro lado, los resultados demuestran la eficacia y eficiencia de la experiencia de la CCAP en facilitar el continuo asistencial. Y ello contemplando en la toma

de decisiones no solo la potencial gravedad del proceso sospechado, sino también factores subjetivos como la expectativa del médico de AP o el propio paciente. El bajo consumo de recursos, la importante reducción de derivaciones objetivadas en los campos en los que ha centrado su acción, y el que se haya puesto en marcha aprovechando recursos de personal y materiales preexistentes no hace sino apuntar a la eficiencia del modelo.

De forma análoga a lo ya publicado, son varios los resultados presentes que ilustran la deficitaria comunicación entre AP y AE en nuestro país. Así, es llamativa la escasa información contenida en los documentos de derivación, invalidándolos como elemento prioritario, con un grado de cumplimentación similar en pacientes con enfermedad relevante o sin ella. Que el 43% de casos se solventara con la mera revisión de la historia clínica hospitalaria, o que en el 36% de ocasiones ya existieran resultados de exploraciones complementarias resolutivas del proceso consultado, demuestran que la ausencia de comunicación es bidireccional. Así, Fustero et al, y el *Concerted Action Committ* estiman en un 50% la cantidad de información que en el sistema sanitario español no fluye de AE a AP. Un porcentaje que no parece haberse modificado a lo largo del tiempo.

La CCAP se ha demostrado eficaz en la detección y manejo diferencial de los pacientes con enfermedad significativa, lo que se ha manifestado en una menor demora diagnóstica y estudios requeridos, aunque de mayor capacidad resolutoria, como ilustra el uso diferencial de enemas opacos y fibrocolonoscopias. La mayor ventaja de la CCAP respecto de las UDR, que requieren del establecimiento de circuitos preferenciales para la realización de exploraciones complementarias, es que no exige la instauración de tales circuitos ni grandes cambios organizativos. Respecto a experiencias previas de COD la CCAP ha ejercido una labor simultánea de UDR. A pesar de esta doble función, muy probablemente la menor complejidad organizativa del modelo dote de mayor flexibilidad y resolutoria a la CCAP. A favor de esta afirmación tenemos el índice de las visitas sucesivas respecto a las primeras a favor de la CCAP al comparar con el de la consulta externa hospitalaria convencional de medicina interna de nuestro hospital o una UDR como la del Hospital de Granollers, que fue de 1.7. De forma indirecta, la CCAP también ha facilitado el acceso de los pacientes a las consultas hospitalarias convencionales al haberse experimentado en el año de actividad analizado respecto del previo una significativa reducción del número de derivaciones. Puesto que no hubo ningún otro cambio organizativo significativo en el departamento de salud, es lógico atribuir a la CCAP la reducción detectada, sobre todo ante el claro paralelismo entre la actividad incremental de esta y la reducción de pacientes derivados, y sin olvidar que la máxima reducción (42%) se registró para la consulta externa hospitalaria de medicina digestiva, aquella a la que se dirigió especialmente la acción de la CCAP al tratarse de una consulta especialmente saturada.

El análisis evolutivo de la actividad muestra un incremento progresivo en el tiempo, fundamentalmente de primeras visitas. Pero la misma observación temporal pone de manifiesto la dificultad para mantener la actividad en períodos vacacionales, fenómeno ya referido por otros autores. La ampliación del personal facultativo supondría una inversión difícilmente asumible en los tiempos actuales. Teniendo en cuenta el elevado porcentaje (43%) de casos solventados con la sola consulta de la historia clínica hospitalaria, de forma análoga a lo reportado por el Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continua de Cádiz (GAMIC), la estrategia más eficiente y realista pasaría por implementar la tarea de tutoría no presencial telefónica o electrónica por el personal actualmente disponible.

El perfil de paciente que se ha beneficiado de la CCAP coincide con el de experiencias previas: pluripatológico, plurimedcado, con gran diversidad y heterogeneidad de motivos de consulta, exploraciones complementarias a evaluar y diagnóstico. No hay que olvidar además que a menudo los motivos de remisión no presentan manifestaciones claramente atribuibles a una categoría nosológica o especialidad concreta, o que el proceso diagnóstico obedezca a diversas causas. Añadamos a ello que solo la mitad de los síntomas evaluados en AP tiene una base orgánica, y al menos la tercera parte carece de explicación médica. Razones estas que (de forma nunca exclusivista) apuntan al internista como el especialista más adecuado para la conexión entre niveles asistenciales. Hemos de recordar además que del 7 al 45% de pacientes derivados por el médico de AP a AE lo es por presión del paciente, aspecto que se ha considerado en la CCAP y explicaría un porcentaje no desdeñable de EC realizadas o el seguimiento más allá de las 2 visitas inicialmente estipuladas por complacencia para con el paciente y/o refuerzo de su cabecera.

Probablemente la CCAP sea un modelo especialmente aplicable en hospitales de tamaño mediano. A favor de esta afirmación está la publicación de la experiencia positiva de un Hospital de perfil semejante al de Alcoy como el de Gandía (Valencia) y su Consulta de

Orientación de Pacientes (COP), que contrasta con la negativa de la Consulta de Atención Inmediata de Medicina Interna (CAIMI) del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, de mayor tamaño.

A falta de contar con datos multicéntricos y a largo plazo, esperamos que la experiencia comunicada de la CCAP de Alcoy contribuya a concretar un modelo realista de integración no solo entre AP y AE, sino también entre ciudadano y sistema sanitario, y es que, tal y como afirma el Informe de la SEDAP (Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria): «[...] para que la integración asistencial se pueda llevar a cabo, hace falta un cambio en la cultura de la organización, teniendo al ciudadano o paciente como eje de la organización sanitaria, trabajando en equipo sin secuestro de pacientes, cooperando para dar la mejor calidad de atención, en el lugar más idóneo y al menor coste posible».

SEMERGEN, Vol. 39. Núm. 07. Octubre 2013

Texto completo:

<http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/articulo/aportacion-al-continuo-asistencial-una-90231504>

## ÉTICA Y PREVENCIÓN DE LA MEDICALIZACIÓN

*M. Tovar-Bobo a, , M.J. Cerecedo-Pérez b, A. Rozadilla-Arias c,*

*a Medicina de Familia y Comunitaria, Centro Saúde Culleredo, A Coruña, España*

*b Medicina de Familia y Comunitaria, Centro Saúde Perillo-Oleiros, A Coruña, España*

*c Enfermería, Centro Saúde Culleredo, A Coruña, España*

### Resumen

La sociedad ha desplazado al campo médico problemas de la realidad subjetiva y social de las personas, y la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en un factor patógeno predominante existiendo un aumento del número de enfermedades y enfermos, a la vez que mejora el nivel de salud de la población.

El poder de la medicina ha hecho atractiva la idea de «medicalizar» aspectos de la vida que se pueden percibir como problemas médicos aun sin serlo. Vivir conlleva momentos de infelicidad y de angustia, pero ¿deberíamos tratar dichos momentos? Estamos en la cultura sanitaria del «todo, aquí y ahora».

En este artículo se analizan las implicaciones éticas de las intervenciones innecesarias y se plantean distintas alternativas que pueden realizar los profesionales implicados para reconducir dicha situación; reflexionamos si queremos un mundo donde todos llevemos etiquetas de riesgo de presentar esta o aquella enfermedad.

### Prevención de la medicalización

No basta con ofrecer servicios de calidad a quien los necesite, hay que ofertar cantidad en el lugar oportuno, por lo que la actividad médica debe brindar cuidados de «baja intensidad y alta calidad». La calidad solo asegura que las cosas se hacen bien, pero no evita los efectos adversos de las cosas bien hechas. Es importante cambiar el concepto de «más es mejor» por el de «menos es más». Los que trabajamos en el ámbito sanitario debemos preguntarnos cuál es el punto en el que nuestro trabajo conlleva más perjuicios que beneficios.

La prevención cuaternaria previene la medicalización de la vida diaria ante el abuso de la definición de salud, factor de riesgo y enfermedad; es la evitación de la actividad médica innecesaria o la prevención de la medicalización. Su objetivo es identificar pacientes con riesgo de sufrir procedimientos médicos excesivos, que conllevarían más daños que beneficios y

ofrecerles alternativas aceptables. Este tipo de prevención debería primar sobre cualquier otra opción preventiva o terapéutica.

Se dice que «es mejor prevenir que curar», esto es cierto solo cuando el remedio no hace más daño que la propia enfermedad, es decir, cuando la intervención preventiva produce más beneficios que la intervención terapéutica. A veces la prevención es peligrosa y hay que decir: «¿Prevención? ¡Precaución!». Ante los daños de la prevención no cabe mejor seguridad que tener un médico prudente, sabio y humano. Prudente en la selección de actividades preventivas de valor probado, sabio en la capacidad de medición de beneficios y daños en el paciente en su contexto, y humano para entender y aceptar las creencias, expectativas y temores de cada paciente.

La tarea de desmedicalizar va a suponer la intervención en el ámbito clínico, social y cultural. Se trata de dar respuestas saludables desde el sistema sanitario en estos terrenos.

- En el ámbito clínico con la aplicación rigurosa de los principios de efectividad y seguridad.
- En el ámbito social devolviendo los problemas a su punto de origen y tratándolos según su naturaleza (laboral, familiar y económica).
- En el ámbito cultural renunciar al discurso todopoderoso de la medicina, recuperando la aceptación de la enfermedad y de la muerte.

Los pacientes muchas veces nos consultan y refieren sus síntomas en busca de tranquilidad y de una explicación más que de una solución, y en lugar de escucha y reconocimiento reciben una receta de un fármaco. La receta ha sustituido de forma incorrecta lo que debiera ser la resolución de muchas consultas, que es una relación y una comunicación adecuada. La falta de preparación de los profesionales para una buena escucha y el desconocimiento de las técnicas de comunicación han convertido, en más ocasiones de las deseadas, a la receta como un método de finalizar la entrevista.

En la atención sanitaria, no todo se resuelve con la prescripción de un fármaco, a pesar de que tanto los usuarios como los profesionales, muchas veces creemos que es la única alternativa posible. En nuestras consultas, donde se expresan en primera instancia las necesidades y las expectativas de las personas, podemos llevar a cabo un proceso de no medicalización si aplicamos un conjunto de habilidades en el acto asistencial; habilidades que responden al sentido clínico y muchas veces al sentido común, pero que no siempre se aplican y que como sanitarios que somos debemos recuperar y ejercer sistemáticamente para contrarrestar la fuerte inercia medicalizadora.

#### Una reflexión final

Reflexionar sobre la medicalización nos lleva a preguntarnos si queremos un mundo donde todos llevemos etiquetas de riesgo de presentar esta o aquella enfermedad en el futuro; si queremos una sociedad con gente sana que tome pastillas para reducir su «riesgo» de tener una u otra enfermedad; una sociedad donde ya todos los niños nazcan por cesárea, la gente esté insegura sobre si es normal o no en sus relaciones sexuales, donde el miedo a la enfermedad se apodere de todos, y casi nadie se muera con un poco de paz; incluso siendo pragmáticos y sin cuestionarnos si queremos este mundo, vamos a tener que preguntarnos si podemos permitirnoslo.

Es urgente una reflexión colectiva sobre hacia dónde nos conduce el camino realizado hasta el momento, las consecuencias de la medicalización y qué podemos hacer los implicados para reconducir dicha situación. Es clave recuperar el discurso de la incertidumbre como parte de la vida, devolviendo los problemas sociales a la sociedad y los personales a las personas; teniendo siempre en mente que el paciente es experto en su vida y que darle protagonismo en la toma de decisiones es la solución de muchos de los problemas de salud.

Una sociedad más medicalizada es una sociedad con una mayor percepción de malestar y dependencia.

Las ganancias en cantidad de vida propiciadas por el desarrollo científico-tecnológico son en nuestro entorno relativamente escasas, siendo más importantes las relacionadas con la calidad de esa vida. Pero la calidad de vida tiene componentes básicamente subjetivos, ligados a muy distintas preferencias personales. No todos los años de vida ganados son iguales y evitar una muerte ligeramente prematura puede abocarnos a una larga y penosa agonía, una opción deseable para algunos pero espeluznante para otros. La consecuencia de esta aceptación acrítica de todas las ofertas de medicalización sería una sociedad viviendo de manera insana por su preocupación por la salud y muriendo más enferma. Como dice Diego Gracia, «hoy el problema principal no es cuánto vamos a vivir sino cómo y para qué; cuáles son nuestros ideales, nuestras expectativas y nuestros valores en la vida. De ellos dependerá, en última instancia, el que seamos inmensamente felices o profundamente desgraciados».

«En toda vida debe llover de vez en cuando, y algunos días ser tristes y oscuros.» (El día lluvioso, de Longfellow).

SEMERGEN, Vol. 39. Núm. 07. Octubre 2013

Texto completo:

<http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/articulo/tica-prevencion-medicalizacion-90231506>

## **RANKING SPAIN'S MEDICAL SCHOOLS BY THEIR PERFORMANCE IN THE NATIONAL RESIDENCY EXAMINATION**

*B.G. Lopez-Valcarcel, Department of Quantitative Methods for Economics and Management, University of Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Spain*

*V. Ortún, Department of Economics and Business, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, Spain*

*P. Barber, Department of Quantitative Methods for Economics and Management, University of Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Spain*

*J.E. Harris, Department of Economics, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, MA, United States. Providence Community Health Centers, Providence, RI, United States*

*B. García, Department of Quantitative Methods for Economics and Management, University of Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Spain*

Medical school graduates in Spain must take a uniform national exam (called "examen MIR") in order to enter postgraduate training in a specialty. Its results offer a unique opportunity to rank medical schools according to this exam.

Objectives

We measured differences in the MIR exam results among Spanish medical schools and assessed the stability of the MIR-based rankings for the period 2003–2011.

Results

In the year 2011 a total of 6873 residency positions nationwide were offered by the Spanish Ministry of Health, Social Services and Equality. These positions covered 47 specialties distributed over 231 training centers. A total of 11,550 medical graduates (including 1997 foreign graduates) took the MIR examination. Marked differences among medical schools were evident. The median graduate from medical school #1 and #29 occupied the positions 1477 and 5383, respectively. These figures correspond to a standardized ranking of 21 out of 100 for medical school #1 (that is, 1477/6873; half of medical school #1 obtained better [below position 21%] and half worse [over position 21%] results) and a standardized ranking of 70 out of 100 for medical school #29. While 81% of the medical school #1 graduates were amongst the best 3000 MIR exams and only 5% above the 5000 position the corresponding figures for medical school #29 graduates were 21% and 44%, respectively. The ranking position of the 29 medical schools was very stable between the years 2003 and 2011.

## Conclusion

There are marked differences in medical schools in Spain and these differences are very consistent over the years 2003–2011.

## Resumen

### Antecedentes

En España, los graduados de las Facultades de Medicina deben tomar someterse a nacional uniforme (llamado «MIR») con el fin de ingresar a la formación de posgrado en una especialidad médica. Sus resultados ofrecen una oportunidad única para clasificar las Facultades en términos de calidad.

### Objetivos

Medir la presencia y la significación de las diferencias en los resultados del MIR entre las facultades de medicina españolas, y evaluar la estabilidad de las clasificaciones basadas en los resultados de la prueba MIR para el período 2003–2011.

### Resultados

Se observaron diferencias significativas, persistentes y consistentes en los rankings basados en los resultados de la prueba MIR. El graduado promedio de la Facultad con mejores resultados queda clasificado en el percentil 21 en todo el país, mientras que el graduado promedio de la Facultad con peores resultados queda clasificado en el percentil 70.

### Conclusión

Existen marcadas diferencias en las Facultades de Medicina en España, y estas diferencias son muy consistentes durante los años 2003 a 2011.

Rev Clin Esp.2013;213:428-34 - Vol. 213 Núm.9 DOI: 10.1016/j.rce.2013.06.007

## **INTERVENCIONES EFICACES PARA REDUCIR EL ABSENTISMO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITALARIO**

*Joaquín Jesús Blanca-Gutiérrez, Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Hospital de Montilla, Montilla, Córdoba, España*

*María del Carmen Jiménez-Díaz, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén, Jaén, España*

*Luis Felipe Escalera-Franco, Servicio Andaluz de Salud, Hospital Infanta Margarita, Cabra, Córdoba, España*

## Resumen

### Objetivo

El objetivo del presente trabajo es seleccionar y sintetizar las intervenciones que han demostrado ser efectivas para reducir el absentismo de enfermería hospitalaria.

### Métodos

Revisión de tipo scoping review mediante búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, Web of Science, Cinahl, Embase, Lilacs, Cuiden y Cochrane Library Plus. De un total de 361 textos extraídos, finalmente se seleccionaron 15 estudios para esta revisión.

### Resultados

La implementación de programas de soporte o entrenamiento físico multifacéticos puede producir resultados positivos en cuanto a la reducción del absentismo de enfermería hospitalaria. Las intervenciones de tipo cognitivo-conductual requieren el desarrollo de estudios con muestras más amplias para ofrecer resultados concluyentes. El establecimiento de sistemas de turnos más flexibles también puede reducir las tasas de ausencia, si bien de nuevo se necesitan estudios con muestras más numerosas. Los programas tendentes a la gestión del cambio desarrollados por la propia enfermería, la gestión participativa de las relaciones profesionales, el soporte proporcionado por los supervisores opuestos a estilos de liderazgo de tipo jerárquico y las remuneraciones que premian la falta de ausencias también pueden conseguir disminuciones en este tipo de indicadores.

Conclusiones

El absentismo puede considerarse como un resultado final y una consecuencia del grado de satisfacción de los/las profesionales, y seguramente las intervenciones efectivas para disminuir el absentismo de enfermería hospitalaria lo son porque aumentan la satisfacción laboral de estos/as trabajadores/as.

Gac Sanit.2013;27:545-51 - Vol. 27 Núm.6 DOI: 10.1016/j.gaceta.2012.09.006

Texto completo:

<http://www.gacetasanitaria.org/es/intervenciones-eficaces-reducir-el-absentismo/articulo/S0213911112002725/>