

La continuidad asistencial a debate. 1.

Dr. Felipe Ojeda

fojeda@fhag.es

¿Qué entiende el paciente por continuo asistencial?

¿Afecta la multidisciplinariedad a la atención? ¿Se pierde el referente? ¿A quién va bien, al paciente o al médico? ¿Diluye la responsabilidad en un equipo? ¿Se pierde la relación médico-paciente.

Cuando se habla, y se habla mucho, de lo importante que es mantener un continuo asistencial de los pacientes ¿estamos hablando de lo mismo los profesionales y los pacientes?

Para los profesionales se trata de conseguir que la comunicación entre los distintos niveles asistenciales sean fluidos, que la historia clínica sea transparente y que el paciente perciba que por ejemplo su estancia hospitalizado es conocida por su doctora de familia, esto afectaría no sólo a diagnósticos y pruebas clínicas sino y quizás más importante a el continuo de tratamientos en especial farmacológicos y de fisioterapia. Cuando un profesional se refiere a ese continuo asistencial habla de estos temas.

Cuando un paciente o la familia de un paciente habla de continuación de la asistencia lo liga directamente con temas como la elección de médico y tiende a referirse a que este continuo no habla de un proceso asistencial sino del profesional que lo atiende.

El ejemplo más claro es un embarazo, el continuo asistencial es entendido por la pareja como el hecho de que lo atienda siempre la misma matrona o ginecólogo y que sean estos el que atiendan su parto en la totalidad. Esto que parece tan natural en el ambiente privado es inasumible en la sanidad pública. Enfermería funciona a turnos y no práctica guardias pero aún en el caso de que existieran guardias de matronas los partos no se amoldan a los horarios de guardia y estos no son amoldables a cada parto particular.

Muy similar es el problema en las áreas de quirófano donde el famoso equipo quirúrgico se modifica con el cambio de turno de las instrumentistas a una hora fija. Tal como en el caso más específico del parto parece inviable una modificación horaria y dada la situación actual y previsible en un marco temporal medio ningún profesional aceptaría estas condiciones laborales (pensar en la adecuación de la vida laboral a la privada, etc, los permisos, vacaciones, etc.). En el marco quirúrgico mediante una flexibilización horaria sería posible mantener ese continuo.

Existen casos en que se mantiene el continuo a nivel hospitalario, por ejemplo opera a los pacientes el cirujano que los ha visto, les visita en el postoperatorio y posteriormente en consultas externas, la percepción es mejor por que se obvia la parte de quirófano, pero esto obliga a un tipo peculiar de programación quirúrgica personalizada, no siempre adecuada al proceso de especialización propio de los centros de nivel elevado.

Básicamente lo que intentamos expresar en este breve artículo es la dificultad para entender de la misma manera un concepto que parece tan claro a priori como es la continuidad asistencial.

Los cambios en la responsabilidad asistencial así como el trabajo en equipo crean una sensación ambivalente a los pacientes y familiares, por una parte les parece fantástico el trabajo en equipo, etc. pero por la otra les da la sensación de que falta ya no un

responsable directo sino un referente. Un comité multidisciplinar le da las opciones de tratamiento, un profesional le opera otro sigue su curso postoperatorio, otro realiza el tratamiento complementario y otro le ve en la consulta. Si acude a urgencias será otro profesional el que visite, ingrese y puede que otro se haga cargo de su caso. Seguro que todos son los mejores en su campo, pero nos falta el gran referente.

Desde siempre las autoridades sanitarias se han llenado la boca con que el referente es alguien o el médico de familia. Todos los profesionales que tratamos pacientes estaríamos encantados de que estas palabras estuvieran llenas de significado y dotación, y se diera a la médico de familia la responsabilidad y categoría de referente para los pacientes, pero en muchos casos no sólo no es así sino que es la última en enterarse.

Para suplir deficiencias en los sistemas de referencia se han creado curiosas figuras como el gestor de casos, que no deja de ser una figura administrativa que gestiona las pruebas que necesita un paciente para dotarlas de solidez, sobretodo temporal, en su realización, pero como casi nunca es médico no puede dotar al marco de carácter de referente.

La especialización y multidisciplinariedad no necesariamente deben conducir a la pérdida de referente y todos conocemos profesionales que aunque participen sólo en una parte del proceso asistencial consiguen ser referentes para sus pacientes. Parece mentira que un aspecto que se consigue con tanta facilidad en el campo de la práctica privada sea tan difícil de conseguir en la pública.

Ahora bien, el panorama parece desolador, aunque con excelentes resultados; tratando el continuo asistencial como nos interesa y la referencia diluida en un marco multidisciplinar tan en boga conseguimos excelentes resultados nos convencemos e intentamos convencer a nuestros pacientes y sus familiares que eso es lo ideal y que su idea de continuidad carece de sentido.