

CASO CLÍNICO

Nuevas formas de comunicación: una necesidad creciente en nuestro sistema sanitario

Nuria Orozco Mossi¹. Gloria Rabanaque Mallén²

1-Residente de MFyC. CS. Navajas y Gaibiel. Castellón 2- Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Navajas y Gaibiel. Castellón

Contacto: Nuria Orozco Mossi; e-mail: nuriaorozcomossi@gmail.com.

Los autores declaran no tener conflicto de interés en la realización del presente estudio.

Citar como: Orozco Mossi N, Rabanaque Mallén G. Nuevas formas de comunicación: una necesidad creciente en nuestro sistema sanitario. fml. 2018; 23(1):5p

Palabras clave (MeSH): barreras de comunicación, atención primaria de Salud, atención progresiva al paciente, servicios de salud comunitarios.

Resumen

La adaptación de nuestro sistema sanitario al nuevo paradigma social marcado por el aumento de la esperanza de vida, la cronicidad y la dependencia, hace que debamos considerar redefinir la red de comunicaciones con la que contamos pudiendo introducir modelos alternativos eficaces como el australiano, lo cual podría permitir una mejor gestión del tiempo en las consultas. Este cambio sociodemográfico y epidemiológico debería ser un estímulo para implantar y desarrollar los nuevos sistemas de comunicación que permitan mejorar el seguimiento y tratamiento de estos pacientes.

Abstract

The adjustment of our sanitary system to the new social paradigm of an increase in life expectancy, chronicity and dependence, makes us consider a re-definition of our communication network, introducing effective alternative models such as the Australian, which might allow a better consultation time management. This sociodemographic and epidemiological change should be a stimulus for the implantation and development of new communication systems that will allow an improvement on the follow-up and treatment of these patients

Planteamiento e importancia del tema

El motivo de mi reflexión surge de la experiencia docente vivida dentro de mi programa de formación como MIR en Emerald, Australia, lugar en el que realicé un rotatorio externo de medicina rural durante un mes. Me ha resultado una práctica muy formativa, dado que me ha permitido conocer un sistema sanitario que ha tenido que ir adaptándose a las necesidades de la población. Parte de esta experiencia la transmito en un artículo

realizado con una médica de Atención Primaria (MAP) de Emerald, en el que hemos hecho una comparación entre las peculiaridades de los distintos sistemas de salud¹.

Sin embargo, lo que más me ha llamado la atención ha sido el desarrollo de sistemas alternativos de comunicación en este continente, a raíz de lo cual surge este artículo. Las circunstancias socio geográficas han supuesto un estímulo para el desarrollo de nuevas técnicas de comunicación, basadas en

TICs con los pacientes y entre médicos de las distintas especialidades. Estos sistemas alternativos de comunicación inter e intra-nivel, funcionan y permiten rentabilizar el tiempo en las consultas y además mejoran la calidad asistencial dado que el paciente obtiene una respuesta más rápida y consensuada.

Considero que esta red de comunicaciones podría ser extrapolable a nuestro medio, pudiendo reportar así, una disminución en las listas de espera, una mejor gestión del tiempo, y una mejora en la relación de atención primaria con especializada y en la relación médico-paciente. A pesar de que no todas las Zonas de Salud tienen el hándicap geográfico, sí experimentamos cambios sociodemográficos y epidemiológicos en los que se hace necesario la utilización de otras formas de comunicación. La atención primaria ha de adaptarse al nuevo paradigma social en el que lo que prevalece es la cronicidad y el aumento de la dependencia. En este contexto hay avances tecnológicos y farmacológicos, aunque dichos avances no parece que se apliquen al desarrollo de nuevas formas de comunicación que podrían facilitar una mejor gestión de la consulta y una mayor calidad asistencial a los pacientes.

La media de edad poblacional ante la que nos encontramos va en aumento, estando ahora en torno a 43,2 años². Además, los datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística (INE) predicen un aumento en la esperanza de vida que ha pasado de 74,4 a 80,4 en hombres y de 81,6 a 85,9 en mujeres entre 1994 y 2016³, lo que sugiere que el número de pacientes con patología crónica compleja va a ser cada vez mayor.

Estos cambios demográficos, suponen un reto a la hora de ajustar los tratamientos dado que nos encontramos ante pacientes frágiles que requieren de un manejo cuidadoso y adecuado dirigido a conseguir que tengan una buena calidad de vida, así como a reducir las reacciones adversas y las interacciones farmacológicas lo máximo posible. Este supone también una necesidad de realizar cambios terapéuticos con una mayor agilidad siendo importante la posibilidad de consensuar tratamientos entre especialistas.

La necesidad de contar con una red de comunicación fluida entre profesionales y entre médico-paciente cobra cada vez más importancia, puesto que, a lo largo de la vida

de estos pacientes, las patologías crónicas que presentan pueden suponer un reto para nosotros como profesionales, y no siempre es fácil encontrar en las guías de práctica clínica la respuesta a las dudas que se nos presentan. En el camino para mejorar la calidad asistencial entra en juego el papel de la comunicación que implica una colaboración global por parte de todos los que formamos parte del sistema sanitario.

La Real Academia de la Lengua Española (RAE) define la comunicación como una transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor⁴. Esto supondría por una parte la comprensión por parte del paciente cuando habla con el profesional sanitario que le está atendiendo, pero también una comprensión entre los distintos profesionales que atienden a un mismo paciente. La comunicación en el ámbito sanitario, tanto médico-paciente, como entre niveles asistenciales es una potente herramienta asistencial.

Opinión del autor

La comparación de nuestro sistema sanitario con el australiano permite darse cuenta de los escasos recursos de comunicación que utilizamos. Existen formas de comunicación entre especialistas, que van más allá de las interconsultas. No siempre pueden utilizarse, porque en ocasiones el médico de atención especializada (MAE) ha de ver físicamente al paciente, pero hay casos en los que no se requiere la visita presencial de éste.

El sistema sanitario australiano es semiprivado, lo que implica que, a pesar de que un elevado porcentaje del coste de la consulta la paga Medicare^{1,5}, otra parte la paga el paciente. Quizá sea el hecho de tener un sistema semiprivado, y que sean los MAP los que decidan a qué MAE van a remitir al paciente, lo que facilite esta red de comunicación entre especialistas. Aquellos MAE que no siguen este sistema de comunicación no reciben tantos pacientes como aquellos que sí lo hacen, dado que el MAP considera que no responden a las necesidades del paciente como deberían, lo cual supone un menor salario para este último. Puede que este modo de incentivar a los trabajadores ayude a conseguir una comunicación fluida entre todos. También es cierto que la ratio entre MAP/MAE y paciente es menor en Australia, lo que

supone una menor carga asistencial para el sistema, pero precisamente por este motivo debería haber una necesidad prioritaria en optimizar el tiempo en las consultas manteniendo la calidad asistencial con la que contamos actualmente en España. Una forma de optimizarla sería utilizando sistemas de comunicación que permitan por ejemplo consultar dudas entre especialistas sin necesidad de tener que realizar una interconsulta y la espera que esto supone.

Otra cuestión, es la amplia variedad de sistemas de comunicación que utilizan, siendo un ejemplo la telemedicina. La posibilidad de utilizarla permite sortear una de las barreras que considero existe en nuestro sistema, en el que el paciente suele ser el principal transmisor de la información, puesto que con demasiada frecuencia en las consultas de MAE no se escribe en la historia clínica electrónica, o el paciente no entiende la explicación de éste, quedando sin resolver total o parcialmente las dudas de los profesionales de atención primaria que generaron la interconsulta.

No hemos de olvidar tampoco, que existen otras formas de comunicación que no solemos poner en práctica, o al menos no tanto como podríamos. Algunos de los ejemplos son el correo electrónico, o la llamada telefónica entre profesionales o incluso entre médico y paciente.

Considero que, mediante estas herramientas de comunicación, se reduciría de forma considerable el número de interconsultas que se realizan, lo que permitiría acortar las listas de espera de Atención Especializada ya que, en muchas ocasiones existen dudas que serían fácilmente resueltas si tuviéramos la posibilidad de comunicarnos vía telefónica con nuestros compañeros de profesión, o escribir un correo electrónico, esto permitiría probablemente evitar derivaciones a Atención Especializada, a menos que se requiera de un nuevo enfoque del paciente.

También podríamos llamar a los pacientes para hablar sobre los resultados analíticos que, en caso de ser normales, supondría una consulta telefónica muy costo eficiente, y en caso de existir alguna alteración que implicara cambios de tratamiento o de hábitos de vida, cabría la posibilidad de programar una consulta presencial.

Otra posibilidad, es la de escanear los ECG y enviárselos a los cardiólogos, lo cual permite también evitar revisiones innecesarias por parte de estos especialistas, si el paciente está llevando un buen seguimiento por parte del MAP y no existen dudas que requieran de una segunda opinión. Además, si surge una duda desde Atención Primaria (AP) que puede resolverse fácilmente mediante estas vías, entonces no será necesario concertar una visita con el MAE.

Otra parte del sector sanitario implicado en el seguimiento y manejo del paciente es el farmacéutico comunitario, cuya implicación resulta de gran utilidad. Generalmente será el MAP quien contacte de forma telefónica con éstos cuando existan discrepancias entre las recetas administradas al paciente y la demanda de nuevas recetas por falta de medicación. La comunicación con este sector hace posible tener un mejor control en la dispensación de la medicación del paciente, permitiendo detectar abuso de ciertas medicaciones o incumplimiento terapéutico.

Argumentación

Utilizar medios de comunicación alternativos, supone un menor coste para el sistema sanitario y permite una mejor optimización del tiempo del MAE si tenemos en cuenta, por una parte, el importe del desplazamiento de un paciente hacia las consultas de MAE hospitalarias, el tiempo que supone la visita del paciente tanto para éste, como para el propio médico. Datos del 2015 muestran que el bloque que incluye el traslado de los pacientes, junto con la remuneración de prótesis y aparatos terapéuticos supone alrededor de un 2% del gasto sanitario público total. En cuanto al porcentaje relacionado con los servicios hospitalarios y especializados, supone un 62,4% del gasto total⁶.

Los médicos del sistema sanitario español, tenemos una mayor sobrecarga de pacientes que los del sistema australiano. En Australia, existe una ratio de 1,42 MAP por cada 1000 pacientes⁷ y de 1,17 MAE por cada 1000 pacientes⁸. En España, la tasa es algo menor, siendo de 0,8 MAP por cada 1000 habitantes y de 1,7 MAE según datos del 2015⁹. Lo cual sugiere una necesidad de optimizar los recursos, potenciando además la inversión en MAP y su fortalecimiento.

Entre los medios de comunicación con los que cuenta este sistema, está el de la telemedicina, en el que los médicos y los pacientes se comunican mediante teleconferencia. Este sistema se estableció para salvar las enormes distancias que existen entre el centro de salud y el hospital en el que se encuentra el médico especialista que realiza el seguimiento del paciente¹⁰. El paciente acude al centro de salud donde existe una habitación habilitada para que se lleve a cabo esta comunicación. Esta habitación no solo consta de un ordenador con una pantalla para que exista contacto visual, sino un sistema a través del cual, el MAE puede por ejemplo auscultar al paciente. Generalmente el paciente habla primero con el médico por videoconferencia, y posteriormente el MAP entra para aclarar ciertos aspectos que no hayan quedado claros, y para trazar el plan a seguir junto con el MAE o para conocer este plan de primera mano, pudiendo preguntar alguna duda que pueda surgir en relación con la medicación o con otros aspectos que benefician al paciente y evitando así malinterpretaciones del plan terapéutico por parte del paciente.

Además, los MAP pueden contactar directamente con el MAE en el momento de la consulta mediante llamada telefónica. Si éste está disponible en ese momento, cogerá la llamada, y en caso contrario, le devolverá la llamada al MAP cuando tenga unos minutos, por lo que este último, puede programar una visita con el paciente 24 o 48 horas más tarde y realizar cambios en el algoritmo diagnóstico o en los tratamientos, tras haber consultado previamente con el MAE.

En cuanto al sector farmacéutico, el tener una coordinación con éste permite un mecanismo más para la protección y el bienestar del paciente. Si los farmacéuticos detectan que el paciente cuando va a recoger recetas no coge toda la medicación que debería según la receta electrónica o sospecha incumplimiento o abuso de sustancias, llamarán al MAP para comprobar que todo está en orden y que no ha habido errores en la prescripción por parte del médico. Existen áreas de salud en las que la comunicación con los farmacéuticos es de gran utilidad, permitiendo que todos los profesionales de la salud trabajen en la misma dirección en casos como la deshabituación de benzodiazepinas o en la revisión del anciano frágil polimedcado¹¹.

Finalmente, es relevante conocer y considerar la opinión que tienen los pacientes de estos nuevos sistemas de comunicación que, según un estudio llevado a cabo en el servicio de cardiología del Hospital Sant Joan de Reus¹², es considerada "un acierto" por parte de muchos de los pacientes que han tenido la oportunidad de participar en visitas no presenciales.

Conclusiones y sugerencias

Se evidencia la necesidad de realizar cambios que permitan un mejor sistema de comunicación entre los profesionales de la salud, principalmente si nos fijamos en la tendencia poblacional y cómo van cambiando las necesidades de ésta.

Tras comparar nuestro sistema sanitario con el australiano, considero importante poder realizar una crítica constructiva con el fin de poder mejorar la comunicación entre distintos especialistas y niveles asistenciales. Por una parte, la posibilidad de realizar llamadas en el horario laboral, o de enviar correos electrónicos acortaría mucho la lista de espera en las distintas especialidades, y no tiene por qué implicar un aumento de horas laborales para los MAE. El tiempo que se tarda contestando a una llamada telefónica o a un mail, suele ser menor que el que supone ver al paciente, explorarlo, explicar los cambios y realizar las prescripciones, por lo que sería una posibilidad que podríamos plantearnos a la hora de gestionar nuestro sistema sanitario. No es un sistema que vaya a sustituir las visitas presenciales, sino uno que limitará éstas a aquellas que sean realmente necesarias.

Por otra parte, reflexionar sobre el impacto de las farmacias y la función de los farmacéuticos comunitarios, que forman parte de nuestro sistema sanitario y con frecuencia tienen un papel marginal, siendo que una comunicación fluida entre estos dos sectores podría revertir en beneficio y seguridad del paciente.

La posibilidad de poder elegir entre distintos especialistas de forma individualizada, y el retribuir a éstos con un mejor salario, supone un aliciente más para conseguir un sistema sanitario con una comunicación fluida, y rápida. Complicado actualmente en nuestro

sistema, pero quizá interesante como incentivo para la colaboración intra-profesional.

Nuestra red de comunicación sanitaria parece no estar adaptada al paciente crónico complejo y al aumento de la población con mayor o menor grado de dependencia, que cada vez nos encontramos con más frecuencia en las consultas. Este cambio sociodemográfico y epidemiológico debería ser un estímulo para implantar y desarrollar los nuevos sistemas de comunicación que permitan mejorar el seguimiento y tratamiento de estos pacientes, sin menoscabo del tiempo de consulta y que revierta favorablemente en una gestión más costo eficiente y en la calidad asistencial.

Bibliografía

1. Orozco Mossi, N. Rotación Externa en Emerald Medical Group (Australia). AMF "Pendiente de Publicación".
2. García Campos J.M. España será el cuarto país del mundo con la media de edad más alta en 2030. La Vanguardia. 1 de agosto 2015. <http://www.lavanguardia.com/vangdata/20150801/54434262235/espana-cuarto-pais-media-edad-alta-mundo-2030.html> (último acceso 19 de noviembre de 2017).
3. 4,1 Esperanza de vida. Instituto Nacional de Estadística, 4 de julio de 2017. http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout (último acceso 20 noviembre 2017).
4. Comunicación. Diccionario Real Academia Española. <http://dle.rae.es/?id=A58xn3c>. (último acceso 16 de noviembre de 2017).
5. Medicare Services. Australian Government Department of Human Services, 27 de Agosto de 2017. <https://www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/medicare-services>. (ultimo acceso 7 de noviembre 2017).
6. Estadística de Gasto Sanitario Público Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. 2015. <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf> (último acceso 22 noviembre 2017)
7. General Practice Workforce Statistics. Australian Government. Department of Health, 18 de enero de 2016. [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/F210D973E08C0193CA257BF0001B5F1F/\\$File/P20082%20GP%20Workforce%202015-16.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/F210D973E08C0193CA257BF0001B5F1F/$File/P20082%20GP%20Workforce%202015-16.pdf) (último acceso 10 noviembre 2017).
8. Doctors and Nurses. Australian Bureau of Statistics. 10 de abril 2013. <http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Lookup/4102.0Main+Features20April+2013> (último acceso 7 de noviembre 2017).
9. Informe anual del sistema nacional de salud 2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016. <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Resumen.pdf> (último acceso 12 de noviembre 2017).
10. McPhee, Ewen. Telehealth: The general practice perspective. Australian Family Physician, Vol. 43, No. 12, Dec 2014: 826-827. <https://www.racgp.org.au/afp/2014/december/telehealth-the-general-practice-perspective/> (último acceso 14 noviembre 2017).
11. Laguna, P. El farmacéutico de atención primaria pide más contacto con el paciente. Correo Farmacéutico. 9 de noviembre 2017. <http://www.correofarmacaceutico.com/2017/11/09/al-dia/salud-publica/el-farmaceutico-de-atencion-primaria-pide-mas-contacto-con-el-paciente> (último acceso 14 noviembre 2017).
12. Morales, J. La telemedicina ha evitado casi 200 visitas de cardiología pediátrica a BCN. Diari deTarragona, 14, enero 2018. <https://www.diaridetarragona.com/reus/La-telemedicina-ha-evitado-casi-200-visitas-de-cardiologia-pediatria-a-BCN-20180113-0029.html> (último acceso 15/01/18).