

# Indicadores ignorados, transición entre niveles y confianza

**Juan Simó Miñana**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria  
CS Rochapea. Pamplona.

Se ha invertido mucho tiempo y dinero en diseñar indicadores de calidad asistencial en el ámbito de la sanidad pública. Si bien es necesario medir para poder mejorar, no siempre los indicadores empleados son adecuados, ni se consideran sus efectos adversos, especialmente si su consecución se liga a incentivos monetarios o de carrera profesional<sup>1</sup>. En su diseño y elección se consideran elementos tan inmediatos que, en ocasiones, la visión a largo plazo o la de conjunto se pierden y lo obvio se obvia. Se pasan por alto hechos tan frecuentes, evidentes, arraigados y que vienen de tan antiguo que nos parece normal, casi natural, que sean como son. Pero no es así. Estos hechos son auténticos indicadores de calidad asistencial totalmente ignorados, bien porque no se repara en ellos, bien porque situar el foco sobre ellos pondría en cuestión determinados sitios comunes como, por ejemplo, que la Atención Primaria es el eje (y el paciente, el centro) del sistema.

Dos de los hechos que deberían considerarse auténticos indicadores de calidad de la atención sanitaria aparecen casualmente recogidos en una investigación que estudió todas las altas hospitalarias, casi un millón, ocurridas en los años 2005 y 2006 en los servicios de medicina interna de 268 hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>2</sup>. Este estudio muestra que el viernes es el día en el que se dan el 25% de las altas de toda la semana y que el 93% de los ingresos se produce a través de las urgencias hospitalarias. Como se describe en el estudio, la inmensa mayoría de los casos son pacientes de edad avanzada, pluripatológicos, cuyo motivo de ingreso más frecuente es la descompensación de alguna de sus enfermedades de base.

## ¿Qué indican estos indicadores ignorados?

**Altas los viernes.** Cuando las altas se acumulan los viernes, bien por retraso de aquellas que se podrían dar antes o por adelanto de aquellas que deberían darse sábado o domingo, ¿se está pensando en el mejor interés del paciente? ¿Qué ocurre cuando a un paciente mayor, pluripatológico y, en muchos casos, polimedicado, frágil y poco autónomo se le da el alta un viernes a última hora de

la mañana? Muchas veces, este paciente sale del hospital con peor dependencia funcional que cuando entró y, además, con cambios en el tratamiento no suficientemente explicados ni a él ni a su familia. El paciente y su familia se enfrentan así a un fin de semana de incertidumbre hasta que, con suerte, pueda ser atendido el lunes siguiente por su médico de familia. La acumulación de altas los viernes indica básicamente que la sanidad no considera al paciente el centro del sistema.

**Ingresos por urgencias.** Que el 93% de los ingresos en medicina interna en este tipo de pacientes se produzca por urgencias indica que el sistema no considera en absoluto decisiva la opinión de los médicos de familia acerca de la necesidad de ingreso de sus pacientes pluripatológicos de avanzada edad en el caso de descompensación de alguna de sus enfermedades. ¿Qué puede hacer un médico de familia para que su paciente pluripatológico de avanzada edad ingrese en el hospital ante una nueva descompensación? ¿Qué le ofrece el sistema sanitario a este médico? Pues exactamente lo mismo que le ofrece al propio paciente: recurrir a las urgencias hospitalarias, que allí se decidirá si procede o no el ingreso. El paciente y su médico de familia cuentan exactamente lo mismo: nada. Todo se decide en las urgencias hospitalarias, en esa «otra» Atención Primaria<sup>3</sup>, auténtico eje del sistema.

## Los médicos de familia no pueden ingresar directamente a planta, sin paso previo por urgencias, a su paciente mayor pluripatológico y descompensado. ¿Por qué?

Los médicos de familia conocemos lo suficiente (más que nadie, por cierto) a este tipo de pacientes como para decidir si el ingreso ha de ser directo a planta o indirecto a través de las urgencias hospitalarias. La evidencia científica muestra que la precisión predictiva de la evaluación de los médicos de Atención Primaria respecto del riesgo de hospitalización de sus pacientes es comparable a la que ofrecen los instrumentos de estratificación del riesgo comúnmente utilizados<sup>4</sup>. El 16% de los ingresos urgentes en los

hospitales del National Health Service (NHS) en Inglaterra son ordenados por sus propios *general practitioners* (GP) directamente a las plantas de los hospitales sin pasar por las urgencias hospitalarias<sup>5</sup>. El NHS confía en la adecuación de estos ingresos ordenados por sus GP. ¿Por qué no ocurre esto en nuestro SNS? Ni el propio sistema confía en sus médicos de familia y es, precisamente, eso lo que aprenden (*currículo oculto*) los residentes de cualquier especialidad en sus rotaciones por las urgencias hospitalarias: el papel subalterno que se asigna al médico de familia y a la Atención Primaria respecto del nivel hospitalario.

## Conclusión

Ignorar lo evidente, obviar lo obvio, no cambia la realidad, solo la elude. Que el viernes sea «el día de las altas» dificulta la ya de por sí dificultosa transición entre niveles (del hospital al centro de salud) en aquellos pacientes mayores, frágiles y pluripatológicos. Que el viernes sea el día que acumule más altas es muy difícil de cambiar, pues topa de lleno con el ADN organizativo de nuestra sanidad pública. Pese a todo, este hecho debería medirse y explicitarse mediante un indicador de calidad asistencial que midiera qué porcentaje de este tipo de pacientes son dados de alta un viernes. Sin embargo, la capacidad de ordenar ingresos directamente a la planta del hospital por parte de los médicos de familia en sus pacientes mayores pluripatológicos por descompensación de sus enfermedades de base tiene respaldo en la literatura científica y en el sentido común, y ya es posible desde hace muchos años, por ejemplo, en el NHS. Además, esta capacidad simplificaría la transición entre niveles en beneficio de este tipo de pacientes, en este caso en el sentido inverso (del centro de salud al hospital).

La cuestión es bastante sencilla: se confía o no se confía. Cuando el SNS desconfía del médico de familia, diseña una «estrategia de crónicos» que contiene un sinfín de

pantallas a cumplimentar con centenares de clics por ese médico de familia para que un colega hospitalario (que no conoce en absoluto a ese paciente mayor, pluripatológico, frágil y descompensado) otorgue en la distancia el visto bueno para su ingreso. De este modo, el sistema hace como que tiene en cuenta el juicio clínico del médico de familia en la decisión de ingresar a este tipo de pacientes, pero lo que revela en el fondo es justamente lo contrario: el mantenimiento de su papel de subalterno. Si el SNS confiara en sus médicos de familia, como el NHS en sus GP, les otorgaría el poder de contactar directamente con el servicio de admisión del hospital para ordenar el ingreso de su paciente sin paso previo por las urgencias hospitalarias y sin el visto bueno de nadie. En eso consiste el progreso y la modernización del sistema. Lo demás es más de lo mismo.

## Bibliografía

1. Indicadores: el feo, el tonto, el malo y el bueno [Editorial]. AMF. [Internet.] 2015;11(1):2-3. Disponible en: [http://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=1385](http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1385)
2. Barba Martín R, Marco Martínez J, Emilio Losa J, Canora Lebrato J, Plaza Canteli S, Zapatero Gaviria A. Análisis de 2 años de actividad de Medicina Interna en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Rev Clin Esp 2009;209(10):459-66. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/analisis-2-anos-actividad-medicina/articulo/S001425650972630X/>
3. Simó J. La «otra» atención primaria explota demográficamente. Blog Salud Dinero y Atención Primaria. Disponible en: <http://saludinerop.blogspot.com.es/2016/06/la-otra-atencion-primaria-explota.html>
4. Hwang AS, Ashburner JM, Hong CS, He W, Atlas SJ. Can Primary Care Physicians Accurately Predict the Likelihood of Hospitalization in Their Patients? Am J Manag Care. 2017;23(4):e127-e128. Disponible en: <http://www.ajmc.com/journals/issue/2017/2017-vol23-n4/Can-Primary-Care-Physicians-Accurately-Predict-the-Likelihood-of-Hospitalization-in-Their-Patients/>
5. Morse A. Emergency admissions to hospital: managing the demand. Norwich: National Audit Office; 2013. Disponible en: <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2013/10/10288-001-Emergency-admissions.pdf>