



# Revista de Calidad Asistencial

[www.elsevier.es/calasis](http://www.elsevier.es/calasis)



## CARTA AL DIRECTOR

### Terminología y comunicación interniveles asistenciales



### Terminology and communication between healthcare levels

Sra. Directora:

En referencia al artículo de reciente publicación de Biagetti et al.<sup>1</sup>, desearía felicitarles por el mismo, y realizar una serie de comentarios acerca de la terminología utilizada y el tratamiento de las relaciones interniveles asistenciales en la sanidad pública.

De entrada, creo que sería más adecuado hablar de médicos en 2 niveles asistenciales: atención primaria y otro hospitalario. Denota un enfoque hospitalocentrista en la asignación de especialización tan solo al medio hospitalario. Debemos recordar que desde el año 1995, el ejercicio en la sanidad pública obliga a la categorización de especialistas a todos los médicos que ejerzan en la sanidad pública, pues sin el título de especialista no es posible el ejercicio, y en la atención primaria (AP) deben ser especialistas en medicina familiar y comunitaria (EMFYC).

Con relación a este tema, creo que sería interesante disponer de datos sobre la existencia o no del título específico de EMFYC en los médicos de AP estudiados, así como otros parámetros que pueden caracterizar también la muestra como la edad de todos los médicos, antigüedad en el centro, antigüedad en el sistema público, si fueran o no docentes en pregrado y/o posgrado, la dedicación laboral al puesto y su tipo de contratación.

Por otra parte, creo que la encuesta no solo se debería de pasar a los médicos de atención primaria (MAP), sino también a los médicos hospitalarios. Pienso que las valoraciones se deberían de hacer a doble banda para constatar cambios.

La organización asistencial en el medio hospitalario, y la presión asistencial en el mismo, no está únicamente motivadas por las derivaciones al hospital desde AP. Hay otra serie

de parámetros que también influyen como son la calidad de los informes hospitalarios o la ausencia de asignaciones de citas para revisión desde el propio hospital (muchas citas se generan como primeras citas cuando son realmente revisiones de procesos ya previamente derivados). Siempre entendí que la gestión no debe de ser enfocada marcando como objetivo la disminución de derivaciones de AP al hospital, si no, que también se debe de hacer disminuyendo la presión asistencial en AP.

Un parámetro que no queda claro es la cantidad de médicos endocrinos que integran el servicio y cuántos de ellos acuden al centro, así como si existe la figura del referente fijo en el centro o bien van rotando los integrantes del servicio por el centro de salud. El que sean varios endocrinos los que acudan al centro podría ser una variable distorsionadora de las conclusiones finales, además.

Me impresiona este artículo por su enfoque netamente unidireccional en sus planteamientos al focalizar todo en un objetivo como es la disminución en el número de derivaciones a un servicio, y ser ello un parámetro de calidad asistencial. Además, creo que la bajada de la presión asistencial no debiera ser únicamente enfocada hacia el medio hospitalario, pues buena cuenta de la presión asistencial que tenemos en nuestras consultas en atención primaria deriva de defectos crónicos de los hospitales que atienden a nuestros pacientes.

### Bibliografía

1. Biagetti B, Aulinas A, Dalama B, Nogués R, Zafón C, Mesa J. Communication between primary care and physician specialist: Is it improving? *Rev Calid Asist.* 2015;30:175-81.

M.M. Ortega-Marlasca

*Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, docencia en Ciencias de la Salud, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz, Cádiz, España*  
Correo electrónico: [marlasca@makyoy.es](mailto:marlasca@makyoy.es)