



## Artículo especial

# ¿Está bien valorada la cardiología de los hospitales comarcales?

## Is Cardiology reasonably appreciated in district hospitals?

Ángela María Montijano Cabrera

Servicio de Cardiología, Hospital de Montilla, Montilla, Córdoba, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de abril de 2010

Aceptado el 30 de abril de 2010

### Introducción

Las ventajas de disponer de hospitales comarcales son indiscutibles, pues para los usuarios resultan cómodos, accesibles y suficientes para atender la mayoría de sus problemas de salud. Sin embargo, aún subyace cierta valoración negativa, no por parte de estos como, sobre todo, del propio personal sanitario que no pocas veces rechaza formar parte de ellos. ¿Por qué están desprestigiados los hospitales comarcales? ¿Existen razones que expliquen esta paradoja?

Este manuscrito trata de hacer prevalecer el papel de muchos cardiólogos que trabajamos en hospitales comarcales en colaboración con nuestros correspondientes hospitales de referencia, y al servicio de aquellos ciudadanos con dificultad para acceder a los grandes centros hospitalarios.

### ¿Inferioridad o falta de proyección?

No es una falacia que los hospitales comarcales son relegados con frecuencia desde los hospitales de mayor nivel y las sociedades científicas. Otra cosa es que esté o no justificado.

Llama la atención que las aportaciones científicas realizadas por los comarcales son casi anecdóticas, tanto en términos de publicaciones –que se reducen a experiencias

concretas o a comunicaciones aisladas de casos peculiares–, como de participaciones en reuniones científicas. Del mismo modo, escasean las referencias a aspectos menos clínicos como su organización, la estimación de recursos necesarios o la definición de la labor concreta desempeñada por sus especialistas.

¿Está justificada esta exclusión? ¿Acaso no hay nada que aportar desde este tipo de hospitales? ¿Nos falta motivación? ¿Es nuestro trabajo de calidad inferior? ¿Se nos conoce lo suficiente para poder opinar? La respuesta es compleja y seguramente la culpa es compartida. Quizá subyacen cierto complejo de inferioridad y la autopercepción de que nuestro trabajo importa menos, solo porque nuestra labor no es original ni requiere tecnología sofisticada. Puede que desde los hospitales de nivel I-II o desde las asociaciones científicas no interese nuestra participación (oral o escrita) porque no resulta novedosa. Quizá es que no nos conocen suficientemente porque no nos proyectamos. Pero todo es cardiología y todo se complementa. Saber cómo trabajamos, qué perfil tienen nuestros pacientes, cómo se manejan o cómo se arquitecta nuestra relación con los hospitales de referencia puede ser interesante, y conocerlo ayudaría a mejorar nuestro trabajo y quizá el de otros, porque al fin y al cabo es una estructura que se repite. Y porque todos integramos la misma cadena sanitaria y en ella todos los eslabones somos

igualmente importantes y debemos estar adecuadamente ensamblados.

Cierto es que el variopinto perfil de los hospitales comarcales impide definir sus características de forma individualizada, pero sí se pueden conocer aspectos generales como la situación en la que se encuentran, qué se hace en ellos, o qué lugar ocupan en la red sanitaria. Ello ayudará a desmitificar la milonga de que la cardiología de los comarcales es de segunda línea, e incrementará el interés y la participación de estos cardiólogos en diferentes actividades científicas.

---

### Expansión de los hospitales comarcales

Las necesidades y exigencias sanitarias de los pacientes cardiológicos crecen continuamente. Lógicamente, esta demanda difiere en cantidad y calidad de unas áreas a otras. Por fortuna, no solo hay conciencia sino actuaciones para afrontar esta cambiante situación, como son la reciente apertura de nuevos hospitales y la optimización del trabajo a través de la mayor dotación tecnológica y de personal, la superespecialización o la mejor gestión del acceso al sistema sanitario y del proceso asistencial<sup>1</sup>.

En Andalucía, la extensión territorial y las condiciones orográficas suponían un escollo importante que salvar en determinadas zonas. Por ello, se propuso el objetivo de romper las barreras físicas que a muchos ciudadanos restringían el acceso a la asistencia sanitaria. En los últimos años se pretende acercar la sanidad al ciudadano y se están creando nuevos hospitales. A día de hoy, nuestra comunidad autónoma cuenta con más de 40 centros hospitalarios públicos<sup>2</sup>, registrándose una marcada preferencia por inaugurar hospitales comarcales y CHARE dispersos por todo el territorio, que dan cobertura a poblaciones reducidas en enclaves concretos y distantes de los ya existentes. Podemos decir, pues, que estos centros se encuentran en expansión. Su cartera de servicios suele ser limitada pero todos incluyen cardiología. Apenas existen estudios de satisfacción, aunque sin duda, esta iniciativa es valorada positivamente por la población, pues se facilita el acceso al sistema sanitario, además de que se ahorran los costes económicos y personales del potencial desplazamiento hasta los hospitales de referencia<sup>3</sup>. Del mismo modo, si la administración apuesta por centros de estas características, asumimos que su perspectiva de los mismos es también favorable.

---

### Adecuación de recursos humanos

En Andalucía trabajamos unos 300 cardiólogos. Se estima que las medias provinciales de cardiólogos oscilan entre 3-4 por 100.000 habitantes, siendo mayor en hospitales nivel I-II donde se desempeñan tareas que exigen una especialización adicional (como hemodinámica o electrofisiología)<sup>2</sup>. Aunque cuantitativamente somos menos los cardiólogos que trabajamos en hospitales pequeños, representamos a día de hoy al grupo más numeroso de centros.

Si es o no adecuada la cifra de cardiólogos en hospitales comarcales y CHARE es difícil de determinar, pues son muy heterogéneos entre sí y además tal estimación depende de numerosas variables<sup>4</sup>. Las necesidades están condicionadas

por factores como la población atendida, la complejidad de las patologías asistidas, la tarea concreta de los cardiólogos o la colaboración con otros servicios.

Por otro lado, aún existiendo déficit de cardiólogos, podría ser una cuestión de compleja solución, ya que puede ser costoso encontrar candidatos dispuestos a trabajar con poca tecnología, a veces con la ingratitud de los servicios unipersonales y siempre sin practicar esa cardiología «galáctica» de los centros de nivel superior que a tantos seduce. Quizá es inmovilismo después de años asentados otro centro. Puede que incomodidad ante la necesidad de mantener y demostrar siempre un firme criterio, sin vacilaciones y con pocas opciones a tomar decisiones consensuadas. Existen, seguramente, tantas razones como cardiólogos rechacen la oferta, pero ninguna de ellas puede ni debe justificar el desprestigio de esta labor clínica extraordinaria y esencial, que no es una cardiología incompleta o «por defecto» y mutilada de las tecnologías más sofisticadas, sino capaz del llevar a cabo el manejo global de los pacientes cardiovasculares<sup>1</sup>.

Pero además, puede existir una falsa percepción de infra-dotación de personal que no sea tal sino una cuestión organizativa, bien por una inadecuada definición del papel del cardiólogo y/o de un subóptimo esquema funcional. La solución viene aquí de la mano de nuevas fórmulas que mejoran el rendimiento y rentabilizan el trabajo<sup>3</sup>.

---

### Funciones del cardiólogo en un hospital comarcal

Dentro de los hospitales comarcales y CHARE se incluyen unos con capacidad de hospitalización de algunos cientos de pacientes, y otros con camas casi virtuales. Y entre ambos extremos, todo un abanico de posibilidades, tamaños y estructuras, siempre con el cardiólogo inmerso en ellas. Por ello, quizá lo más sensato es definir las funciones primordiales y esenciales que debe ejercer un cardiólogo en estos centros y no deben ni pueden ser realizadas por otros facultativos<sup>1</sup>. A partir de aquí, se abriría el espectro de actividades de acuerdo con la idiosincrasia de cada hospital.

En los comarcales, básicamente trabajamos como cardiólogos clínicos, pero progresivamente aumenta la complejidad de nuestras tareas<sup>1</sup>. Hoy día es inconcebible prescindir de un ecocardiógrafo, un ergómetro o la posibilidad de realizar registros Holter-ECG en algún hospital, exploraciones que son llevadas a cabo por cardiólogos. En cuando a otras hay más variabilidad<sup>2</sup> no siempre explicada por el tamaño del centro sino, quizá a veces, por las inquietudes de sus profesionales.

Las mayores diferencias entre hospitales suelen referirse más bien a aspectos organizativos. El cardiólogo del comarcal resulta muchas veces polivalente. Tiene su actividad repartida entre hospitalización, consulta externa y exploraciones complementarias, en proporción y con fórmulas diferentes según las características de cada servicio. En la asistencia ambulatoria es donde más cambios evolutivos se observan. En ella, la adaptación de nuevos modelos gestión, más fácil aquí que en hospitales mayores, permite innovadoras mejoras. Se han propuesto diferentes fórmulas alternativas o complementarias a la consulta tradicional aún vigente, aunque la que ha demostrado eficacia y eficiencia y, de hecho tiende a

implementarse en mayor número de centros es la asistencia de alta resolución, que además es valorada muy positivamente por todos los estamentos<sup>3</sup>.

Pero mientras que la asistencia ambulatoria siempre corre a cargo del cardiólogo, no parece existir un criterio unánime para la asistencia a enfermos ingresados. La escasa literatura disponible en este sentido se centra en dilucidar quién debe atender a los pacientes cardiológicos, y la conclusión extraída es que lo debe hacer quien esté capacitado para ello y tenga los recursos para hacerlo<sup>5</sup>. Lógicamente un cardiólogo dispone de conocimientos y exploraciones específicos, pero en los hospitales más pequeños es imprescindible recurrir a la colaboración con otras especialidades y servicios<sup>1</sup> (en especial medicina interna o medicina intensiva), relegando al cardiólogo a funciones que ningún otro especialista puede realizar. Solo en los comarcales mayores, los cardiólogos pueden gestionarse de forma más o menos independiente y atienden sus propias camas.

En los comarcales se exige una tarea adicional. Al cardiólogo le corresponde decidir qué pacientes precisan otras pruebas diagnósticas o intervenciones y, consecuentemente, quiénes deben ser derivados a centros de referencia desde donde posteriormente regresarán para continuar seguimiento clínico. Así se puede decir, que se actúa de cara al paciente resolviendo su problema de salud y al mismo tiempo como ayuda al hospital de nivel superior.

---

## Conclusiones

Los hospitales comarcales están en expansión para mejorar cuantitativa y cualitativamente la asistencia sanitaria,

facilitando el acceso de un amplio número de usuarios. En ellos, los cardiólogos realizamos una labor clínica soportada por exploraciones básicas, lo que nos permite tanto resolver un alto porcentaje de los problemas de consulta, como determinar qué pacientes necesitan ser derivados a centros de referencia. Esta labor es importante, debe ser reconocida, proyectada, y nunca minusvalorada.

---

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Escaned J, Rydén L, Zamorano JL, Poole-Wilson P, Fuster V, Gitt A, et al. Tendencias y contextos en la práctica de la cardiología de los próximos 15 años. La Declaración de Madrid: un documento de la Conferencia Europea sobre el Futuro de la cardiología, Madrid, 2-3 de junio de 2006. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:294-8.
2. *Plan Integral de Atención a las Cardiopatías en Andalucía (2005-2009)*. Sevilla: Conserjería de Salud; 2007.
3. Montijano A, Caballero J. La consulta de acto único en cardiología. *Rev Esp Cardiol.* 2007;7(Supl C): 30C-6C.
4. De Teresa E, Alonso-Pulpón LA, Barber A, Bover R, Castro A, Cruz JM, et al. Desequilibrio entre la oferta y las necesidades de cardiólogos en España. Análisis de la situación actual, previsiones futuras y propuestas de solución. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:703-17.
5. Anguita M, Vallés F. ¿Quién debe tratar la insuficiencia cardiaca? *Rev Esp Cardiol.* 2001;54:815-8.