

**EFFECTIVIDAD, EFICACIA Y EFICIENCIA DE LA CONSULTA EXTERNA DE  
MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL GENERAL BÁSICO**

Tesis para optar al grado de Doctor en Medicina y  
Cirugía del Licenciado ***D. FRANCISCO JAVIER  
CONDE GARCÍA***

Sevilla, julio de dos mil uno

**DEDICATORIA**

A mis padres

A mi esposa

## **AGRADECIMIENTOS**

Es misión obligada antes de comenzar la exposición de la Tesis, corresponder con un párrafo de agradecimiento a todas aquellas personas que de algún modo, físico o espiritual, han contribuido a la realización de este trabajo.

En primer lugar, debo hacer constar mi gratitud a la Profesora Dña. Trinidad Alcalá por la aceptación inicial y apoyo incondicional en el desarrollo de esta Tesis Doctoral.

En igual medida, agradecer al Dr. D. Manuel Vaquero por su constancia y espíritu positivo en el transcurrir de este Trabajo.

De forma especial es mi deber reconocer a Dña. M<sup>a</sup> Josefa Fernández -Galiano Peyrolón, bibliotecaria del Hospital de Osuna, por su encomiable e inestimable labor en la búsqueda bibliográfica y en la entrega de los artículos, además de aportarme el entusiasmo necesario para la finalización de esta Tesis.

Finalmente mi gratitud al Profesor D. Eduardo Zamora Madarúa por el último e importantísimo empuje en la consecución final de esta Tesis Doctoral.

Y a todas aquellas personas (de Servicios Centrales del S.A.S., del Hospital de Osuna, de la Delegación Provincial del S.A.S. en Córdoba) por el asesoramiento técnico y estadístico.

## **ABREVIATURAS**

A.A.S.: Acido-acetil-salicílico

A.P.: Atención Primaria.

A.E.: Asistencia Especializada

B.O.J.A.: Boletín Oficial de la Junta de Andalucía

B.O.E.:Boletín Oficial del Estado

C.A.P.: Centro de Atención Primaria

C.M.F.: Centro de Medicina Familiar

C.S.: Centro de Salud

D.S.: Distrito Sanitario

E.B.A.P.: Equipo Básico de Atención Primaria

E.A.P.: Equipo de Atención Primaria

EE.UU.: Estados Unidos de Norteamérica

E.P.O.C.: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

F.E.A.: Facultativo Especialista de Area

H.G.B.: Hospital General Básico

H.M.O.: *Health Maintenance Organización* (Organización para el Mantenimiento de la Salud).

H.N.S.: *Health National Service* (Servicio Nacional de Salud Británico)

H.T.A.: Hipertensión Arterial

I.A.M.: Infarto Agudo de Miocardio

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud (Servicios Públicos de Salud de Comunidades sin transferencias sanitarias)

M.A.P.: Médico de Atención Primaria

M.I.R.: Médico Interno y Residente

M.F.: Médico de Familia

MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria

M.G.: Médico General o Generalista

O.R.L.: Otorrinolaringología

S.I.D.A.: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

S.N.S.: Sistema Nacional de Salud

T.B.C.: Tuberculosis

U.C.I.: Unidad de Cuidados Intensivos

Z.B.S.: Zona Básica de Salud

!

# ÍNDICE

	<b><u>Página</u></b>
I. INDICE	I a VI
II. INTRODUCCIÓN	1
1. Asistencia sanitaria	2
1.1. Concepto de salud y enfermedad. Utilización de los servicios sanitarios	2
1.2. Nivel Primario	12
1.3. Niveles secundario y terciario	14
1.4. Pruebas diagnósticas	15
1.5. Financiación	17
2. Asistencia sanitaria en España	24
2.1. Antecedentes históricos	24
2.2. Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E.)	25
2.3. Desarrollo sanitario	26
2.4. Ley General de Sanidad	30
2.5. Reforma esperada: propuestas radicales de cambio	35
2.6. Organización Sanitaria en Andalucía	44
2.6.1. Transferencias Autonómicas	44
2.6.2. Estructuras Sanitarias	45
2.6.3. Hospital General Básico	48
2.6.4. Servicio de Medicina Interna	49
3. Sanidad Comparada. Los Diferentes Niveles Asistenciales en los países occidentales	51
3.1 Aspectos concretos del sistema sanitario en algunos países occidentales	51
1) Dinamarca	51
2) Francia	52
3) Irlanda	52
4) Holanda	53

## Indice

5) Italia	53
6) Reino Unido	53
7) Estados Unidos de América (EE.UU.)	61
8) Canadá	66
3.2. Perspectivas de futuro en la sanidad	67
3.2.1. Gestión, organización y gasto sanitarios	67
3.2.2. Informatización de la asistencia sanitaria	70
4. Relación entre niveles asistenciales. Atención primaria y asistencia especializada	74
4.1. Atención primaria	74
4.1.1. Fundamento jurídico	74
4.1.2. Especialidad de medicina familiar y comunitaria	74
4.2. Coordinación atención primaria y especializada	76
4.3. Atención especializada en los hospitales generales básicos	83
4.4. Consultas externas	85
4.5. Relación con el nivel especializado. Proceso de derivación desde atención primaria	89
4.5.1. Proceso de derivación en España	94
4.5.2. Proceso de derivación en otros países europeos	113
4.5.3. Proceso de referencia (“ <i>referral</i> ”) en Estados Unidos	131
4.5.4. Proceso de derivación en otros países	137
III. OBJETIVOS	140
IV. MATERIAL Y METODOS	143
1. Descripción del Area Sanitaria Sureste de Sevilla. Area de Gestión Sanitaria de Osuna	144
1.1. Datos geográficos	144
1.2. Datos socio-demográficos y laborales	149
1.3. Area de Gestión Sanitaria de Osuna	161
1.3.1. Hospital de la Merced de Osuna	161

I. Situación geográfica y estructura	162
II. Organización clínica S° de M. Interna	167
1.3.2. Centro Periférico de Especialidades (C.E.P.)	169
1.3.3. Distritos Sanitarios y Zonas Básicas de Salud	169
2. Recogida de datos	171
2.1. Pacientes	171
2.2. Hojas de derivación o Interconsulta	171
2.3. Historia clínica cumplimentada por el especialista	174
3. Análisis estadístico	179
4. Búsqueda de información	180
5. Conceptos de Gestión Sanitaria	181
V. RESULTADOS	182
1. Datos administrativos del documento de derivacion	183
1.1. Pacientes y consultas	183
1.2. Fecha de cita	185
1.3. Edad	185
1.4. Sexo	196
1.5. Zona Básica de Salud y Distrito Sanitario	201
1.6. Nivel asistencial que deriva al enfermo	212
1.7. Demora en la primera visita	243
1.8. Evolución de la demora para la 1ª visita en los años analizados	248
1.9. Demora en la 1ª visita y nivel asistencial que deriva al enfermo	257
2. Datos clínicos recogidos en el documento de derivación	260
2.1. Juicio clínico y motivo de envío a la consulta de M. Interna	260
2.2. Datos clínicos y nivel sanitario de procedencia del paciente	264
2.3. Tratamiento indicado por el nivel asistencial que deriva al paciente	269
2.4. Tipo de tratamiento y datos médicos justificativos de la derivación	277
2.5. Estudios solicitados por el nivel asistencial que deriva al	

## Indice

paciente	278
2.6. Estudios complementarios solicitados y nivel asistencial que deriva al paciente	283
3. Datos clínicos cumplimentados por el especialista en la consulta del S° de M.I.	287
3.1. Análisis simple de variables	287
3.2. Estudios complementarios nivel de derivación y especialista	291
3.3. Revisiones hasta informe final	297
3.4. Cumplimentación de la historia clínica por especialidad	297
3.5. Demora hasta el diagnóstico final	315
4. Análisis de los datos obtenidos en los pacientes durante su estudio en la consulta externa	330
4.1. Diagnóstico clínico principal	330
4.2. Diagnósticos secundarios	352
4.3. Tipo de Enfermedad	363
4.4. Medidas terapéuticas indicadas con el diagnóstico final	369
4.4.1. Tipo de tratamiento	369
4.4.2. Tratamiento farmacológico	374
4.4.3. Modificación de hábitos	385
5. Destino final del paciente	386
6. Valoración final	398
VI. DISCUSIÓN	403
1. Relacion entre niveles asistenciales	404
1.1. Ley General de Sanidad	404
1.2. Derivación a consultas externas hospitalarias	407
1.3. Utilización de las consultas por la población del Area Sanitaria	414
1.4. Demora en la 1ª visita	416
1.5. Análisis del documento de derivación a las consultas de M. Interna	419
1.6. Estudios complementarios solicitados por el nivel asistencial que deriva al paciente	426

2. Análisis del informe clínico del especialista en consulta	430
2.1. Tratamiento indicado por el nivel asistencial que deriva al paciente y el especialista	430
2.2. Cumplimentación de la historia clínica por el especialista	441
2.3. Demora diagnóstica	442
2.4. Diagnóstico de la consulta del S° de M. Interna	444
2.5. Destino final y seguimiento del paciente	455
3. Valoración final	460
4. Resumen	462
VII. CONCLUSIONES	466
VIII. BIBLIOGRAFÍA	470



# **INTRODUCCIÓN**

## **1. ASISTENCIA SANITARIA**

### ***1.1. CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD. UTILIZACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS***

Probablemente, la esencia de la asistencia sanitaria estribe en alguien que precisa ayuda y en otro alguien que esté dispuesto a brindarla. Y así fue en principio. Determinadas personas, por azar, destreza o delegación, se ocuparon de las afecciones de su prójimo, dando paso a brujos, hechiceros, magos, sanadores, barberos, cirujanos y médicos entre otros, a lo largo del tiempo. Esta “ayuda” la presta una determinada persona (quién) a otra (a quién), de una forma (cómo) y momento (cuándo) determinados, en un lugar (dónde) y con un objetivo (con qué fin). En la actualidad, también con un coste (a qué precio). Estas distintas circunstancias involucran otras tantas materias o ciencias, que con el tiempo se han ampliado progresivamente: psicología, sociología, educación sanitaria, farmacología, medicina y cirugía, organización sanitaria, ética, economía, etc.

En la sociedad Contemporánea, los Poderes Públicos de los países occidentales advirtieron la necesidad de su intervención en la Atención Sanitaria. Sin embargo, es un dato histórico fácilmente verificable que las respuestas públicas a los problemas de salud en la Comunidad han ido siempre a la zaga de la evolución de las necesidades, sin lograr nunca alcanzarlas, de manera que se ha convertido en una constante la inadaptación de las estructuras sanitarias, a las necesidades de cada época.

Un concepto innovador en esta última década ha sido el cambio en el objetivo que se persigue en el estado de la persona, por aquél que gestiona la sanidad: de *carencia de enfermedad* a *salud*. Según la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) la Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no, simplemente la ausencia de enfermedad <sup>(1)</sup>.

## Introducción

A mediados del siglo XIX, la aparición de las especialidades médicas trajo consigo un reparto de competencias: los especialistas se quedaron con el control del hospital y los médicos generales con el control del paciente <sup>(2)</sup>.

La decisión de utilizar los servicios sanitarios es la consecuencia de una compleja interacción de factores relacionados con el estado de salud del individuo, de la percepción que el individuo tiene sobre su estado de salud y de la disponibilidad de oferta de servicios sanitarios <sup>(3)</sup>. Se define la utilización como la consecución de la atención proporcionada por los servicios sanitarios en forma de contacto asistencial. Se diferencia de la accesibilidad en que ésta es la oportunidad de recibir atención sanitaria, que puede ser utilizada, o no <sup>(4)</sup>.

La medida del estado de salud de la población es un requisito indispensable para cualquier investigación sobre la salud. Se han utilizado varios indicadores diferentes del estado de salud (o morbilidad) <sup>(5)</sup>, aunque fundamentalmente miden los procesos crónicos. Una de las más importantes aplicaciones de la medida del estado de salud es para explicar la utilización de los servicios sanitarios <sup>(6)</sup>.

Tres factores están relacionados con el uso de los servicios sanitarios, y que pueden servir como predictores de utilización: 1) la predisposición a utilizar los servicios sanitarios, 2) las condiciones que facilitan su uso, y 3) la necesidad de utilizarlos <sup>(3)</sup>. La encuesta española <sup>(7)</sup> muestra una considerable variabilidad interregional, por ejemplo: en Valencia un 23,5% de las mujeres habían acudido al médico en los 15 días previos, mientras que lo hicieron el 9% de los hombres de Asturias.

- 1) Factores predisponentes. Las variables predisponentes no se definen como causas directas de utilización, sino como determinantes de la propensión al uso.
  - ✓ Edad. Las tasas de utilización aumentan de manera progresiva con la edad <sup>(3)</sup>. Los mayores de 40 años reciben el doble de cuidados médicos que los menores de esa edad; realizan entre 7 y 8 visitas en un año, una de ellas en urgencias; y le han solicitado 6 ó 7 análisis <sup>(8)</sup>. Los mayores de 65 años son el grupo de edad que más visitas hacen por persona y

año. Entre éstos, un 9 % explica el 35 % de todas las visitas hechas en un año, y el 31% explica el 72% de todas las visitas. Es decir, una parte relativamente pequeña de la población de esta edad es una gran usuaria de los servicios, y son sus tasas las que incrementan las estadísticas agregadas <sup>(9)</sup>. El mínimo de visitas médicas se encuentra entre los 15 y 44 años de edad (media 4,8/persona/año), y el máximo en los mayores de 65 años (11,5/persona/año) <sup>(3)</sup>.

✓ Sexo. La mortalidad diferencial por sexos es mayor en los hombres respecto a las mujeres <sup>(10)</sup>. Sin embargo, las mujeres muestran repetidamente una mayor utilización de servicios sanitarios que los hombres <sup>(3, 11)</sup>. Se dan varias explicaciones biológicas y de morbilidad <sup>(12)</sup>, diferencias psicosociales y de comportamiento y socioculturales <sup>(3, 11, 13)</sup>. En países como Holanda, el mayor número de problemas de salud presentados en las mujeres se atribuye a educación y prevención, tanto en atención primaria, como en procedimientos y referencias al especialista. La mayor esperanza de vida en las mujeres, su poco ventajosa posición social y el mayor número de trastornos mentales no justifican el mayor consumo sanitario de las mismas <sup>(11)</sup>. En la Figura 1 se relaciona la edad y el sexo, con el consumo sanitario en Holanda.

✓ Socioeconómicos. Diversos estudios en EEUU y Reino Unido <sup>(3)</sup> concluyeron que las personas con menor nivel socioeconómico tienen una menor utilización de los servicios sanitarios, cuando se tiene en cuenta la diferencia de morbilidad. En España se ha observado una mayor utilización de los servicios preventivos (dentista, ginecólogo, oftalmólogo y pediatra) por un sector de población joven y con un nivel educativo alto. El desempleo es una variable asociada al aumento de la consulta al MG una vez se controla según el número de enfermedades declaradas <sup>(3)</sup>.

2) Factores facilitadores. Las variables facilitadoras se refieren a las condiciones que garantizan la disponibilidad y el acceso a los servicios sanitarios.

- Médico. La edad y el sexo del médico son las dos características más

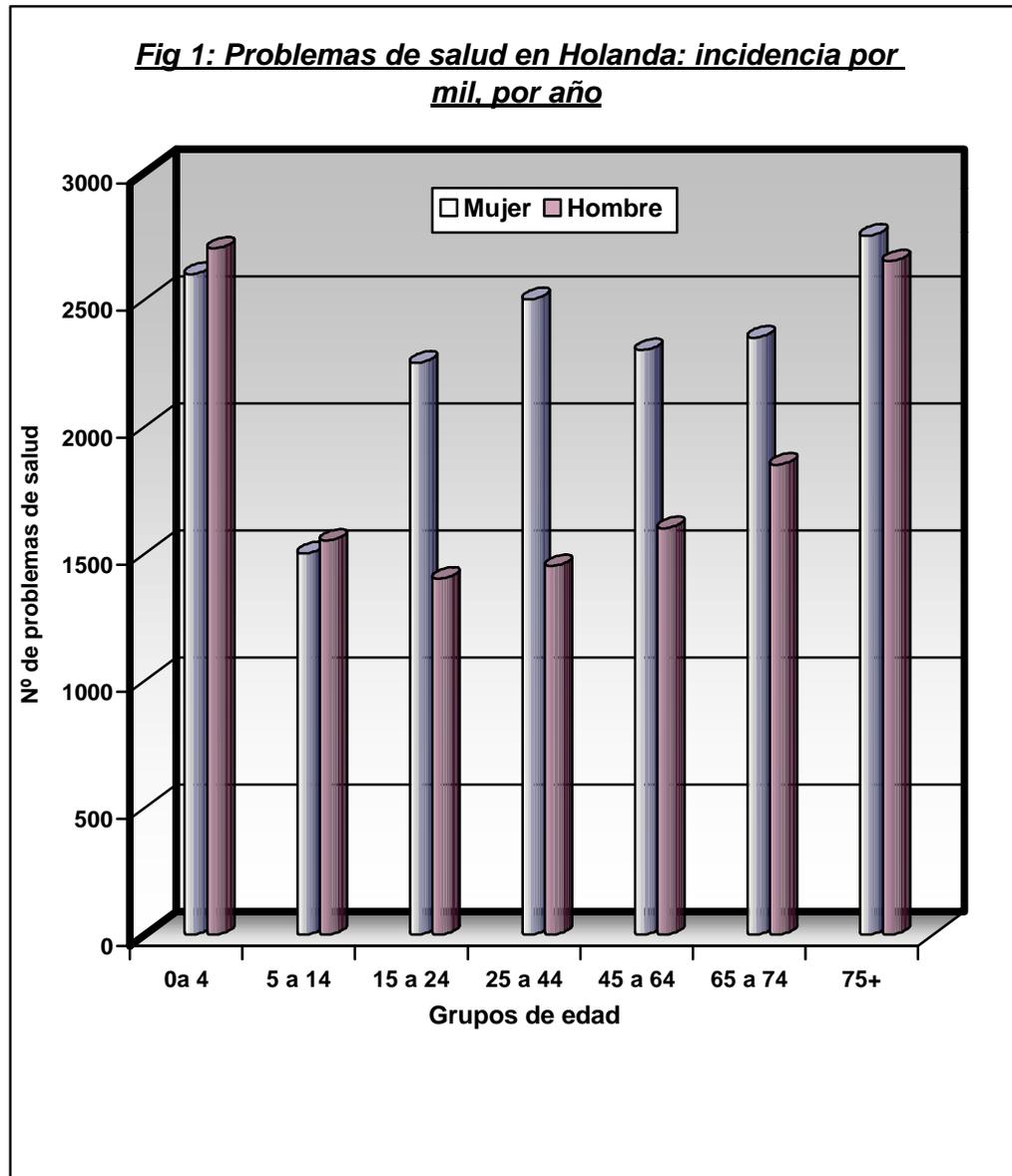
## Introducción

relacionadas con la utilización de los servicios sanitarios. Las tasas de frecuentación son más bajas en los médicos más viejos y más jóvenes. El establecimiento de una relación personal con el médico incrementa la utilización <sup>(3)</sup>.

- Accesibilidad. Cuanto mayor es la distancia a la consulta menor es el número de visitas <sup>(3, 14)</sup>.
- Financiación y sistema sanitario. La proporción de pago por acto médico se relaciona inversamente con la frecuencia de utilización de los servicios sanitarios <sup>(3)</sup>. Martín Zurro observó un descenso en la frecuentación, en el porcentaje de motivos burocráticos, del nombre y el coste de las recetas, así como un aumento de peticiones a Laboratorio y Radiología, en centros de AP con formación de postgrado para MFyC (Medicina Familiar y Comunitaria) <sup>(15)</sup>. La población asegurada en los EEUU muestra mayores niveles de utilización de los servicios sanitarios, una vez controladas otras variables <sup>(3)</sup>. En Quebec (Canadá), los pacientes tienen libertad para poder elegir los médicos, y no hay límite al número de médicos que pueden visitar. Se opina que existe una sobreutilización de los servicios médicos <sup>(16)</sup>: **doctor-shopping** (pacientes que reciben cuidados por una variedad de médicos y centros). Aunque la relación entre provisión de servicios sanitarios y su uso se ha demostrado previamente, se tiene poca evidencia para una asociación entre la necesidad de los servicios de consultas externas y el uso de esos servicios <sup>(17)</sup>.

- 3) Necesidad de utilización. Las variables relacionadas con la necesidad sentida por el paciente y la objetivada por el médico se consideran de forma separada. El estado de salud es el principal factor determinante de la utilización de la AP. Cuando el motivo de consulta es preventivo, el estado de salud no es un determinante tan importante de la utilización como en el caso de motivos diagnósticos o terapéuticos. La percepción de la salud, el estrés físico y los problemas agudos son los principales determinantes de las visitas iniciadas por el paciente. El paciente y el médico valoran de forma diferente la necesidad de una consulta, llegando hasta un 50% de visitas inapropiadas a criterio de un nel

de médicos de AP en Los Angeles (EEUU) <sup>(3)</sup>.



De Stoverinck et al. *J Fam Pract*, Vol. 43, n° 6: 1996. DeWu et al. *J Fam Pract*, Vol. 42, n°5; 1996

### Introducción

En aquellos distritos o áreas sanitarias con población muy dispersa y mayores distancias al centro sanitario, existen factores añadidos que justifican la utilización de los servicios sanitarios y el no acudir a la cita en la consulta programada. La incidencia de citas falladas fue más alta entre las mujeres, entre los casados y en las amas de casa o profesiones intermedias, en un estudio realizado en Galway (Irlanda) <sup>(14)</sup>. El grupo de edad con más fallos era el de 25 a 59 años de edad. Causas relacionadas con el transporte eran argumentadas en una tercera parte de los que no acudían. Sin embargo, paradójicamente los propietarios de coche fallaban más que los que no tenían vehículo propio. Para algunas familias, el tener que desplazarse para recibir atención médica una gran distancia le repercute económicamente de manera notable. Por ello, en un área de población dispersa se precisa una división de responsabilidades en las revisiones y control del tratamiento entre el especialista y el MG, por sus implicaciones económicas y de salud. Una reorganización en el sistema de salud sería precisa en esas circunstancias <sup>(14)</sup>.

La utilización de los servicios sanitarios tiene muchos aspectos que no se explican. Algunos de ellos se refieren a problemas conceptuales, como puede ser la definición de la utilización apropiada; es decir, cuando la visita médica se efectúa de acuerdo con criterios más o menos objetivos y preestablecidos. Solamente esta definición permitiría avanzar en el análisis de la sobreutilización o infrautilización de los servicios sanitarios <sup>(3)</sup>. Además, muchas de las manifestaciones orgánicas, psíquicas o psicosomáticas que se atienden en AP (entre el 30 y 60%, según Good y Reger) <sup>(18, 19)</sup> se deben a problemas psicosociales que tienen su origen en crisis o disfunciones familiares. Estos individuos se pueden detectar al consultar por problemas de salud mental o procesos mal definidos, repetidas veces (hiperutilizador), aunque existen serias dificultades para reconocer en la consulta la presencia de estos problemas en la dinámica familiar <sup>(18)</sup>.

En la práctica médica general, pacientes sintomáticos sin enfermedad demostrable son tan frecuentes como aquéllos que se encuentran afectados. Entre un 25% y 40% de los pacientes en AP no tienen enfermedad médica alguna, y 30%-60% de todas las visitas a médicos de AP son debidas a síntomas para los que no se detecta ninguna causa médica <sup>(8)</sup>. Sólo 41% de los enfermos se identifican como diagnósticos claramente somáticos <sup>(8, 20)</sup>. La

prevalencia de malestar psíquico en la población que demanda atención médica en un centro de salud es del 33%, significativamente mujeres, hiperfrecuentadoras. Esto se explicaría por la mayor frecuencia de trastornos afectivos y de ansiedad en las mujeres, y porque éstas acuden con mayor frecuencia a las consultas de AP que los hombres <sup>(21)</sup>. Se ha estimado que 57% de las visitas a un HMO los pacientes están básicamente bien <sup>(8)</sup>. Dos procesos psiquiátricos son de gran interés en la utilización por pacientes sintomáticos sin enfermedad demostrable: depresión e hipocondría. El prototipo sería una mujer, de clase media con una edad de 49 años. Una de las mayores ineficiencias del cuidado de salud es el uso de varios recursos por el mismo problema (*doctor-shopping*). Factores psicosociales son de particular importancia en esta forma de sobreutilización <sup>(8)</sup>. El abordaje y estudio de estos pacientes con problemas psiquiátricos reduciría la utilización de los servicios de salud <sup>(21)</sup>.

Los pacientes consultan a un médico por muchas razones. Cuando se encuentran afectadas severamente, incapacitadas y con síntomas inusuales, las personas buscan atención médica invariablemente para un diagnóstico y tratamiento. Cuando sus síntomas son leves, crónicos y frecuentes, otros factores no médicos favorecen la decisión para visitar al doctor. Por otra parte, muchas personas que están enfermas no visitan al médico <sup>(22)</sup>. En un periodo de 2 a 4 semanas alrededor del 75% de la población general experimenta síntomas que reconoce como debido a una enfermedad o trastorno y para los que toma una decisión determinada. Sólo del 25 al 32% de ellos consultan al doctor <sup>(23)</sup>. La distinción entre enfermedad y visita médica es la diferencia entre los términos *enfermedad* (la anormalidad biológica) y *enfermo* (la percepción de la persona de esa enfermedad y su comportamiento a la misma) <sup>(24)</sup>. Muchas personas que acuden a cuidado ambulatorio no están seriamente enfermas, por lo que otras explicaciones no biomédicas deben explicar por qué van al médico: estrés, trastornos psiquiátricos, aislamiento social y necesidad de información. Hay cuatro situaciones clínicas que pueden hacer sospechar al médico esa situación:

1. Algunos de esos pacientes parecen indebidamente afectados por sus síntomas. Preguntarle lo que ellos opinan de su enfermedad hace más comfortable la visita.
2. El acto de hacer un diagnóstico médico parece no importarles. Se le puede preguntar cómo cree que el médico puede ayudarle.

### Introducción

3. Se encuentran insatisfechos con el cuidado médico. Se les debe preguntar sobre sus motivos.
4. Al mantener una visita médica sin un cambio en su estado clínico. Se les debe preguntar sobre situaciones de estrés <sup>(22)</sup>.

Los usuarios multifrecuentadores (más de 20 visitas a médicos distintos) de cuidados ambulatorios en Quebec (Canadá) <sup>(16)</sup> se caracterizan por un alto nivel de “distrés” psicológico (ansiedad y depresión), síntomas somáticos e hipocondría <sup>(25, 26)</sup>. Los procesos crónicos fueron comunes <sup>(16)</sup>. Las características sociodemográficas no se asociaron con la frecuencia de uso. Las visitas a los centros de salud mental sólo supusieron una pequeña fracción de sus cuidados médicos <sup>(27)</sup>. El perfil del hiperfrecuentador del Centro de Salud (C.S.) en España es un ama de casa de edad media, con bajo nivel de estudios, integrante de una familia nuclear, con malestar psíquico en un porcentaje elevado, no siendo determinante la disfunción familiar <sup>(28)</sup>.

Los hiperfrecuentadores de la consulta de demanda (mediante cita programada) del centro de salud de Chantrea (Pamplona) se consideran cuando están por encima del percentil 95, equivalente a 13 visitas al año. No se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres. Las consultas predominantes son las de tipo burocrático y recetas (41,6%). La “patología mental crónica”, “consulta mal definida”, “lesiones y efectos adversos” aparecen con más frecuencia que en los normofrecuentadores. El 84% tenían asociada patología crónica, incluida la mental. No predominan los jubilados y amas de casa, como en otros estudios. El perfil del hiperfrecuentador en este CS sería una persona de 52 años de edad, activo, con patología crónica pero sin estar en programas y cuyos principales motivos de consulta son de tipo burocrático, enfermedades del aparato respiratorio y consultas mal definidas <sup>(29)</sup>. Un estudio sobre la presión asistencial en la Atención Primaria en Vizcaya ha puesto de manifiesto que un 9% de pacientes ocupa el 25% del tiempo de los médicos de familia. El estrés y los trastornos mentales eran superiores al resto de pacientes <sup>(30)</sup>.

La mayoría de la población española está protegida por la seguridad social, pero los servicios de salud públicos no son utilizados en la misma proporción por todos los individuos, sobretodo en lo que respecta a AP. El 64% en medicina general, 72% en toxicología y 56% en pediatría utiliza los servicios de asistencia del INSALUD (red no reconvertida) sin acudir a su vez a los servicios médicos privados. La masificación es uno de los principales motivos por el que se acude a la medicina privada, e indirectamente el tiempo dedicado a la visita, claramente insuficiente <sup>(31)</sup>.

Más difícil resulta acceder al sujeto no frecuentador, que se podría beneficiar de las actividades de prevención y promoción de la salud en AP. Las causas de no-frecuentación es la creencia en la buena salud fundamentalmente, aunque no son despreciables las razones de pereza o problemas de trabajo. El perfil del no frecuentador sería un varón de 37 años de edad, casado, con estudios primarios y empleado en el sector servicios con una situación laboral fija. Se considera con buen estado de salud, fuma, no bebe alcohol habitualmente, no hace ejercicio ni sigue dietas <sup>(32)</sup>.

En los últimos años, se ha producido un aumento de la demanda a los servicios de urgencias hospitalarios, nacionales <sup>(33, 34)</sup> y de otros países <sup>(35)</sup>, algunas veces de forma inapropiada <sup>(36, 37, 38)</sup>. En Andalucía se ha pasado de 976.363 urgencias generales y de medicina interna en el año 1.991 a 1.704.570 en el año 1.997. El porcentaje de altas se mantiene estable, del 86,46% al 84,42%, respectivamente <sup>(39, 40)</sup>. Se han implicado distintos factores en este importante incremento: fácil accesibilidad, aumento en la dotación de recursos y fracaso de la atención primaria <sup>(33, 41)</sup>, aunque este nivel asistencial se defiende argumentando que su grado de capacitación y resolución es de los mejores del mundo, y que el 80% de los enfermos que acuden a las urgencias hospitalarias lo hacen por iniciativa propia. El grupo de edad más frecuentador de los servicios de urgencias hospitalarios es el de los mayores de 65 años, generalmente afectados por enfermedades crónicas, y en los que suelen darse problemas sociales añadidos, que pueden hacerle más susceptibles de acudir a los hospitales buscando cuidados y provocando un uso inadecuado de éstos <sup>(33)</sup>. A medida que aumenta la distancia desde el domicilio al hospital, los pacientes acuden a él en menor medida espontáneamente. Sin embargo, la distancia al hospital no limita ni favorece

### Introducción

las derivaciones realizadas por un profesional. Es muy importante realizar desde el hospital y desde el centro de salud educación sanitaria, convenciendo al paciente de que numerosos procesos pueden ser resueltos satisfactoriamente sin acudir al hospital, y de que su MAP es quien mejor puede reconocer una situación real de urgencia <sup>(33)</sup>. En cualquier caso, se destaca la importancia que una correcta educación sanitaria puede tener para evitar un número considerable de demandas injustificadas, y el papel que puede desempeñar el EBAP (Equipo Básico de Atención Primaria) <sup>(43)</sup>.

La organización sanitaria en los países de nuestro entorno se basa en el concepto de nivel o estratificación asistencial. Este concepto implica una correlación entre el nivel requerido y la complejidad del proceso, a su vez directamente relacionado con el consumo de recursos. En términos generales, se puede diferenciar una atención primaria, secundaria y terciaria de la salud. La asistencia primaria supone el primer punto de contacto de una persona con el sistema de salud. El nivel secundario completa y continúa la acción del primer nivel, proporcionando a los asistidos los elementos necesarios de diagnóstico, de tratamiento y de ayuda. Corresponde a estos dos niveles actuar de filtro que evite la llegada masiva de pacientes al nivel terciario, destinado a cubrir las actividades más complejas de la asistencia. En España estos niveles corresponderían a los Equipos Básicos de Atención Primaria (nivel primario); Hospitales Comarcales y de Especialidades, y Ambulatorios de Especialidades, donde permanezcan (nivel secundario); y Hospitales Regionales (nivel terciario).

Uno de los grandes problemas que la sociedad deberá afrontar en los próximos años (y ya en este momento) es el constante envejecimiento de la población. En el año 2.000, los mayores de 60 años, suponen el 20% de la población total europea. Este grupo reducido de población produce en el terreno sanitario:

1. Una utilización de la actividad total del MG del 40%
2. Un consumo de fármacos que supone más del 50% de lo prescrito en AP
3. Una carga del 35-40% de las estancias hospitalarias de agudos
4. Exceden en 12 días las estancias hospitalarias respecto al resto de la población

## **1.2. NIVEL PRIMARIO**

La asistencia primaria supone el primer punto de contacto de una persona con el sistema de salud. El término *atención primaria de salud* comenzó a ser familiar a partir de la Conferencia de Alma-Ata en 1.978, en la que se señalaron también cuáles deberían ser sus funciones:

- promoción de una nutrición correcta
- control de aguas y saneamiento ambiental
- Salud materno-infantil; planificación familiar
- inmunizaciones
- lucha contra las endemias; vigilancia epidemiológica
- educación sanitaria
- tratamiento de urgencias y enfermedades corrientes
- suministro de medicamentos esenciales

Una asistencia primaria debidamente organizada debería ser capaz de solucionar por sí misma, al menos, el 70-80 % de los problemas asistenciales cotidianos, aunque algunos autores llegan hasta el 95% <sup>(44)</sup>.

Según Robert Kohn, podría hablarse de cuatro grandes grupos de países sobre la base de la modalidad contractual de los profesionales de la atención primaria por el sistema sanitario:

- a) Países con sistema sanitario público y unificado, de propiedad y gestión pública, y con el personal asalariado por parte del sistema. Se incluirían aquí los países de Europa del Este.
- b) Países donde los profesionales sanitarios de atención primaria y los que trabajan fuera del hospital son independientes del sistema; por ejemplo Francia, Alemania y otros países de Europa Central.
- c) Países donde los profesionales de la atención primaria son totalmente independientes pero tienen establecidos contratos de un solo tipo con el sistema sanitario público; por ejemplo el Reino Unido.
- d) Países con elementos organizativos similares a algunos de los países anteriormente

### Introducción

citados, pero que al disponer de menos recursos no pueden ser totalmente comparados. Se trata de los países de la cuenca mediterránea

El ejercicio de la atención primaria debe correr a cargo del Médico de Medicina Familiar y Comunitaria (antes Médico de Cabecera o Generalista), al que en nuestro país se suma también el Pediatra. En otros países, como el Reino Unido, el Generalista (*general practitioner*) es el responsable de la pediatría en el nivel primario.

Inglaterra ha sido el país que primero desarrolló un programa de formación postgraduada de dichos médicos generalistas, con el establecimiento de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. En España se instaura dentro del sistema de formación M.I.R. (Médico Interno y Residente), con duración de 3 años en el año 1.979. Posteriormente, mediante normativa de la Unión Europea, se regulariza la Especialidad en todos los países que lo integran.

Los profesionales encargados de la atención primaria médica pueden ejercer su labor según varios tipos de estructuras organizativas:

- Práctica asistencial individual
- Práctica asistencial en equipo
  - ✓ policlínicas
  - ✓ centros de salud
  - ✓ medicina de grupo
  - ✓ centro local de servicios comunitarios

Basándose en la aplicación de estas estructuras organizativas, H. Vuori distingue cuatro modelos básicos de atención primaria médica:

1. Países ex-socialistas, donde prácticamente toda la población está cubierta por las policlínicas, donde médicos generales y especialistas ejercen dependiendo de la densidad de población.
2. Estados Unidos y muchos países centroeuropeos disponen de un sistema relativamente incoordinado de médicos generales que trabajan

independientemente, ya sea aislados o en equipo.

3. En el caso del Reino Unido (Servicio Nacional de Salud), un médico general se convierte en el responsable de un grupo de pacientes, que lo han elegido como su médico de atención primaria.
4. En el sistema escandinavo, el punto central de la atención no es el médico general sino el centro de salud, regido por la unidad administrativa local. El personal que trabaja en los centros de salud es asalariado. Los centros de salud interesan a numerosos países, España entre ellos.

A diferencia del especialista hospitalario, el médico de cabecera vive y trabaja cerca de la base. Las personas están cerca y la ciencia médica queda lejos. Si se pretende que la ciencia médica llegue a todo el mundo, el médico de cabecera está en el lugar correcto para lograrlo, pero su orientación es inadecuada <sup>(45)</sup>.

La fórmula de “medicina de grupo” es muy empleada en Francia. En ella, diversos médicos se coordinan en sus tareas para formar un equipo que esté permanentemente al servicio de la comunidad. Aporta una serie de ventajas como: historias clínicas comunes, combinación de guardias en días festivos, intercambio de opiniones, y responsabilidad y soporte económico compartidos.

Los “centros locales de servicios comunitarios” gozan de gran aceptación en Italia, Francia y Canadá. Básicamente asumen las mismas funciones que los centros de salud, a los que se le añaden funciones de tipo social.

### ***1.3. NIVELES SECUNDARIO Y TERCIARIO***

La atención secundaria, semiespecializada, recibe todos los casos que el nivel primario no puede solucionar por su complejidad. Generalmente, el 15-20 % de los casos atendidos en el nivel primario deben pasar al nivel II o al III directamente. Existen servicios como Radiología, Laboratorio, Salud Mental, Salud Pública, etc. que algunos autores consideran

## Introducción

de apoyo a los equipos de atención primaria, mientras que otros autores los consideran integrantes del nivel secundario de atención.

En el nivel terciario de atención están los profesionales y los servicios de alta especialización, así como los hospitales más completos. Generalmente, corresponde a este nivel la investigación y la docencia esencialmente.

En la evaluación de la demanda y de la necesidad de servicios hospitalarios, desempeña un papel decisivo el concepto de “regionalización hospitalaria” que trata de evitar duplicidades, coordinar los recursos, aumentar el rendimiento y disminuir las necesidades. Este concepto ha sido muy bien estudiado en Suecia por Engel, quien ha definido una región como una zona adecuada, por su población y superficie, para la planificación de servicios sanitarios independientes y autosuficientes. La región propuesta es de un millón de habitantes y la cabecera cuenta con un hospital regional. En el plano inmediatamente inferior está el hospital de condado para 250.000-300.000 habitantes, y en el tercer plano, los hospitales de distrito para 60.000-90.000 personas. Este concepto está prácticamente aceptado en todos los países del mundo.

### ***1.4. PRUEBAS DIAGNOSTICAS***

En los últimos años, y como consecuencia del gran desarrollo científico y técnico que ha experimentado la medicina, se ha ido incorporando a la práctica clínica un mayor número de pruebas diagnósticas. Esto permite actualmente realizar el diagnóstico de la enfermedad en sus primeras fases, mejorando notablemente las expectativas de curación <sup>(46)</sup>.

El incremento del gasto sanitario es un motivo de seria preocupación entre las autoridades sanitarias. El 50-80 % del gasto sanitario depende de los facultativos, en relación con la hospitalización, tratamientos, análisis de laboratorio y procedimientos diagnósticos <sup>(46, 47, 48, 49)</sup>. Según algunos estudios, los análisis de laboratorio y demás pruebas complementarias suponen hasta el 25 % del gasto sanitario, e indirectamente una excesiva utilización de los mismos conduce a la saturación de los servicios centrales hospitalarios, con demoras

progresivas, que a su vez repercute sobre la estancia media, atención de urgencias y listas de espera en consultas externas.

Tal como se demuestra en algunos estudios <sup>(46)</sup>, se detectan diferencias significativas entre las peticiones solicitadas por los distintos facultativos, que difícilmente se explican por diferencias en la patología subyacente <sup>(50)</sup>, lo que significa una diferencia de criterio a la hora de solicitar los estudios de pruebas complementarias diagnósticas. Se han diseñado distintas estrategias para reducir el número de análisis y pruebas complementarias, consiguiéndose hasta en un 50%:

1. Programas de formación hacia la racionalización de los recursos <sup>(46, 51, 52)</sup>
2. Revisión y análisis de las peticiones solicitadas por los mismos facultativos <sup>(52, 53)</sup>
3. Participación de los facultativos en resolver problemas administrativos y recompensas económicas <sup>(47, 52)</sup>
4. Información inmediata sobre los enfermos mediante la informática <sup>(54, 55)</sup>
5. Aplicación de criterios clínicos establecidos <sup>(53)</sup>
6. Elaboración de protocolos de atención al paciente de aquéllos procesos más frecuentes atendidos en la consulta <sup>(56)</sup>

Una de las razones del excesivo número de análisis y pruebas complementarias que se solicitan es la llamada “medicina defensiva” en la cual se solicitan las pruebas complementarias no sólo para corroborar el diagnóstico de sospecha sino también para evitar que algún problema que tenga el enfermo pueda pasar desapercibido, y que esto sea motivo de denuncia judicial contra el facultativo por parte del enfermo <sup>(46, 49)</sup>. Una ventaja incuestionable de los protocolos es el respaldo jurídico que pueden proporcionar, sobretodo cuando están admitidos de una manera oficial por los propios centros o elaborados por las correspondientes sociedades científicas <sup>(46)</sup>.

En otras ocasiones se ha querido explicar el aumento del gasto en los hospitales docentes de EEUU por el aumento en la solicitud de pruebas complementarias (radiología y análisis) por parte de los Médicos en formación (M.I.R.). Sin embargo, se llegó a la conclusión <sup>(57)</sup>

que se justificaba por los procesos (case-mix) de mayor complejidad atendidos en dichos centros

Aunque el envejecimiento de la población es un factor que ha hecho aumentar el gasto sanitario en los últimos años, el coste de las nuevas tecnologías (sobre todo en EEUU) se está considerando un elemento también fundamental <sup>(58)</sup>. Un informe ordenado por el gobierno holandés sobre las elecciones y prioridades en los cuidados de salud concluye que la tecnología médica, principalmente aparatos y sus aplicaciones, debe estar sujeta a los mismos requerimientos de eficacia y seguridad que los medicamentos, antes de ser aprobados para los cuidados de salud. En EEUU 1,5 billones de dólares se gastaron en ensayos de medicamentos en 1.987, mientras sólo se emplearon 6 millones en valoración de tecnología de salud en 1.989 <sup>(58)</sup>.

### ***1.5. FINANCIACION***

Financiación significa origen de fondos. Los individuos son los financiadores últimos de la sanidad, bien por la vía de financiación pública (impuestos, tasas y cotizaciones sociales), o por la vía de financiación privada (seguros privados y pagos directos a proveedores).

El gasto sanitario no es más que un número o cifra económico, absoluto o relativo, y nunca expresa los beneficios obtenidos con ese dinero: calidad y cantidad de vida de las personas asistidas, beneficios de las empresas suministradoras, salarios de los profesionales y cohesión social. Es paradójico que siendo el gasto consumido en el sistema sanitario el 90% del gasto en sanidad, el sistema sanitario es el que menos aporta como factor determinante de la salud, con el 11% <sup>(59)</sup>. España gastó en sanidad en el año 1.995 el 7,6 % del PIB (Producto Interior Bruto), muy similar a países del entorno europeo. El 82 % de ese gasto fue financiación pública. En esta situación, la financiación pública no debe estar en cuestión, sí lo está su límite y su forma, puesto que la revisión del estado del bienestar obliga a una racionalización de los servicios públicos ante unos recursos cada vez más escasos y caros, y un avance de la ciencia y la tecnología cada vez más galopante y unas necesidades crecientes y plurales. El “estado del bienestar” da paso a la “sociedad del

bienestar”, en la cual el estado comparte con los ciudadanos la responsabilidad del bienestar <sup>(60)</sup>.

La financiación pública es superior a la financiación privada por el fenómeno de la selección inversa: tendencia de quienes desean suscribir una póliza a constituir una selección no aleatoria de la población, o convertirse en el grupo que concentra los mayores riesgos.

La utilización del sistema sanitario responde a la necesidad, y la contribución depende de la capacidad de pago individual. Si se controla la oferta, el gasto sanitario se controla. Si se dirige el gasto según prioridades sanitarias, la financiación influye, tanto en la equidad y en la efectividad sanitarias como en la conciencia del coste de los usuarios <sup>(61)</sup>.

Los sistemas sanitarios tratan de alcanzar simultáneamente tres objetivos, aparentemente contradictorios <sup>(62)</sup>: a) mejorar la salud, b) hacer los servicios sanitarios públicos más sensibles a la demanda de los usuarios, y c) preservar o aumentar la equidad global del sistema. Este balance entre objetivos (satisfacción, equidad y salud) y costes son el que conduce a la eficiencia del sistema sanitario. Los sistemas sanitarios basados en el modelo de S.N.S. tratan de dotarles de mayor flexibilidad e introducir estímulos a la eficiencia basados en la competencia entre servicios sanitarios: ampliación de las posibilidades de elección, modificación de pago a los proveedores. Si bien, deberían respetar la referencia a los especialistas desde atención primaria <sup>(63)</sup>, métodos de pago no basados principalmente en el pago por servicio <sup>(64)</sup>, control efectivo sobre la oferta de recursos y vinculación entre la evaluación tecnológica y la toma de decisiones en política sanitaria <sup>(62)</sup>. Hay que acabar con el equívoco habitual que asimila la eficiencia en la gestión como arquetipo de la empresa privada y deja para la pública los planteamientos burocráticos e ineficientes, ya que en ningún caso empresa pública y gestión privada deben ser conceptos antinómicos por definición <sup>(60)</sup>.

Aunque se han identificado 57 sistemas sanitarios distintos en el planeta <sup>(65, 66)</sup>, en los países occidentales estos sistemas sanitarios se pueden dividir en tres grupos principales,

### Introducción

basándose en el tipo de economía predominante, así como en el derecho al acceso a los servicios: servicios nacionales de salud (universales), sistemas de seguridad social (corporativistas) y sistemas fundamentalmente privados (liberales) <sup>(62)</sup>. Existe cierta correlación entre tipo de sistema y los mecanismos para su financiación:

- servicio nacional de salud/pública (impuestos)
- seguridad social/pública (cotizaciones)
- privado/privada (pólizas)

En todos los países occidentales desarrollados coexisten diferentes subsistemas sanitarios: en países con servicios nacionales de salud se proveen servicios a través del sector privado o, como en EE.UU., en sistemas liberales hay espacios para programas universales (Medicare). La clasificación de un país dentro de un sistema u otro ha de hacerse sobre la base del subsistema sanitario predominante. En Europa, los Países Nórdicos, Irlanda, Reino Unido, Grecia, Italia y España poseen un sistema nacional de salud. Austria, Países Bajos, Alemania, Francia y Suiza el sistema de seguridad social es el predominante. Las características que definen los primeros sobre los segundos son las siguientes: mayor cobertura pública, sistemas de pago no basados principalmente en el pago por servicio, existencia de sistemas de referencia al especialista desde atención primaria y un mayor control sobre la oferta de camas de hospitales para ingresos agudos <sup>(62)</sup>.

Los sistemas nacionales de salud son más eficientes que los vinculados a sistemas de seguridad social o privados, que descansan más en el mercado. La satisfacción, sin embargo, alcanza mayores cuotas en aquéllos sistemas con mayor gasto y más amplias posibilidades de libertad de elección <sup>(62)</sup>, por ejemplo Holanda.

En los países desarrollados, la importancia del sistema sanitario para mejorar los niveles de salud de la población es relativamente mayor que en los países en desarrollo, donde la distribución de la renta, educación y saneamiento intervienen más directamente. En cualquier caso, ya en 1.966 quedó establecido por Dever los factores que influyen en la salud de los países occidentales: herencia (27%), estilo de vida (43%), el entorno (19%) y el sistema sanitario (11%) <sup>(59, 65)</sup>. Asimismo, no resulta clara la relación entre el gasto *per*

*cápita* en servicios de salud y una mejor salud de la población medida en los indicadores de salud. Existen datos que sugieren que gran parte de los cuidados de salud prestados a la población posiblemente son innecesarios e inapropiados, existiendo una gran variabilidad en la práctica terapéutica entre médicos y en la frecuencia con que los procedimientos terapéuticos se prescriben entre una población y otra <sup>(58)</sup>.

Desde mediados de la década de los 80, algunos gobiernos han empezado a argumentar que el gasto del Seguro Público Sanitario se está haciendo insostenible y, en un periodo breve de tiempo, no se podrá proporcionar la financiación pública y gratuita de la asistencia sanitaria a toda la población. Ante esta crisis de la sanidad, las propuestas de algunos gobiernos tratan de introducir la competencia en el mercado médico como un mecanismo para contener el gasto sanitario y aumentar la eficiencia.

Los EE.UU. son el país con más problemas para contener el gasto sanitario: en el año 1.991 gastaron el 13,2% del P.I.B. (Producto Interior Bruto) y en el año 1.996 llegó al 14,2%, del cual el 47% era dinero público. En este último año, los países del entorno europeo se mantuvieron de media sobre el 8% del P.I.B., siendo Alemania el que más gasto tuvo, con un 10,5% del P.I.B. El 75% fue gasto público aproximadamente, en estos países.

Algunos países están aplicando (Reino Unido) o tratan de aplicar (España) cambios radicales en sus servicios de salud: competencia en el mercado de los cuidados de salud (“mercado interno” del Profesor Enthoven de la Universidad de Stanford en EE.UU.) <sup>(58)</sup>. Algunos de estos cambios se inspiran en las experiencias de las “Health Maintenance Organization” (H.M.O) de EE.UU.

Las HMOs se caracterizan por ser un tipo de organización que presta asistencia en un área geográfica a las personas que voluntariamente están inscritas y que paguen una cuota fija, independientemente de la cantidad de veces que utilicen los servicios sanitarios de las HMOs <sup>(3)</sup>. No se encuentra que las HMOs tengan una frecuentación, midiéndola en número global de visitas, superior al resto de la diversidad de prestaciones de asistencia en los

### Introducción

EEUU. Sí existe una reducción de las tasas de admisión hospitalaria entre los inscritos a las HMOs.

La idea de las HMOs es que debe haber diferentes agentes actuando como aseguradores o compradores y como proveedores. Cada uno de los proveedores compite por los consumidores en relación al precio y calidad de los servicios prestados. Sin embargo, la competencia no conduce a costes más bajos. Incluso algunos autores nos demuestran que hospitales localizados en altos mercados competitivos se caracterizan por un mayor coste que aquéllos concentrados en un mercado con menor competencia <sup>(58)</sup>.

El éxito obtenido de las HMOs en bajar el tanto por ciento de hospitalización y reducir el gasto sanitario, está en relación a seleccionar los pacientes con menos riesgos, así como en las decisiones de los médicos de tratar a los pacientes con menor complejidad en vez de los tratamientos con mayor coste-eficiencia <sup>(58)</sup>. Vicente Navarro nos sugiere que la cultura del negocio en medicina y las actividades orientadas al negocio de los médicos van en detrimento del paciente y que, comparando el SNS del Reino Unido y las HMOs, la persona, por término medio, paga más en las HMOs y obtiene mucho menos a cambio. El nivel de cobertura del SNS es casi total, mientras las HMOs no cubren la atención a las enfermedades crónicas <sup>(67)</sup>. Un claro efecto de las HMOs en EEUU ha sido un aumento de los costes, una disminución de la calidad y una selección de pacientes con menor riesgo de enfermedad.

Aunque la introducción de las fuerzas de mercado en la distribución de recursos sanitarios genera una serie de mejoras, no es menos cierto que se crean también dificultades en los sitios donde se ha aplicado <sup>(58)</sup>:

- aplicar un sistema fiable de medida de la calidad
- desarrollar un sistema de costes para los hospitales públicos
- impedir que el médico general seleccione pacientes con bajo riesgo de enfermedad

La Comisión de Servicios Sociales en su quinto informe sobre el futuro del HNS alertaba, a su vez, sobre algunos problemas con los que se podían encontrar al introducir la competencias entre los proveedores de servicios:

- problemas con el acceso para las clases desfavorecidas, al tener que viajar de uno a otro distrito
- problemas en la relación enfermo-médico general-especialista
- modificación de los costes por mayor gasto administrativo
- pérdida del concepto de hospital de distrito integrado
- cuidados post-hospitalarios costosa y compleja
- la competencia puede no ser efectiva

En definitiva, la competencia en el mercado puede generar una serie de inconvenientes perdiéndose la eficiencia del sistema, ya que la gente puede comprar tratamiento necesítandolo o no. Las listas de hospitales pueden pasar a los MGs, que podrían tratar a más enfermos de los necesarios (la oferta crea demanda), aumentando la capacidad del sistema por encima de las necesidades de los pacientes. Al tenerse los mayores conocimientos en los costes de los enfermos hospitalizados, otros cuidados de salud de la comunidad pueden quedar al margen, como lo concerniente a los enfermos crónicos y terminales <sup>(58)</sup>.

La retribución de los profesionales es parte importante (y obligada) del presupuesto sanitario. Afecta poco la motivación, sin embargo, está demostrado que las modificaciones en la forma de pago inciden directamente sobre la actividad asistencial. Se pueden distinguir tres modelos retributivos puros: el pago por acto, el capítativo y el salario. Cada uno tiene unos efectos distintos (positivos y negativos), sobre la práctica médica, pudiendo definirse de la siguiente manera:

- ☞ Pago por acto. Se retribuye al profesional en base a cada una de las actividades que realiza. Está ampliamente implantado en los países centroeuropeos, en los que no existe la derivación al especialista. Induce al consumo sanitario. Tienen a fidelizar pacientes, premiándose la continuidad.

### Introducción

- ☞ Pago caputivo. Es la retribución basada en el número de personas que están bajo la responsabilidad del médico. Habitualmente se corrige por indicadores poblacionales y sociales. Es muy popular en los sistemas holandés y británico, en los que el médico general es responsable de una lista de pacientes y actúa como contenedor (*gatekeeper*) de la demanda de atención especializada.
- ☞ Salario. Es el método preferido por los países europeos dotados de centros públicos. Al ser igual para todos tiene poco efecto medicalizador. Suele generar poca satisfacción en el usuario al no incentivar la continuidad asistencial. Actualmente se tiende a sistemas mixtos: caputivo y por acto.

## **2. ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA**

### ***2.1. ANTECEDENTES HISTORICOS***

El primer ensayo en España de intervención pública en los problemas de salud lo constituyó el proyecto de Código Sanitario del año 1.822, cuya aprobación se frustró por la inexactitud de los medios técnicos en que pretendía apoyarse. La aprobación de la Ley de 28 de noviembre de 1.855 consagra la Dirección General de Sanidad creada muy pocos años antes. Esta Ley extiende su vigencia durante una larguísima época, por la imposibilidad de llegar a un acuerdo sobre un nuevo texto de Ley sanitaria. De esta manera, la reforma siguiente se establece por Real Decreto de 12 de enero de 1.904, que aprueba la Instrucción General de Sanidad, aunque apenas si alteró el dispositivo de la organización pública al servicio de la sanidad. El esquema organizativo del año 1.855 (cambiando el nombre a Inspección General de Sanidad) es el vigente en España a comienzos del siglo XX, con una firmeza sorprendente.

La Ley de 1.944, innovadora en algunos extremos, asumió la planta estructural del año 1.855, perpetuando el sistema de organización de la Ley de dicho año. El cambio más llamativo fue la designación de una Dirección General de Sanidad recrecida, como órgano supremo. Las ideas de contenido de las responsabilidades públicas en este aspecto quedan totalmente anticuadas: *A la Administración Pública le cumple atender aquellos problemas sanitarios que pueden afectar a la colectividad considerada como conjunto, en suma le compete una acción de prevención.* La función asistencial, el problema de la atención de los problemas de salud individual, queda al margen.

El estancamiento de la organización pública al servicio de la Sanidad no significa, sin embargo, una desatención de todos los problemas nuevos, sino la ruptura del carácter unitario de esa organización, que se fragmenta en diversos subsistemas que se ordenan separadamente, al margen de una dirección unitaria. Se crean así diversas estructuras públicas con fines concretos: medio ambiente, alimentación, riesgo laboral, saneamiento,...

### Introducción

Las funciones asistenciales crecen y se dispersan igualmente. Las tradicionales sólo se referían a la prevención o asistencia de algunas enfermedades de particular trascendencia social: Tuberculosis, procesos mentales. Estado y Diputaciones asumen esa responsabilidad pública, aunque sin ningún nexo de unión en la política sanitaria. La atención del individuo concreto sale de esa cobertura fuera de los procesos nombrados. *La autosuficiencia del individuo para atender sus problemas de salud es el principio que impera.*

La necesidad de una reforma de la Ley de Bases de 1.944 se vio clara en todos con responsabilidades en la Sanidad, desde el día siguiente de la aprobación de la misma. Sin embargo todo quedaba siempre en proyectos de despacho, nunca ejecutados. Así, ante la imposibilidad de organizar un sistema sanitario integrador de tantas estructuras dispersas, la coordinación surgió como una forma de racionalizar el sistema (Ley de Hospitales de 1.962, Comisiones Interministeriales). El problema final fue: ¿quién coordina a los coordinadores? <sup>(69)</sup>.

### **2.2. SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD (S.O.E.).**

La Ley 14 de diciembre de 1.942 implanta el S.O.E. (Seguro Obligatorio de Enfermedad) bajo el Instituto Nacional de Previsión (I.N.P.). Este es un sistema de cobertura de los riesgos sanitarios, vinculado a una cuota generada en el trabajo. La expansión económica en España, de los años 50, y fundamentalmente en la década de los 60 y 70, hizo que se desarrollara enormemente. La Ley General de Seguridad Social (S.S.) de mayo de 1.974 ratifica y amplifica este S.O.E. Desde entonces hasta hoy, ha ido asumiendo mayor número de patologías en sus prestaciones, incluyendo cada vez a mayor número de personas y colectivos dentro de su esquema de Seguro Sanitario. En la actualidad este Sistema Sanitario de S.S. está muy evolucionado, siendo gestor autónomo de una estructura sanitaria extendida por todo el territorio nacional, y constituyendo la red sanitaria más importante de nuestro País.

### **2.3. DESARROLLO SANITARIO**

Durante la década de los años 60 y primeros 70, la situación sanitaria en España se caracteriza por un desarrollo vertiginoso en la creación de nuevos centros hospitalarios, comenzando en las grandes ciudades y extendiéndose por todo el país. La mayor parte de ellos fue construido, instalados y financiados por la Seguridad Social a través del Instituto General de Previsión, que posteriormente se convirtió en el Instituto Nacional de la Salud (I.N.S.A.L.U.D.). La boyante situación económica con acumulación de capital, los excedentes de la Seguridad Social que llegaban a poder financiar sectores deficitarios de la industria, la formación de nuevos especialistas cualificados a través del programa MIR, y la era dorada del crecimiento de la tecnología en todo el mundo, en un momento en que los costes no se planteaban, fueron las condiciones que permitieron y facilitaron ese desarrollo.

El importante avance de la Ciencia Médica en todos sus campos, después de la II Guerra Mundial, precisaba más que nunca la concentración de recursos materiales y humanos costosos, que solo podía darse en los hospitales. España no se quedó atrás en la aplicación de la tecnología y cualificación importadas de las grandes potencias, especialmente Gran Bretaña y Estados Unidos.

La centralización hospitalaria favoreció una atención de gran calidad a los enfermos, basada en criterios internacionales de diagnóstico y terapéutica, acumulación de recursos humanos y materiales previamente inexistentes, formación cualificada y homogénea de especialistas jóvenes y extensión posterior del modelo fuera de las grandes urbes, a prácticamente todas las capitales de provincia del territorio nacional.

Por el contrario, aumentó la separación entre la medicina hospitalaria y la medicina de cabecera y ambulatoria, generó una ideología médica basada en la importancia del diagnóstico tecnológico, y favoreció el abandono de la política de apoyo a enfermedades crónicas y psiquiátricas, quedando abandonadas y obsoletas instituciones que habían dedicado sus esfuerzos a esos campos. Además, los mejores estudiantes y profesionales

### Introducción

sanitarios del país, tenían como meta ideal el trabajar en un buen hospital altamente especializado.

La opinión generalizada sobre la finalidad de los hospitales consistía en que éstos debían atender a los enfermos que llegaban atravesando sus puertas de una u otra forma, y siendo seleccionados aquellos de estudio y tratamiento complejo. En este punto terminaba su responsabilidad al no existir en muchos casos población definida para cada hospital, y más aún al no existir la conciencia de hospital responsable de la atención sanitaria especializada de una población. La desconexión entre hospital y especialistas de cupo de los ambulatorios, facilitaba este modelo de “hospital encerrado en sí mismo”.

Un problema grave que impedía una posible planificación del sector era la dispersión patrimonial de la red hospitalaria pública. Centros de la Seguridad Social, Diputaciones Provinciales, Ayuntamientos, Cruz Roja y fundaciones diversas coexistían en la misma ciudad sin coordinación alguna. De esta manera, los pacientes podían ser atendidos en los distintos centros asistenciales, tanto de la Seguridad Social como ajenos a la misma. Existía un escalonamiento en la atención sanitaria dependiente de los centros de la Seguridad Social, con escasa coordinación, dependencia, integración e interrelación entre ellos: *medico de cabecera – ambulatorio de especialidades – hospital*.

Durante la segunda mitad de la década de los setenta, se produce un movimiento que se extiende rápidamente a los países más desarrollados y que consistía en un replanteamiento de sus políticas sanitarias. La crisis económica mundial (crisis del petróleo), el aumento galopante de los costes sanitarios, el escaso beneficio marginal que este aumento de costos proporcionaba, la conciencia de que no todos los problemas se resuelven mediante el desarrollo ilimitado de la tecnología, la importancia de la salud integral, la prevención y los planes de salud y la idea cada vez más clara del papel central de la medicina primaria en cualquier esquema sanitario para acercar la sanidad a las necesidades reales de la población, fueron condiciones que permitió esta nueva misión del papel de la sanidad, y crearon la necesidad de una planificación sanitaria, lo cual implicaba una profunda revisión y reforma del camino que se estaba recorriendo.

Hasta entonces, el sector sanitario público englobado en la Seguridad social y gestionado por el INSALUD (antes I.N.P.) desde su consolidación y a lo largo de tres decenios, ha estado estructurado en tres tipos de asistencia: primaria, especializada en ambulatorios y especializada en hospitales.

La asistencia primaria proporcionada por médicos de cabecera y pediatras en las áreas urbanas, y por médicos de cabecera en las áreas rurales (acumulando la asistencia pediátrica), se basaba en la actuación de consulta individual del médico, aislado de cualquier tipo de equipo, con un número de cartillas familiares asignadas formando “una clave” que atender, bien en el consultorio o bien en consulta domiciliaria. Las posibilidades de actuación eran reducidas. Las pruebas complementarias diagnósticas a las que poder acceder se reducían a la analítica elemental y a la radiografía de tórax, y los útiles terapéuticos a su alcance eran mínimos. En los terrenos profesional y científico, la asistencia no resolvía correctamente los problemas de salud que se plantean, actuando en muchas ocasiones como un mero elemento distribuidor de recetas y de pacientes hacia otras consultas y el hospital. Esto dió lugar a un importante grado de deterioro del prestigio del sistema y de sus profesionales <sup>(70)</sup>.

En el área rural, el aislamiento respecto a otros compañeros llevaba a situaciones tan absurdas como la necesidad de guardia permanente. Con el transcurrir del tiempo, la figura del médico de cabecera se convirtió en un paso administrativo intermedio de acceso al especialista y en un dispensador de recetas de fármacos, a pesar de los esfuerzos de profesionales honestos aislados del resto del sistema sanitario. Por otra parte, la consulta de dos horas (posteriormente 2 horas y media) que hace 30 años era un límite necesario por la escasez de médicos en el país (obligando a compatibilizar varios trabajos) se había convertido en una rémora por la escasa dedicación que suponía.

Las numerosas críticas dirigidas por los usuarios hacia el funcionamiento de la Atención Primaria con ese sistema se pueden resumir en: mala calidad, insuficiencia de medios-masificación, falta de libertad de elección del médico, rigidez de horarios, mala

### Introducción

información-organización, maltrato humano, excesivo tiempo de espera y corta duración de las consultas <sup>(68)</sup>.

La asistencia especializada en ambulatorios tenía un sistema de organización con características comunes al de la asistencia primaria. La figura básica era el especialista “de cupo”, así llamado por tener un “cupo” de cartillas (suma de varias “claves” de médicos generales). Parte de la retribución dependía del tamaño de cupo o número de cartillas adscrito. En las especialidades médicas el trabajo era totalmente individual, sin integración de equipos. En las especialidades quirúrgicas, los equipos estaban formados por dos especialistas, el jefe y el ayudante de equipo, para poder realizar la cirugía correspondiente. Las consultas de dos horas (más tarde 2 horas y media) se realizaban en los ambulatorios, estructuras independientes, orgánica y funcionalmente, de los hospitales. De hecho, el conjunto de la medicina ambulatoria (primaria y especialista de cupo, o bien consultorio y ambulatorio) recibía el nombre de IIAASS (Instituciones Abiertas de la Seguridad Social), frente a las IICCSS (Instituciones Cerradas de la Seguridad Social), correspondientes a los hospitales, con direcciones independientes.

Las Especialidades que llegaron a definirse en los ambulatorios fueron: Aparato Digestivo, Dermatología, Endocrinología, Neuropsiquiatría, Pulmón y Corazón, Cirugía General, Oftalmología, ORL, Urología, Tocoginecología, Odontología, Análisis Clínicos y Radiología. Estas dos últimas, dado su carácter necesario de servicio central o de apoyo, tuvieron acceso a la jerarquización (horario pleno de 40 horas semanales y sistema de organización en Servicios y Secciones) voluntaria en el año.

Las posibilidades de acceso a las exploraciones diagnósticas y a los tratamientos complejos se podían considerar moderadas, realizándose en el propio ambulatorio. Si un enfermo precisaba hospitalización o un estudio en el ámbito terciario, era remitido por su especialista al hospital correspondiente, y estudiado y tratado por los especialistas de dicho hospital.

Los hospitales constituían el nivel terciario de asistencia y estaban organizados y estructurados en especialidades médicas integradas en Servicios y Secciones, existiendo en algunos grandes hospitales la estructura del Departamento que agrupa diversos Servicios. Como ya se ha expuesto, durante la década de los años 60 y 70 el desarrollo vertiginoso de este nivel, tanto de estructura, recursos humanos y materiales, como en funcionamiento, convirtieron a la red hospitalaria en el centro del sistema sanitario, en detrimento de los niveles previos.

Con la creación, en tiempos ya recientes, de un Ministerio de Sanidad, se pudieron mejorar algunos de los problemas percibidos. Sin embargo, se mantenían una pluralidad de sistemas sanitarios funcionando en paralelo, derrochándose las energías y economías públicas. Además, todo esto sin establecer unas estructuras adecuadas a los tiempos que corrían. Pese a todo, se mantenía un nivel relativamente eficiente de la sanidad, que si se mejorara se haría más rentable y eficaz: En definitiva era necesario establecer un sistema unitario, adaptado a las nuevas necesidades.

En España, si bien la polémica se comienza a producir en el decenio anterior en el seno de los profesionales sanitarios, no es hasta el principio de los años ochenta, cuando el Estado se plantea esta reforma necesaria y profunda que se ve plasmada en la Ley General de Sanidad.

#### **2.4. LEY GENERAL DE SANIDAD**

La Ley General de Sanidad queda aprobada por las Cortes Generales el día 25 de abril de 1.986 (BOE de 29 de abril), sobre la base de unos argumentos históricos y a una necesidad para una mejor atención de la salud de la población. Con estos razonamientos, y al reconocimiento de los artículos 43 y 49 de la Constitución (“**derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, siendo los Poderes Públicos los encargados de ejercerlo**”) <sup>(71)</sup>, y a partir de las previsiones del título VIII de la misma que hace referencia a las Comunidades Autónomas, con sus competencias en materia de Sanidad, se promulga el 25 de abril de 1986 la Ley General de Sanidad <sup>(69)</sup>, de aplicación en todo el Estado

### Introducción

español. Son titulares, pues, de derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, todos los españoles y los ciudadanos extranjeros residentes en el territorio nacional.

La directriz sobre la que descansa toda la reforma sanitaria es la creación de un Sistema Nacional de Salud. El eje del modelo que la Ley adopta es las Comunidades Autónomas, Administraciones suficientemente dotadas, y con la perspectiva territorial necesaria, para que los beneficios de la autonomía no queden empañados por las necesidades de eficiencia en la gestión. El Sistema Nacional de Salud se concibe así como el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados.

Los servicios sanitarios se concentran, pues, bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas y bajo los poderes de dirección, en lo básico, y la coordinación del Estado. En cada Comunidad Autónoma se constituye un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, cuya gestión será mixta y participativa, pero siempre bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma. La creación de los respectivos Servicios de Salud es paulatina, al igual que la integración de otros estamentos en el mismo, con transferencias aditivas y progresivas en el tiempo, sin ninguna estridencia y superando dificultades, y errores de anteriores sistemas organizativos.

Las Comunidades Autónomas podrán dictar normas de desarrollo y complementarias de la Ley en el ejercicio de las competencias que les atribuyen sus correspondientes Estatutos de Autonomía.

Las Areas de Salud son las piezas básicas de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Se convierten así en la unidad geográfica, estructural y funcional de atención sanitaria integral en el sistema sanitario español. Estas áreas van a estar organizadas conforme a la indicada concepción total de la Sanidad, de manera que sea posible ofrecer desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario. Las Areas se distribuyen, de forma desconcentrada, en demarcaciones territoriales delimitadas, teniendo en cuenta

factores de diversa índole: geográficos, socioeconómicos, demográficos, epidemiológicos, laborales, culturales, climatológicos, etc. pero sobretodo, atendiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios y de gestión descentralizada y participativa.

Como regla general, y atendiendo a los factores expresados anteriormente, el Area de Salud atenderá a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000. Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las Areas de Salud se dividen en Zonas Básicas de Salud, que son el marco territorial donde desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud, centros integrales de Atención Primaria.

Los Centros de Salud desarrollarán de forma integrada y, mediante el trabajo en equipo, todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica.

El Centro de Salud tiene, entre otras, las siguientes funciones:

- a) Albergar la estructura física de consultas y servicios asistenciales personales correspondientes a la población en que se ubica
- b) Albergar los recursos materiales precisos para la realización de las exploraciones complementarias de que se puede disponer en la zona
- c) Servir como centro de reunión entre la comunidad y los profesionales sanitarios

El Distrito de Atención Primaria de Salud es la demarcación geográfica de Atención Primaria, que abarca el conjunto de Zonas Básicas de Salud (Z.B.S.). Con carácter general, cada Z.B.S. contará con un Centro de Salud, integrado funcionalmente en un Equipo Básico de Atención Primaria (E.B.A.P.).

Cada Area de Salud estará vinculada o dispondrá, al menos de un hospital general, con los objetivos que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud. El hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria de la población correspondiente a uno o varios

### Introducción

Distritos de Atención Primaria. Se establecen medidas adecuadas para garantizar la interrelación de todos los niveles asistenciales.

Se establecen tres niveles de asistencia hospitalaria: Hospital Regional, Hospital de Especialidades, y Hospital General Básico o Comarcal.

Los distintos niveles asistenciales deben establecer criterios de coordinación, atendiendo a la complementariedad de servicios prestados por cada uno de ellos, para una mejor efectividad y optimización de recursos.

La atención sanitaria escalonada y coordinada, en relación con la asistencia ambulatoria, queda pues configurada de la siguiente forma en los distintos niveles asistenciales: ***Centro de Salud - Hospital General Básico o de Especialidades - Hospital Regional***.

En definitiva, la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, recoge los aspectos básicos de la reforma sanitaria en España, y por supuesto de aplicación en Andalucía, como Comunidad Autónoma. Los pilares fundamentales son:

- ◆ Un Sistema Nacional de Salud, basado en única red pública, formado por los Servicios de Salud de las 17 Comunidades Autónomas del Estado, con poderes plenos en cuanto a planificación y gestión sanitaria, coordinado a través de un Consejo Interterritorial paritario (Administración Central y Comunidades Autónomas), y presidido por el Ministerio de Sanidad. Este Sistema acoge a la totalidad de la población y está financiado con dinero público a través de los Presupuestos Generales del Estado, de la Seguridad Social o de ambos.
- ◆ Una organización del Sistema, cuya estructura fundamental es el Área de Salud, unidad geográfica que engloba todos los recursos sanitarios para una atención integral de la población, dotada de sus organismos de planificación, dirección y gestión.
- ◆ Una diferenciación de dos niveles de atención sanitaria: atención primaria y atención especializada, con sus respectivas estructuras y organizaciones. La

atención primaria en el Area de Salud se estructura sobre la base de la Zona Básica de Salud, subdivisión geográfica y de población atendida por un equipo de atención primaria que es responsable de la salud integral de dicha población, y que está formado por médicos generales, pediatras, profesionales de la enfermería y otros profesionales de apoyo en planificación y programas sanitarios. La atención especializada está organizada en servicios de especialidades con sede central en el hospital del Area de Salud, que es responsable de la planificación y atención a la población del Area en el terreno de cada especialidad.

En el actual modelo de asistencia sanitaria, se produce un lento giro de Estado bienhechor hacia una sociedad que desea gestionar de la manera más próxima posible sus servicios, y que indudablemente acabará imponiendo ciertas exigencias a los servicios públicos. La base fundamental la constituye el Centro de Salud, con sus profesionales integrantes del mismo. Y este cambio de nombre no puede quedar ahí, sino que debe conllevar un cambio de concepto y de sistema: 1) disponibilidad de medios diagnósticos elementales en la consulta: E.C.G., tiras reactivas, etc.; 2) enfermería perfectamente profesionalizada; 3) preparación técnica y alta cualificación de los profesionales (reciclaje, formación continuada); 4) protocolización de actividades y trabajo en equipo; 5) comunicación rica y fluida con el nivel hospitalario, mediante protocolos pactados comunes y el apoyo cercano del especialista; 6) docencia postgrado para los M.I.R de Medicina Familiar y Comunitaria, que pueden servir de nexo de unión con el hospital <sup>(72)</sup>.

Algunos resultados ya han sido evidentes en algunas de las áreas reformadas:

- Disminución de la frecuentación en la consulta de adultos
- Aumento de la frecuentación en las consultas de pediatría
- Disminución de las visitas diarias en medicina de familia
- Descenso de las derivaciones: especialistas extrahospitalarios, urgencias, consultas del hospital
- Disminución del gasto farmacéutico

### Introducción

La satisfacción del usuario (actitud o sentimiento afectivo positivo hacia los servicios de salud recibidos), basada fundamentalmente en las encuestas de opinión <sup>(73)</sup>, arroja un balance positivo desde las primeras encuestas realizadas en 1.985, en lo que respecta a la atención en los centros de salud comparada con la recibida en los ambulatorios, aunque similar a la consulta privada. La calificación dada por el usuario, en una escala de 1 a 7, fue de 5,85, según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo en 1.992. Los sectores más satisfechos son los de mayor edad y las opiniones más críticas se recogen entre los jóvenes y con mayor nivel de estudios <sup>(68)</sup>. En el año 1.999, el 80,7% de los pacientes encuestados en Centros de Salud del territorio INSALUD se mostraron bastantes satisfechos con dichos centros y el 90,7% valoraron positivamente a su médico <sup>(74)</sup>.

### **2.5. REFORMA ESPERADA: PROPUESTAS RADICALES DE CAMBIO**

El S.N.S. español ha contribuido de forma decisiva a la mejora del estado de salud de la población y a la corrección de las desigualdades sociales. Dispone de un dispositivo público de servicios y prestaciones de los más extensos del mundo, cubriendo a toda la población española, con niveles de calidad y profesional equiparables a los países de nuestro entorno.

También como en otros países, en su evolución reciente, el Sistema ha sufrido tensiones relacionadas con la demanda social, por el envejecimiento de la población y a la mejora del nivel de vida, y con el desarrollo de los servicios y la tecnología disponible, en un entorno de recursos cada vez más limitados. Todo esto, junto a la inadaptación de los instrumentos de gestión y financiación a las nuevas realidades, han producido consecuencias negativas sobre la eficiencia, la equidad y la calidad de los servicios sanitarios públicos, que justifican con claridad la necesidad y la urgencia de reformas.

En el nuevo modelo sanitario el MG se sitúa entre las demandas del usuario y las “malas caras” del gerente. Este hecho lleva a que la forma de contención del gasto se limite a incrementar las barreras administrativas y las trabas burocráticas, y no a una adecuada priorización basada en los problemas de salud de los pacientes. Se mantienen los esquemas organizativos de las antiguas estructuras de gestión, olvidándose, además, de todo sistema de

incentivación de los profesionales. Es una Reforma basada en el voluntarismo de médicos y enfermeras <sup>(75)</sup>. Esta idea es compartida por los ciudadanos (encuesta Blendon), que sitúa a los servicios sanitarios en el noveno lugar de 11 países consultados, con mejoras deseables en la organización <sup>(76)</sup>.

Las deficiencias del sistema más destacables son, entre otras:

1. La AP continúa en un lento procedimiento de transformación hacia formas asistenciales más eficaces. Consume excesivos medios diagnósticos y terapéuticos, produciendo sobrecarga de los hospitales por la vía de las consultas externas y las urgencias.
2. El gasto sanitario público absorbido por la AE aumenta notablemente con un descenso simultáneo de la AP.
3. Carencia de visión global y empresarial de servicio por el Sistema público: falta de libertad de elección de los usuarios, escasa información y entorno poco comfortable.
4. Excesivo centralismo y rigidez de los sistemas de gestión

Los propósitos generales de la Reforma son los siguientes:

- Promover mecanismos que consigan incorporar el mayor grado de responsabilidad a los gestores del sistema
- Posibilitar una mayor satisfacción subjetiva de los usuarios y mayores grados de libertad de elección
- Promover una conciencia de coste en el profesional sanitario y en el usuario
- Hacer partícipe al personal sanitario, motivándole y vinculándole en el proyecto

La Reforma prevé un marco de diferenciación de funciones: la Administración Central y los Gobiernos Autónomos serían financiadores principales; las Areas de Salud, compradores de servicios; los hospitales, centros de salud, médicos en equipo o, incluso, individualmente y oficinas de farmacia, proveedores; y los usuarios, clientes. Nuestro país es un estado con un elevado número de clientes potenciales y reales, al ofrecer teóricamente una cobertura de sus servicios a toda la población. Es importante que el cliente sepa quién es el proveedor de cada servicio general o preventivo <sup>(77)</sup>.

### Introducción

Según esta organización, la autoridad administrativa establecería las normas generales reguladoras de la asistencia sanitaria y asignaría los recursos financieros disponibles a los que han de actuar como “compradores” de servicios para la población “afiliada” en su territorio. Las funciones de “comprador” se realizaría a través de contratos con los proveedores públicos o privados de los servicios sanitarios. La obligación fundamental del “comprador” –gestor de área- sería la de conseguir para su población afiliada la mejor calidad en los servicios con los recursos disponibles.

Este llamado “mercado interno” produciría un cierto estímulo competitivo entre las unidades de provisión de servicios (hospitales, centros de salud, etc.) que debería suscitar mejoras en la calidad y el coste de las prestaciones. Por otra parte, la competencia proporcionaría al usuario un mayor margen de elección entre los proveedores.

Los contratos, que especificarían la cantidad, la calidad y el precio de los servicios previstos, serían la base fundamental de la relación entre “compradores” y “proveedores” de servicios. De esta forma, los “compradores” podrían progresivamente responsabilizar a los “proveedores” de su rendimiento.

A medida que esta nueva organización de carácter más empresarial se desarrollase con una mayor transparencia en las relaciones y en los resultados obtenidos, permitiría realizar análisis de eficiencia y progresar en la técnica contractual. Un ejemplo serían las clínicas de concierto que actuarían como “proveedor” y el INSALUD como “comprador”. El sector privado tendría posibilidad de competir con los proveedores de titularidad pública, dentro de una competencia leal. El SNS debe modificar su marco jurídico que promuevan dicha responsabilidad, la definan de modo concreto y la cultiven como virtud social.

El Area de Salud se convierte en unidad básica de gestión de compra, debiendo actuar con nitidez y responsabilidad. Esta función no coincide con el sentido de las reformas que se producen en otros países europeos.

La salud tiene un coste. Es preciso facturar todos y cada uno de los actos de asistencia médica. Esta facturación produciría una conciencia de gasto, tanto en el profesional como en el usuario, y probablemente reconciliaría a este con el sistema. Debe significarse que la introducción de prestaciones complementarias, o cualquier tipo de colaboración en el coste por parte del usuario, requiere inexcusablemente el hábito de la facturación.

La relación laboral existente en el S.N.S. sería un obstáculo para la implantación de un sistema de “mercado interno”, aunque en algunas instituciones se está asumiendo esta tendencia en un marco de libertad responsable y con todas sus consecuencias.

Uno de los objetivos prioritarios de gestión es obtener la máxima calidad posible en el servicio. La calidad no va inexcusablemente asociada aun mayor coste. Para la búsqueda de esta calidad se debe contar con procedimientos de autocontrol, tanto internos como externos, que permitan beneficiarse del método comparativo.

Otra dificultad, que entorpece enormemente la gestión, es la carencia de dotación específica para la atención de pacientes ancianos, crónicos, convalecientes y los que requieren cuidados paliativos, situación que produce notables disfunciones en el sistema sanitario y supone un problema social en progresión.

El análisis de la financiación de la sanidad pública en los países occidentales europeos, bien en el modelo de Sistema Nacional de Salud o en el de Seguridad Social, muestra la participación de los usuarios en el pago de los servicios sanitarios. En España, a nivel presupuestario, los impuestos generales representan el 66% de la financiación, las cotizaciones sociales el 30% y los otros ingresos el 4%. Las desviaciones presupuestarias se compensarían por endeudamiento público específico en corto plazo, para ser las cotizaciones de la Seguridad Social o la participación directa del usuario, a medio y largo plazo, las encargadas de recuperar el equilibrio.

En los tiempos actuales de bonanza económica, habría que pensar en la conveniencia en hacer participar al usuario en los costes sanitarios, con las excepciones que la equidad requiera. Dos

### Introducción

millones de españoles han optado por un sistema de asistencia privado, y 4 millones por una doble cobertura pagada privadamente, con independencia de atender sus cotizaciones sociales. Al nivel de opinión pública, se observa menos resistencia a pagar los servicios utilizados directamente que a aumentar la fiscalidad.

En definitiva, el proyecto de reforma en España (proyecto Abril Martorell)<sup>(76)</sup> se basa, en relación con los cambios organizativos, principalmente en tres puntos:

1. Separación de la financiación pública de la provisión de servicios; la provisión será pública o privada
2. El área de salud como unidad básica de compra de servicios sanitarios, sea en el sector público o privado,
3. Transformación de los hospitales y otros centros de servicios sanitarios en sociedades estatales sometidas al derecho privado.

Los dos niveles, primario y especializado, deben estar nítidamente separados, sin que ello deba constituir obstáculo para conseguir el “continuum asistencial”. La idea de la integración vertical en este sector no es cierta ante el fuerte peso del hospital-centrismo, que ve el nivel primario como una fuente de captación de clientes y de selección, junto a una forma de asegurar las tasas de actividad.

La posibilidad de elección de centro y especialista por parte del equipo de AP frente al presupuesto que tiene asignado para ello es, por un lado, la mejor garantía de contención de las derivaciones y de análisis de calidad/precio de las ofertas existentes con una capacidad real de lección, pues el nivel de información del remitente es el adecuado para ello, y por otro, la única fórmula real en este contexto para generar un mercado de productos intermedios eficiente ante la imposibilidad de generar uno de los proveedores finales, al tratarse hoy por hoy de un mercado planificado<sup>(60)</sup>.

La eficiencia en la gestión del equipo viene inferida al interesarlo por el resultado económico, dado que parte de los ahorros revierten en él, y a través de las cláusulas del contrato, el

comprador asegura la calidad y la cumplimentación de los objetivos del Plan de Salud, que a su vez es un instrumento básico para la compra <sup>(60)</sup>.

Con la introducción de las fuerzas de mercado en la distribución de recursos sanitarios son las siguientes: a) las listas de espera pueden eliminarse si el paciente puede viajar a otro distrito sanitario; b) los proveedores serán más eficientes al tener más incentivos; c) la calidad está asegurada por el efecto de la competencia; d) los costes se reducen al poder ampliar la capacidad de sus servicios con un coste medio menor que sus competidores; e) los costes se reducen en los hospitales al especializarse y tomar ventaja de la economía de escala donde existan; f) aumentará la sensibilidad del sistema a las necesidades del consumidor <sup>(58)</sup>.

En la actualidad, este proceso se está realizando a través de la cesión únicamente en la gestión de recursos humanos. Esa misma lógica de responsabilización puede llevar a la transferencia en los procesos cotidianos de un equipo de A.P., como son las exploraciones complementarias y la prescripción terapéutica. La elección de un modelo de relación con los especialistas, no basado en el monopolio territorial, representaría una verdadera reforma hospitalaria de la sanidad <sup>(78)</sup>. La tendencia debe ir hacia el denominado cuidado compartido (*shared care*), que existe cuando la responsabilidad para la atención a la salud del paciente es compartida entre individuos o equipos que forman parte de organizaciones separadas, o cuando entre ellos hay grandes barreras organizativas <sup>(79)</sup>. “Cuidado compartido” esencialmente supone el desplazamiento de los especialistas a los CS para colaborar en programas específicos.

Los Planes de Salud que han elaborado algunas comunidades autónomas son interesantes y algunos experimentos de mercados internos ya están empezando. Hay que fomentar estas iniciativas y observarlas con mucho cuidado, analizando los resultados, pues en ellas está el embrión de los futuros cambios en el sistema sanitario español. La correlación que finalmente exista entre planificación y privatización se pondrá en evidencia en estos experimentos naturales <sup>(80)</sup>.

### Introducción

La Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña fue aprobada en 1.990. estableció que el nuevo modelo sanitario catalán tendría dos pilares básicos: por una parte, la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios sanitarios con la creación del *Servei Catala de la Salut* (SCS) como entidad financiadora y compradora; por otra parte, la planificación de servicios sanitarios, elaborando el Plan de Salud de Cataluña, documento que establece los ejes básicos de la política sanitaria. Se otorgan, pues, a las regiones sanitarias del SCS la responsabilidad de contratar servicios sanitarios, lo que ha permitido la existencia de diversas experiencias de gestión ICS (Institut Català de la Salut) “no-ICS” de los servicios de Atención Primaria. Los proveedores “no-ICS” están gestionados en su mayoría por empresas de titularidad pública o mixta sin ánimo de lucro. La relación entre los diferentes proveedores “no-ICS” y el SCS se establece mediante un contrato de prestación de servicios <sup>(81)</sup>. En Barcelona capital se crea al Consorcio Sanitario de Barcelona como institución encargada de la planificación, compra de servicios sanitarios y evaluación en la Región Sanitaria de Barcelona Ciudad <sup>(82)</sup>.

El modelo sanitario de Cataluña establece dos niveles básicos de asistencia: la atención primaria en un proceso que se refiere como reforma de la atención primaria, y la atención especializada. En ésta se diferencian algunas especialidades considerándolas como extrahospitalarias, mientras que el resto quedan adscritas orgánica y funcionalmente a los hospitales de la red de hospitales de uso público. Este proceso se conoce como la reordenación de la AE <sup>(82)</sup>. El programa contempla al paciente como el centro del proceso y son, el especialista, junto con el médico de AP, los responsables de su asistencia, estando perfectamente coordinados entre ellos y con el hospital de referencia. Para ello es necesaria una cultura más abierta, tanto en AP como en el ámbito hospitalario, que debe diferenciar y definir sus líneas de producción <sup>(83)</sup>. En la **Tabla 1** se describen comparativamente los dos modelos de atención especializada:

**Tabla 1 : Descripción de modelos de Atención Especializada**

	<u>Modelo de contingente de cartillas año 1993. Especialistas de 2 horas</u>	<u>Modelo de Reordenación de la AE. Año 1995</u>
<b>Provisión de servicios</b>	Proveedor único para todas las especialidades (ICS)	Diferentes proveedores para dar servicio de AE. IMAS: cardiología, reumatología y cirugía general; FHSP Claver: dermatología, ICS: ORL
<b>Coordinación</b>	Especialistas no integrados en el hospital. La actividad se realiza en un centro específico donde se ubican todos los especialistas (CAP-II)	Especialista integrados en el hospital. La actividad se realiza descentralizadamente en cada uno de los centros de AP donde trabajan los EAP
<b>Capacidad resolutive</b>	La cartera de servicios incluye únicamente visitas	La cartera de servicios incluye la realización de visitas y, crioterapia, y cirugía menor si se requiere
<b>Continuidad asistencial</b>	La información clínica generada se recoge en historias clínicas para cada especialidad e independientes de la HCAP. Especialistas diferentes al nivel de AP y hospital. En general no se realizan reuniones conjuntas entre especialistas y el equipo de AP	La información clínica generada se recoge en la misma historia clínica de AP. El especialista que actúa en el ámbito de AP y hospital es el mismo. Se realizan sistemáticamente sesiones y consultorías entre especialistas y equipos de AP
<b>Accesibilidad</b>	Diferentes ámbitos de responsabilidad en la gestión de la lista de espera. Rigidez horaria y de programación. Poca capacidad para priorizar las derivaciones al hospital según gravedad	Un solo ámbito de responsabilidad en la gestión de la lista de espera. Capacidad de modular la dedicación horaria por especialidad, según necesidades. Capacidad de filtrar las derivaciones al hospital según prioridad del caso

ICS: Instituto Catalán de la Salud; IMAS: Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria; FHSP Claver: Fundación Hospital Sant Pere Claver. De Grenzner V et al <sup>(82)</sup>.

La reforma de la AE se ha iniciado en el Sector Sanitario de Ciutat Vella en Barcelona. Los especialistas que participan son reumatología, cardiología, cirugía general, dermatología y ORL. El especialista es un profesional del hospital integrado en los EAP, a tiempo parcial, estableciendo un método de trabajo común y coordinado. Esta coordinación se traduce en sesiones conjuntas, protocolos de derivación al especialista y, en su caso, de éste al hospital, la elaboración de protocolos de actuación conjuntos para determinadas patologías y los tiempos de consultoría. El especialista dispone de la misma historia clínica que los EAP, siguiendo la estructura MEAP (motivo de consulta, exploración física, evaluación y orientación diagnóstica y plan de acción). Existe una conexión informática entre las ABS y el servicio hospitalario <sup>(82,83)</sup>.

Los resultados obtenidos cumplen con los objetivos básicos por los que se diseñó <sup>(82)</sup>:

- Disminución importante de casos derivados al ámbito hospitalario (52%), probablemente como consecuencia de la ampliación de la cartera de servicios,

### Introducción

especialistas con más capacidad resolutive y más cerca del médico de cabecera, y mejora en la accesibilidad de los usuarios. En otras experiencias similares de reordenación <sup>(84)</sup>, la masificación de las consultas externas ha sido uno de los puntos débiles de la integración de los especialistas al hospital. En el modelo antes descrito permite una selección mucho más rigurosa de los casos que requieren una A.E. propia del ámbito hospitalario (aumento del valor predictivo positivo).

- La hoja de interconsulta o derivación pierde sentido e igualmente el propio paciente deja de ser utilizado como su medio de transporte más frecuente.
- Se evita duplicidad de pruebas diagnósticas y se reduce la variabilidad de la práctica clínica
- La información de la actuación del especialista se registró en un 76% de las historias clínicas siguiendo la estructura MEAP propia de la Atención Primaria

El análisis particular de la consulta de reumatología durante el primer año de funcionamiento aportó como más importante conclusión que la mayor parte de la patología reumática (73,5%) puede ser controlada por el médico de AP con el soporte del reumatólogo <sup>(83)</sup>.

El Plan Andaluz de Salud, basándose en el Decreto 128/97, de 6 de mayo, por el que se regula la libre elección de Médico Especialista y de Hospital <sup>(85)</sup>, recoge un acuerdo entre el Hospital y Atención Primaria para servicio de interconsultas generadas por ésta, con unas medidas de la calidad y de control administrativo, dentro del marco de la Gestión Clínica <sup>(86)</sup>.

Otro planteamiento distinto (e inverso) es el de gestionar la AP desde el hospital. A nadie se le puede escapar que en un mercado sanitario realmente diversificado, la AP se convierte en el regulador de los flujos de pacientes hacia los hospitales. Su posible mantenimiento y desarrollo en ámbitos geográficos en los que existen varios centros hospitalarios queda condicionado a la competencia en términos de accesibilidad, calidad y precios que sean capaces de ofrecer. Es evidente que si controlan el mercado de la AP, actuando como proveedor, se aseguran la cuota de clientes para su hospital. En Cataluña en el periodo de 2 años, diez zonas básicas de salud han pasado a estar gestionadas por empresas hospitalarias privadas, que en algún caso controlan toda una zona geográfica <sup>(87)</sup>. Los equipos de AP

generan unos gastos menores y con mayores posibilidades de control, especialmente en lo que hace referencia a equipamiento tecnológico y exploraciones complementarias. Con esa premisa, parece razonable pensar que una parcela del mercado de AP se desarrolle bajo una estructura de atención de este tipo. Toda empresa hospitalaria que quiera participar de la gestión de AP deberá tener presupuestos separados y estancos que asignen a cada ámbito de atención los recursos asignados por el Estado a cada uno de ellos. Por otra parte, las estructuras del hospital y de la AP deben mantenerse diferenciadas y separadas, aunque puedan compartir servicios centrales o comunes. Los espacios físicos también han de ser diferentes y separados geográficamente, para que el usuario tenga claro que hay dos niveles de atención con unas funciones propias y diferenciadas <sup>(87)</sup>.

La continua innovación tecnológica está reduciendo las estancias hospitalarias y cada vez más los hospitales orientan su actividad con carácter ambulatorio. La tendencia a la descentralización en la gestión de los hospitales aumentará en los próximos años. Esta mayor autonomía se acompañará de una mayor colaboración entre ellos, se especializarán progresivamente y la competencia se orientará en un entorno planificado y regulado, a mejorar su servicio y no dirigida fundamentalmente a captar cuota de mercado. En este contexto, la gestión de la AP desde el hospital es posible si se asegura la eficiencia de los dos dispositivos sanitarios y siempre que la financiación del sistema no permita intereses contrapuestos. Crear, en definitiva un marco donde el planificador y los proveedores de atención primaria y hospitalaria busquen juntos las maneras más satisfactorias y eficientes de proporcionar el servicio <sup>(88)</sup>.

## **2.6. ORGANIZACIÓN SANITARIA EN ANDALUCIA**

### **2.6.1. TRANSFERENCIAS AUTONOMICAS**

El Estatuto de Autonomía para Andalucía se decidió por ley orgánica 6/1.981, del 30 de diciembre (BOE nº 9 de enero de 1982) <sup>(89)</sup>. Con fecha 24 de abril de 1981, se aprueban las propuestas de transferencia de competencias, funciones y servicios de la Administración del Estado a la Junta de Andalucía en materia de Sanidad <sup>(90)</sup>, siempre en el marco de la

### Introducción

planificación general del Estado y, dentro de su ámbito de actuación territorial. Por el Decreto 35/1981, de 22 de junio se asignan las competencias transferidas en materia de Salud Pública a la Consejería de Sanidad y Seguridad Social. En el espacio de este marco normativo, la Comunidad Autónoma Andaluza ha venido asumiendo las funciones y servicios en materia sanitaria a través de una serie de Reales Decretos de Transferencias.

De esta forma, todos los servicios y funciones de los Centros y establecimientos sanitarios, asistenciales y administrativos, gestionados por el Instituto Nacional de Salud (INSALUD), pasan a depender de la Junta de Andalucía. Los hospitales y los centros periféricos de atención primaria y especializada (ambulatorios) se integran dentro de la Red de Asistencia Sanitaria y Seguridad Social de Andalucía (R.A.S.S.S.A.). Durante los años 1985 y 1986, respectivamente, se establece también el traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de Sanidad (A.I.S.N.A.), y de los Hospitales Clínicos Universitarios en la R.A.S.S.S.A.

El 6 de mayo de 1.986 se crea, por Ley, el Servicio Andaluz de Salud (S.A.S)<sup>(91)</sup>, como Organismo Autónomo Administrativo de la Junta de Andalucía adscrito a la Consejería de Salud y Consumo. Su función es la gestión y administración de los servicios públicos de atención a la salud dependientes de la Comunidad Autónoma Andaluza<sup>(92)</sup>.

#### **2.6.2. ESTRUCTURAS SANITARIAS**

Para la ejecución de las funciones sanitarias primarias y especializadas, el S.A.S. dispone de Centros de Salud y Hospitales, respectivamente. En el hospital quedan integrados orgánica y funcionalmente, los siguientes Centros y Unidades:

- las Unidades Hospitalarias de los Centros propios y ajenos concertados con el S.A.S.
- las Consultas Externas
- los Centros de Especialidades jerarquizadas o no, y que se constituyen funcionalmente como consultas externas descentralizadas

La cobertura de determinados tipos de atención especializada de la población de un área hospitalaria podrá ser asumida por Unidades Sanitarias de Hospitales correspondientes a un Área Hospitalaria distinta, cuando así resulte de la ordenación de equipos especializados profesional y tecnológicamente, denominados “Unidades Sanitarias de Referencia”.

La Atención Primaria de Salud en Andalucía se organiza en las siguientes demarcaciones <sup>(93)</sup>:

- a) La Zona Básica de Salud, como demarcación poblacional y geográfica fundamental
- b) El Distrito de Atención Primaria de Salud, como integrador de varias Zonas Básicas de Salud, con recursos sanitarios suficientes para desarrollar en su totalidad el nivel primario de atención a la población, constituye la unidad de planificación y gestión de los servicios de atención primaria.

Como norma general, la Zona Básica de Salud abarcará a una población comprendida entre los 5.000 y 25.000 habitantes. La atención sanitaria estará asegurada en todos los municipios mediante los correspondientes centros de atención primaria. En uno de ellos, se ubicará el Centro de Salud, procurando que no diste del resto más de 30 minutos, con los medios habituales de locomoción.

El Equipo Básico de Atención Primaria es el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios cuyo ámbito habitual de actuación es la Zona Básica de Salud. Son los Médicos de Medicina General, Pediatras-Puericultores y Psiquiatras, los facultativos adscritos a dicho Equipo. Sus funciones van a ser prestar asistencia sanitaria individual y colectiva, en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencias a la población adscrita al Equipo, en coordinación con los dispositivos de apoyo de Atención Primaria y los Servicios de Especialidades Médicas del Área.

El Distrito de Atención Primaria de Salud abarca el conjunto de Zonas Básicas de Salud vinculadas a una misma estructura de dirección, gestión y administración. La población incluida comprenderá entre 40.000 y 1000.000 habitantes. En su estructura van a quedar

### Introducción

integrados los Equipos Básicos de Atención Primaria, así como el Dispositivo de Apoyo Específico de Atención Primaria.

El S.A.S. ordena la Asistencia Especializada (94) en las denominadas Areas Hospitalarias, que están conformadas, al menos, por un Hospital y por los Centros Periféricos de Especialidades adscritos al mismo. Estas Areas se delimitarán con arreglo a criterios geográficos, demográficos, de accesibilidad de la población y la eficiencia para la prestación de la asistencia especializada.

Entre otros, los fines de la Asistencia Especializada son los siguientes:

- a) Ofrecer a la población los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que, por su especialización o características, no puedan resolverse en el nivel de atención primaria.
- b) Posibilitar el internamiento en régimen de hospitalización, y participar en la atención de urgencias, cuando supere el nivel de atención primaria.
- c) Prestar la asistencia en régimen de consultas externas que requieran la atención especializada de la población, en su correspondiente ámbito territorial.

La asistencia especializada en régimen de consultas externas se puede prestar en los siguientes Centros:

1. Consultas Externas ubicadas en los Hospitales
2. Centros Periféricos de Especialidades
3. Centros de Salud y, excepcionalmente en consultas a domicilio, en aquellos casos que lo requiera el dispositivo de la atención primaria.

El S.A.S. ordena funcionalmente la Comunidad en ocho demarcaciones territoriales, denominadas Areas de Salud. Cada Area de Salud está integrada, administrativa y funcionalmente, por unidades menores que son de dos tipos: Los Distritos de Atención Primaria de Salud y las Areas Hospitalarias.

En el territorio andaluz se contempla la existencia de cinco Hospitales Regionales en las provincias de Cádiz, Córdoba, Granada, Málaga y Sevilla, que además cubren la atención especializada de su Area Hospitalaria correspondiente. Estos Centros tienen la consideración de Hospitales de referencia para la asistencia especializada que requiera abarcar más de un Area Hospitalaria. Asimismo, asumen las funciones de Hospital General Básico para el Area Hospitalaria a la cual se encuentre adscrito.

### **2.6.3. HOSPITAL GENERAL BASICO**

En los últimos años se han ido creando y desarrollando los Hospitales Generales Básicos (H.G.B.) en la Comunidad Autónoma Andaluza, sobre la base de los conceptos y premisas de la Ley General de Sanidad.

La concepción de los hospitales generales básicos ha sido fundamental en la Reforma Sanitaria, modificando el concepto de “ambulatorio”, por un tipo de asistencia más integral y coordinada, y de trabajo en equipo, e incorporando también la investigación y la docencia postgrado, motores impulsores de la motivación profesional y calidad hospitalaria.

Desde el punto de vista sanitario, el H.G.B. o Comarcal va a cubrir la asistencia de la población del Area Hospitalaria correspondiente, funcionando como un 2º nivel asistencial en los tres componentes ya descritos: Urgencias, hospitalización o internamiento y consultas externas. Aquellos enfermos que por su complejidad de diagnóstico o tratamiento, no puedan ser atendidos en este hospital pasarán al tercer nivel asistencial: hospital regional. Estos últimos centros sanitarios van a mejorar notablemente en su habitual saturada asistencia, con la responsabilización clínica progresiva de los hospitales comarcales.

En la actualidad, puede considerarse la existencia de 18 Hospitales de este nivel:

- 1 en la provincia de Almería: Huerca-Overa
- 3 en la provincia de Cádiz: La Línea, Algeciras y Jerez

### Introducción

- 2 en la provincia de Córdoba: Pozoblanco y Cabra
- 2 en la provincia de Granada: Motril y Baza
- 2 en la provincia de Huelva: Riotinto e Infanta Elena
- 2 en la provincia de Jaén: Linares y Ubeda
- 3 en la provincia de Málaga: Ronda, Antequera y Vélez-Málaga
- 1 en la provincia de Sevilla: Osuna
- El Hospital de la Costa del Sol en Marbella, recientemente inaugurado (en concepto General Básico), tiene unos condicionamientos de Gestión y Recursos distintas a la del resto de Hospitales dependientes del S.A.S.
- El Hospital de Poniente de en El Ejido (Almería), inaugurado en 1.997, posee unos fundamentos laborales y asistenciales parecidos al de Marbella.

Los servicios y unidades clínicas contemplados en los hospitales comarcales son los siguientes:

- a) Médicos: Medicina Interna (Cardiología, Digestivo, Respiratorio y Dermatología), U.C.I. y Pediatría.
- b) Quirúrgicos: Cirugía General, Traumatología y Anestesia.
- c) Médico-quirúrgicos: O.R.L., Oftalmología, Obstetricia y Ginecología y Urología.
- d) Centrales: Anatomía Patológica, Radiología, Análisis y Microbiología, Rehabilitación, y Documentación Clínica.

Para un mejor aprovechamiento de los recursos y una labor eficaz y eficiente es fundamental una coordinación e interrelación entre la Atención primaria con el hospital comarcal, y éste con el hospital regional.

#### **2.6.4. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

El Servicio de Medicina Interna se considera en los Hospitales Comarcales como básico para su funcionamiento en su múltiple vertiente de Urgencias, Internamiento, Procedimientos y Técnicas diagnósticas, y Consulta Externa.

Las especialidades médicas contempladas en el Servicio de Medicina Interna de los hospitales comarcales son: Digestivo, Cardiología, Neumología y Dermatología, siendo el resto de las especialidades (Reumatología, Nefrología, Neurología, Endocrinología, etc.) asumidas por Medicina Interna.

A su vez, el internista va a recibir por su visión integral y multidisciplinaria, desde otras especialidades y del MAP, enfermos con múltiples patologías para un mejor seguimiento y control.

La Consulta Externa del S° de Medicina Interna, va a disponer de un lugar estratégico para valorar el sistema hospitalario, la medicina primaria y la salud de la población, por el amplio espectro de patología que atiende y servir de apoyo logístico a otras especialidades y a la asistencia primaria.

### **3. SANIDAD COMPARADA. LOS DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES EN LOS PAISES OCCIDENTALES (95)**

#### ***3.1. ASPECTOS CONCRETOS DEL SISTEMA SANITARIO EN ALGUNOS PAISES OCCIDENTALES***

En la actualidad, los sistemas de asistencia sanitaria europeos son el resultado del desarrollo de dos modelos básicos. De un lado se encuentra el denominado modelo “Bismark”, que se basa en un seguro obligatorio complementado con fondos públicos, y de otro, el denominado “modelo Beveridge” o sistema universal de provisión de asistencia sanitaria financiada por el Estado. En cualquier caso, se enfrentan a problemas comunes como son: el crecimiento del gasto sanitario, el envejecimiento de la población, los cambios en el patrón de enfermedades, el aumento de las expectativas de los ciudadanos, el desarrollo de la tecnología y la tendencia a la unidad europea.

Los importantes giros políticos ocurridos en Europa en los últimos años, fundamentalmente en los que se denominaban Países del Este, también han afectado a sus sistemas sanitarios, promulgándose más que nunca los de tipo mutualista o de gestión y provisión privada de servicios. En el aspecto organizativo existe una preocupación creciente por potenciar el papel de la medicina de familia como eje del sistema sanitario <sup>(95)</sup>.

#### **1) DINAMARCA**

La actuación profesional de los médicos de cabecera se hace en consultorios privados. Muchos de ellos ejercen en grupo y entonces ocupan personal sanitario. El 30 % de los médicos de Dinamarca ejercen como generalistas. Gran parte de la consulta ambulatoria de especialidades tiene lugar en los hospitales, siendo entonces gratuita. En cuanto a la asistencia hospitalaria, los condados tienen la obligación de crear y gestionar un número suficiente de camas para su población. Los enfermos no pueden acceder al hospital sino es por medio de una carta de referencia del médico de cabecera o especialista.

## 2) FRANCIA

La atención sanitaria está regulada por la Ley de Sanidad de 1.970. los servicios son de ámbito estatal con gestión centralizada. Tiene un régimen de seguridad social cuya financiación se realiza a través de las cuotas patronales y de trabajadores. Actúa financiando con sistemas de reembolso.

El ejercicio liberal en consulta privada, como generalista o especialista, ocupa las dos terceras partes de los médicos, los cuales pueden instalarse libremente en cualquier punto del territorio francés. Se pueden crear “Sociedades Civiles Profesionales” de carácter interdisciplinario, aunque también libre e individual. Los Centros de Salud, creados por la Administración local o por Instituciones privadas no lucrativas, contratan médicos en forma de dedicación plena, como primer acceso a al asistencia sanitaria. Los médicos atienden a cualquier persona (con derecho a asistencia) sin necesidad de que exista vinculación previa.

Los hospitales en Francia pueden ser públicos o privados, dentro de una red integrada en el Servicio Público Hospitalario. Se distribuyen en distintos niveles: 1. Hospital de corta estancia (generales). El paciente paga un *forfait* alimentario. 2. Hospital de media estancia (sectoriales). La seguridad social abona el 80% de los gastos médicos, estando el 20% restante y el *forfait* alimentario a cargo del enfermo. 3. Hospital de larga estancia. El paciente paga el 60-80% de los gastos. Si no puede hacerlo por falta de recursos lo paga la ayuda social. 4. Hospitalización a domicilio. Se hace cargo la seguridad social <sup>(96)</sup>.

## 3) IRLANDA

Los médicos de cabecera asisten en los dispensarios de distrito, o bien en sus consultorios privados. Dependiendo de sus ingresos económicos los paciente se dividen en grupo I (los más pobres), II y III (los más ricos). Los del grupo I tienen derecho a asistencia gratuita, mientras que los grupos II y III deben pagar honorarios médicos.

### Introducción

La asistencia hospitalaria contempla tres tipos de hospitales: a) públicos, que son propiedad del Estado, y a sus consultas externas pueden acceder los enfermos de los grupos I y II gratuitamente, y los del grupo III deben pagar los honorarios del especialista; b) hospitales voluntarios, sin fin lucrativo, financiados por la Seguridad Social; y c) clínicas privadas con fin lucrativo, atendiendo enfermos privados o de seguros libres, aunque también concertados por la Seguridad Oficial estatal.

#### **4) HOLANDA**

La idea de la reforma sanitaria en este país es el crear la competencia desde el lado de la oferta y demanda del mercado <sup>(58)</sup>, así como por su tradición en la variedad de diferentes seguros, casi todos ellos sin ánimo de lucro. Cada ciudadano escogerá un seguro público o privado que será responsable de garantizar por contrato la provisión de la asistencia sanitaria, y definirá también alternativas a los servicios de salud como camas de larga estancia para los crónicos y ancianos, y servicios de atención domiciliaria. Las aseguradoras tendrán que practicar libre inscripción y serán pagadas por capitación en relación con los riesgos de los usuarios que escoja.

#### **5) ITALIA**

Tiene un Sistema Nacional de Salud. La asistencia sanitaria depende del Ministerio de Sanidad que es el que coordina y financia las Regiones Sanitarias. A su vez, de éstas regiones dependerán las Unidades Sanitarias Locales. El Estado dicta las leyes fundamentales, pero son las regiones las que legislan con relación a cada tema en concreto.

El MG presta sus servicios en forma de atención domiciliaria o en el consultorio a cualquier individuo. No hay delimitación geográfica. El paciente elige a un médico de los que tiene en la lista. No hay centros de salud. Existen centros locales de servicios comunitarios <sup>(96)</sup>.

#### **6) REINO UNIDO**

En 1.946, tras la ley aprobada en el parlamento británico, se crea el National Health Service, órgano central que agrupaba a todos los servicios sanitarios del país. A partir de

1.974, la gestión de estos servicios pasó de la Administración Central a los organismos del *District Health Authority*, circunscritos en áreas geográficas de unos 250.000 habitantes. La financiación de los servicios es a través de fondos públicos del Estado, mediante los impuestos recaudados, siendo la prestación hospitalaria y extrahospitalaria gratuitas, como un servicio público al individuo.

Los ciudadanos de más de 16 años pueden elegir libremente los servicios profesionales de un médico de familia; para ello lo único que han de hacer es inscribirse en su lista. El 97 % de la población utiliza estos servicios. Los médicos tienen derecho a aceptar o rechazar al paciente (no en caso de urgencia). También el usuario puede cambiar libremente de médico siempre que lo desee.

El médico de familia tiene un papel básico en la organización sanitaria británica (*Health National Service*), siendo el primer contacto del paciente con el sistema asistencial. Es el responsable de dirigir los pacientes al hospital si lo considera oportuno. El paciente sólo puede acudir directamente al hospital en caso de urgencia.

Este protagonismo del médico de familia en la sanidad inglesa no siempre ha sido así. Después de 1.948 los médicos de cabecera británicos fueron totalmente apartados del cuidado de sus propios pacientes en el hospital. Tenían dos opciones: aceptar que aquello era el final de la práctica de medicina clínica rigurosa en medicina general y afrontar una vida de mediocridad bien remunerada o desarrollar alguna ideología médica para lo cual fuese innecesario e irrelevante una base de especialista hospitalario. Esta segunda opción fue la escogida por los fundadores del Royal College of General Practitioners en 1.952. Su objetivo era simplemente salvar el honor y el amor propio de la medicina general británica. En definitiva, en un periodo en el que el prestigio del médico general era especialmente bajo, ante los ojos de los pacientes y de sus colegas especialistas, se creó el Real Colegio de Médicos Generales, que se encargó, entre otras cosas, de elaborar un programa de formación para postgraduados.

### Introducción

Actualmente la medicina general británica tiene una ideología independiente y coherente, una vía regulada y subvencionada por el estado para la formación de postgraduados, controlada y administrada por los propios médicos de cabecera, y es la especialidad preferida por la mitad de los estudiantes de medicina. Este país ha sido, pues, pionero en cuanto a la formación de dichos médicos generalistas. Los MF son totalmente independientes, pero tienen establecidos contratos con el sistema sanitario público <sup>(45)</sup>.

En el año 1.989 la ecuación de financiación, gestión, presupuesto y hospital públicos fue desmontado por el Libro Blanco de la sanidad inglesa (*white paper Working for Patients*) <sup>(97)</sup>. En él se propone que la provisión y la financiación pueden ir por caminos diferentes <sup>(80)</sup>. Esta relación se establece mediante un contrato, para simular un acuerdo privado, aunque los dos entes sean públicos. La puesta en marcha de esta reforma fue la de abril de 1.991.

Uno de los aspectos más evidente resaltado en el *white paper* es que los equipos de MGs (*practices*), que en el NHS siempre habían gozado de una gestión prácticamente autónoma, adquieren al convertirse en poseedores de presupuesto (*budget holders*) un enorme poder en la gestión de importantes recursos propios y ajenos <sup>(97)</sup>. La complejidad de la gestión y la falta de experiencia de los profesionales, ha llevado a la mayoría de equipos a contratar gerentes provenientes de la industria o los servicios. Al mismo tiempo, están empleando a especialistas con el fin de que les ayuden a disminuir su ratio de derivación <sup>(98)</sup>.

Con todos estos conceptos, en los últimos tiempos, como sistema de contención de costes se está desarrollando una reforma basada en tres principios: 1) los grandes hospitales públicos pueden liberarse del tutelaje del HNS y así poder determinar la forma de pagar a sus empleados (en vez de seguir la negociación a nivel nacional sobre la escala de salarios), aunque sigan siendo públicos; 2) las autoridades de cada distrito del HNS serán los compradores de servicios en vez de los proveedores. Así pues, ellos buscarán ofertas de los hospitales públicos y privados para la provisión de servicios particulares y harán contratos sobre la base precio-calidad; 3) asignación presupuestaria limitada para los MGs, en los que grupos de MGs con listas de usuarios no menores de 7.000 pacientes recibirán la

responsabilidad de manejar el presupuesto para poder comprar los servicios que requieran sus pacientes, a los hospitales públicos y privados, con relación a su calidad y precio. Cualquier beneficio puede ser retenido para mejorar su clínica.

Los *budget holders* tiene en su mano un poderoso instrumento que puede convertir la AP en el centro de gravedad del sistema sanitario, debiendo los hospitales enfocar sus servicios a las necesidades expresadas por los MGs. Los MGs con presupuestos (*fundholders*) pueden alcanzar mejoras en los servicios para sus pacientes a través de mandarlos a otros lugares, en vez de hacerlo a las especialidades locales, y consiguiendo resultados más favorables (por ejemplo tiempo de espera, organización de las citas, confort) <sup>(97)</sup>. También los pueden mandar a un hospital privado o clínica privada para pruebas complementarias <sup>(58)</sup>. Además de para racionalizar las derivaciones, el presupuesto asignado cubre otros aspectos del cuidado del paciente como son: los estudios complementarios y la prescripción farmacéutica <sup>(99)</sup>. En cualquier caso todos están relacionados, ya que la prescripción efectiva en medicina general tiene potencialmente la capacidad de reducir la necesidad para la referencia o ingreso en el hospital.

Una de las preocupaciones del nuevo modelo es que la Reforma convierta la AP en una máquina economicista de generar ahorro en las prestaciones en perjuicio de la calidad en la atención prestada a los pacientes <sup>(75, 98)</sup>. Para evitar esas perversiones del sistema se ponen en marcha una serie de mecanismos controladores: en el propio contrato, por el *Royal College of General Practitioners*, y por la recientemente creada *Family Health Services Authorities* (antes *Family Practitioners Committees*) <sup>(81, 97)</sup>.

La implantación de este mercado competitivo en el Reino Unido, ha mostrado una serie de dificultades <sup>(100)</sup>, y el objetivo perseguido (mayor calidad en los cuidados a un coste menor), queda muy lejos de la realidad:

- La mayor parte de los contratos con los hospitales se están haciendo en bloque, pagando una suma de dinero por el acceso a un servicio particular del hospital sin tener en cuenta el número de pacientes. No se añaden condiciones de calidad al contrato como lista de espera en consulta externa o tiempo de

## Introducción

admisión al hospital <sup>(58)</sup>

- Los contratos por volumen han aumentado en los años 1.992-93, pero el precio se basa en coste por especialidad y no es real, ya que una especialidad tiene diferentes combinaciones de pacientes en distintos hospitales <sup>(58)</sup>.
- El poder ha cambiado de manos. Ahora son los MGs los líderes de la reforma y están en posición de poder utilizar la fuerza del comprador y los hospitales tienen que reconocer el cambio de relación de poder <sup>(58)</sup>.
- El MG se transforma en un empresario. La consulta como negocio incrementa los gastos gerenciales y administrativos. Los ingresos pueden aumentar con: a) ampliando la lista de pacientes, lo que disminuye el tiempo disponible y la calidad; b) selección de pacientes con menos gastos (consumen menos recursos) <sup>(101)</sup>
- La relación médico general-enfermo se ve afectada, ya que el paciente no va a saber si se le manda a otro distrito por mejorar su asistencia o ahorrar costes. Al poder escoger los MGs a sus pacientes, pueden elegir a los de menos riesgo, quedando fuera los ancianos, crónicos y pobres. Es lo que se denomina “selección adversa”. Igual circunstancia se puede dar en los hospitales, rehusando este tipo de enfermos <sup>(58)</sup>. Los beneficios los obtendrán los más ambiciosos (entre los proveedores) y los que estén dispuestos a pagar más (entre los pacientes) <sup>(101)</sup>
- Medida de la calidad que va a precisar de acreditación, auditorías médicas y resultados <sup>(102)</sup>. Revisión de la práctica médica (*peer review*) no es lo mismo que auditoría médica y resultados (*outcome*) <sup>(58)</sup>
- No se resuelve el vacío entre los cuidados en el hospital y la asistencia en la comunidad. Esta se encuentra lejos de su correcta financiación. Los pacientes están demasiado tiempo en el hospital porque no hay una adecuada provisión para ellos en la comunidad. O bien, se dan de alta a los enfermos demasiado pronto, sin seguimiento, generando reingresos e incluso mortalidad evitable.

La evolución de las derivaciones al especialista desde el MG puede servirnos para valorar la eficacia del sistema sanitario británico. El número de MGs en el NHS era de 22.091 en

el año 1.949 y de 27.888 en 1.991. Los pacientes derivados a consultas externas de especialidad aumentaron un 53% en ese mismo tiempo, de 5.9 millones en 1.949 a 9 millones en 1.991. La frecuencia media de referencia del MG se incrementó un 22% en esas cuatro décadas. Un cambio en la perfil de la población (número y edad) y los avances de la ciencia médica pueden explicar esa variación, al manejarse mejor ciertos enfermos por el hospital. En el mismo periodo, el número de consultores (en tiempo utilizado) aumentó de 3.488 a 14.502 (316%), por lo que cada consultor veía 618 enfermos en 1.949 y 618, en 1.991. Una explicación puede ser un cambio en la relación entre médicos junior y senior, en el sentido que los primeros se responsabilizan de la atención ambulatoria y los segundos del internamiento. Sin embargo los junior sólo compensarían con su aumento el 253% del tiempo de los consultores. Queda claro que el trabajo con los enfermos nuevos en consultas externas ha descendido durante el periodo revisado, aunque probablemente estos enfermos presenten mayor dificultad de manejo ahora que en el pasado, y precisen mayor tiempo para su atención. La opinión de los MGs de que los especialistas “cronifican” a sus pacientes en las consultas no se mantiene con las cifras de relación de enfermos nuevos a revisiones que continúa sin cambios significativos en los últimos 40 años (1:3,1) <sup>(103)</sup>. Quizá, la valoración que se hizo en la década de los 80 por parte de las autoridades de salud británicas, responsabilizando a los MGs de todo la variabilidad en la referencia al especialista no haya sido justa, ya que el propio NHS como los médicos especialistas forman parte de todo el proceso, teniendo también su parte de culpa. El nuevo sistema de gestión (*fundholding*), que permite a los MGs elegir los especialistas o centros a los que referir a sus pacientes, es irónico con la idea de redefinir el problema de los pacientes externos hacia la necesidad de más médicos consultores <sup>(103)</sup>.

Con la implantación del *fundholding*, los objetivos perseguidos eran descender las referencias al especialista, la asistencia en ese nivel sanitario y los tiempos de espera en dichas consultas. Para comprobar tal aseveración se han realizado varios estudios, algunos de los cuales no confirmaban tales supuestos, aumentándose las derivaciones en igual proporción en ambos grupos de médicos. En otros aspectos tampoco han contenido el gasto farmacéutico ni la atención en los servicios de urgencias <sup>(99)</sup>.

## Introducción

Kammerling et al <sup>(104)</sup>, analizan los parámetros de calidad en una consulta de ortopedia, comparando con los mismos centros de MGs antes del establecimiento del nuevo sistema y hasta 2 años después, y con un grupo control formado por centros sanitarios de nivel primario sin *fundholding*. Antes de la implantación del *fundholding* los pacientes de este grupo no tenían mejor acceso a la consulta de ortopedia que los *no-fundholding*. Los médicos del nuevo sistema controlaban mejor sus referencias que los no reformados, consiguiendo un mejor balance entre derivaciones y asistencias. Los pacientes pertenecientes a un *fundholding* se veían más rápidamente, sobretodo cuando el hospital era exclusivo para ese tipo de pacientes. Sería necesario información sobre los case-mix para conocer si la más baja proporción en las derivaciones entre los *fundholding* beneficia o perjudica al paciente, al deberse a cambios en el umbral de referencia entre los dos grupos.

La implantación de los *fundholders* ha generado alternativas a la atención especializada convencional, con la creación de centros quirúrgicos por los MGs, y clínicas de especialidad en centros de salud o en clínicas de la comunidad (“*outreach*”), como una forma de desviar el balance de la asistencia desde el sector secundario al primario <sup>(105)</sup>. La consecuencia es evidente: las derivaciones al hospital descienden, con la mayoría de los pacientes revisándose por el mismo MG o por especialistas en el centro de salud (*outreach*). Los beneficios de los *outreachs* para los pacientes son:

1. Mejoría en la facilidad de acceso al especialista y reducción de la lista de espera, con un impacto positivo en el estudio del proceso y en la satisfacción para el paciente
2. Facilitar la comunicación entre el especialista y el MG, favoreciendo la formación de éste y su satisfacción personal y profesional.
3. Reducir las derivaciones del MG a las consultas externas del hospital.
4. Descenso de las revisiones del especialista, desviando la atención sanitario del nivel secundario al primario

Los especialistas han detectado algunos problemas, como las repetidas citas para el paciente cuando necesitan estudios en el hospital, el tiempo empleado para viajar al

*outreach* y el menor tiempo dedicado a la formación de los médicos residentes. La cuarta parte de los especialistas consideran estas clínicas como un medio de para tener ingresos y derivaciones al hospital. Un peligro que se corre es el establecimiento de dos tipos de asistencia paralelas: hospital y *outreach*, sistema sanitario tradicional y *fundholding*.

Pocos trabajos han demostrado evidencia firme de que los *outreaches* contribuyan a salvar las barreras entre atención primaria y hospitalaria o sobre la relación coste-efectividad. En ese sentido, Bowling et al <sup>(105)</sup> diseñaron un estudio comparando distintos parámetros entre la atención especializada en consultas externas hospitalarias y en centros de salud, confirmando los beneficios anteriormente expuestos. Los procesos atendidos fueron básicamente de la misma complejidad (case-mix), con mayor satisfacción y menor coste económico y de tiempo para el paciente, y disminuyendo la duplicidad de pruebas complementarias. El número de derivaciones descendió de 82 a 9 (de media) por centro de Atención Primaria. El principal problema argumentado por los especialistas fue el tiempo precisado para su desplazamiento al *outreach*. Un estudio a gran escala se está realizando en toda Inglaterra, para confirmar o no estos beneficios.

Se pueden considerar dos formas de atención en los *outreaches*: 1) desviación de pacientes (“*shifted outpatient*”), en que el especialista atiende una clínica de pacientes ambulatorios normales en el centro del MG, a menudo durante el tiempo que éste no está en el local, así que el contacto es infrecuente; 2) relación entre ambos (“*consultation-attachment*”), cuando el especialista acude a un centro de atención primaria para discutir el manejo de varios pacientes complejos con el equipo de atención primaria, después de ver al paciente sólo o con el propio MG. De esta forma, el MG continúa tratando al enfermo, pero se beneficia de los conocimientos del especialista, y éste aconseja a los pacientes que no desean acudir al hospital. Se ha sugerido que este método es más caro.

Recientemente (1.997), el nuevo gobierno laborista inglés ha modificado sustancialmente esta estrategia, promoviendo la creación de agrupaciones de equipos de AP, bajo la coordinación de las autoridades sanitarias locales, con competencias no solamente asistenciales, sino también sobre aspectos de salud pública y medicina comunitaria y

### Introducción

estrechamente coordinados con los servicios sociales. En este nuevo contexto la competencia interhospitalaria para la captación de pacientes es sustituida por la colaboración en el seno de programas integrados alrededor de las necesidades de los pacientes y no de los grupos o instituciones sanitarias <sup>(106)</sup>. Los laboristas desean incentivar la creación de *trusts* de AP, es decir empresas de titularidad pública pero con instrumentos de gestión similares a las privadas, que ofrezcan servicios de AP y comunitaria. Quieren eliminar la burocracia que supuso el *fundholding*, pero en ningún caso persiguen desvincular a los MGs de la compra de servicios hospitalarios <sup>(79)</sup>.

## **7) ESTADOS UNIDOS DE AMERICA**

Los EE.UU no proporcionan financiación pública y gratuita de la sanidad a toda la población: 37 millones de estadounidenses (el 17,5 % de la población menor de 65 años), se encontraban sin cobertura sanitaria pública o privada en 1.990, además de millones de personas con una cobertura inadecuada <sup>(58)</sup>.

La realidad sanitaria de este país esta fundamentada en una economía de mercado, en la que la asistencia es un producto de la ley de oferta y demanda: sanidad para quien la pague.

La asistencia sanitaria en este país se financia fundamentalmente por pago personal directo o por seguros voluntarios. En el primero, el individuo adquiere un servicio sanitario por medio de sus propios recursos económicos, directamente. En el segundo, los servicios sanitarios se financian a través de los fondos obtenidos por las contribuciones periódicas del grupo de personas que los contratan. En los años 60 y 70 el debate en política sanitaria planteaba el acceso al cuidado de salud y quién debería tratar al pobre. En 1.980, algunos hospitales universitarios intentaron proveer cuidado ambulatorio accesible y de buena calidad mediante enseñanza médica a estudiantes y personal de plantilla. Se establecieron sistemas de cita, se reconocieron a médicos de AP y la continuidad en el cuidado llegó a ser un objetivo prioritario <sup>(108)</sup>. Para aquellos grupos poblacionales con menos recursos económicos se dispone de asistencia sanitaria (*Medicaid* y *Medicare*), en centros específicos, financiado por el Estado con los impuestos de los contribuyentes. En un estudio realizado recientemente por el Congreso en relación al efecto del seguro médico

sobre la utilización de los servicios sanitarios concluye que: las personas no aseguradas tienen hasta tres veces más riesgo de presentar menores tasas de utilización de servicios sanitarios, de sufrir procedimientos asistenciales inapropiados y de llegar a unos resultados sanitarios desfavorables en relación a las aseguradas de forma privada <sup>(3)</sup>.

Los sistemas de salud públicos en EEUU buscan aumentar la relación coste-eficiencia y la calidad de sus servicios <sup>(110)</sup>. La mayoría de los estados han iniciado programas de cuidados Medicaid en que los sistemas de salud del condado o las HMOs privadas contratan con los estados para proveer asistencia sanitaria a poblaciones designadas en una base de pago capitolativo. En este ámbito competitivo, muchos planes de salud están considerando su expansión de los recursos para el cuidado primario en los departamentos de salud del condado. En el ámbito ambulatorio, los MAP proporcionan asistencia completa y continuada más frecuentemente que los especialistas, y esas atribuciones se han asociado con mejores resultados para muchos procesos, índices más bajos de hospitalización y mejora de la satisfacción del paciente <sup>(109)</sup>. El Departamento de Salud Pública de San Francisco (California) decidió ampliar el papel del MAP incluyendo la coordinación y aprobación del uso de los servicios de especialidad por los pacientes. En el condado de San Francisco 18 clínicas ofrecen cuidados primarios a residentes no asegurados o con bajos ingresos económicos. Sin embargo una proporción importante de usuarios utiliza exclusivamente las clínicas de especialidad del Hospital de San Francisco para su asistencia habitual, a un mayor coste que los CAP. Casi la mitad de los pacientes adultos que utilizaban regularmente las clínicas de especialidad, no disponían de asistencia primaria. Si así lo hicieran, representarían un aumento del 11% sobre el volumen de pacientes utilizando el sistema de AP (*gatekeeper*). Esto requeriría un aumento de los recursos en los centros de AP. Lo que han hecho muchas clínicas de especialidad es unirse con los centros de AP, coordinando la atención de sus pacientes. Esto sería mucho más obvio de aplicar en pacientes con enfermedades crónicas, mayores de 55 años que requieren consultas regularmente para prevención y tratamiento. Para aquéllos que precisan de atención sanitaria esporádicamente otros modelos de HMOs se han puesto en marcha: centros de agudos donde se puede recibir asistencia sin la aprobación de un médico de AP.

## Introducción

La atención al enfermo se puede realizar en régimen de internamiento (hospital o clínica) o ambulatorio. Cuidado ambulatorio (del latín *ambulare*: andar) es aquel en el que el paciente no está confinado a una cama institucional. Este servicio puede ser ofrecido por médicos, ayudantes médicos, enfermeras, y servicios complementarios como Laboratorio y Radiología. Tratamientos seleccionados como Radioterapia, terapia ocupacional y física, y diversas técnicas diagnósticas pueden ser ofertados en régimen externo. Desde hace más de 20 años, presiones sociales, legislativas y económicas ampliaron la atención sanitaria en el hospital hacia el régimen de consulta externa <sup>(110)</sup>. Otros modelos de cuidado médico ambulatorio se pusieron en marcha, atendiendo “al grado de salud básico”, interviniendo de forma organizada otro personal sanitario <sup>(111)</sup>, con buenos resultados en la accesibilidad, el tiempo de espera, la utilización de recursos y costes, y la satisfacción de pacientes y del personal <sup>(112)</sup>.

Ya en el año 1.971, se estableció un sistema de formación para la Atención Primaria de salud (*Family Practice*), de manera que esos centros sirvieran en el futuro para ese tipo de asistencia inicial, y de filtro a la Atención Hospitalaria, que a su vez los esponsorisaba. Esas clínicas afiliadas referían generalmente pacientes a su hospital “gestor”, tanto en forma de ingresos, como de consulta a los servicios de especialidad. En los EE.UU., los hospitales dependen del envío de esos pacientes, para consultas e ingresos, el medio de asegurarse su viabilidad económica. Esto era mucho más evidente en los hospitales rurales, sobretodo en lo que respecta a los procesos quirúrgicos <sup>(8)</sup>. En el año 1.980, se instauró un programa de 4 años en 15 hospitales universitarios, para desarrollar o mejorar “clínicas de grupo” (*group practices*) en pacientes adultos que regularmente usaban las clínicas médicas de los hospitales o los servicios de urgencia. El objetivo principal fue proveer cuidado primario personalizado, accesible y de alta calidad. Los enfermos presentaban mayormente procesos crónicos y el 33% de ellos no estaban asegurados. El grado de satisfacción con la atención recibida fue persistentemente más alto que en la población general <sup>(108)</sup>. Los cargos a los pacientes ambulatorios fueron similares que en el grupo control; sin embargo una gran diferencia existía en los pacientes ingresados. Parece, pues que se sustituyeron algunos estudios complementarios hacia el régimen ambulatorio. Una

mayor comunicación entre las unidades de hospitalización y consulta externa permitía un alta más temprana del paciente para seguimiento en consultas <sup>(113)</sup>.

Esa desviación de enfermos hospitalizados hacia un régimen de consulta externa, ha modificado también la estrategia de los hospitales docentes, hacia una enseñanza del enfermo ambulatorio, hasta en un 25%, para sus médicos en formación. La estancia hospitalaria disminuyó en 2 días y los gastos hospitalarios en un 27% desde la aplicación de este proyecto de cuidados en centros externos (“*group practice*”) <sup>(114)</sup>.

El método tradicional de asistencia sanitaria primaria en las áreas rurales hasta hace dos décadas ha sido el de un médico en su consulta. La motivación personal y la estimulación profesional, con el deseo de acceder a la tecnología médica avanzada, hizo que se crearan centros u hospitales rurales, donde el trabajo en equipo, y no el individual, fuera posible. La atención primaria de salud, como servicio fundamental e integral del sistema sanitario pasó a formar parte de esos centros rurales <sup>(115)</sup>.

Los cuidados primarios de salud se proporcionan por médicos generales o de familia y de internistas generales. El tipo de asistencia prestada es distinto uno de otro, tanto en tiempo de visita como en test de laboratorio y solicitudes radiológicas, en mayor número o cuantía para los internistas generales. Los pacientes atendidos por primera vez también fueron referidos desde otros médicos o agencias más frecuentemente a internistas (15,1% frente a 3,7%). Asimismo, los internistas derivaban enfermos un 40% más frecuentemente que los médicos generales a otros médicos (4,4% v/s 3,1%) <sup>(116)</sup>.

La progresiva importancia dada al cuidado primario de salud en los últimos años, en un país donde el 75% de sus médicos eran especialistas, ha significado la ampliación de los programas de formación para medicina interna, pediatría y medicina familiar en la atención primaria. Esto ha supuesto la provisión de cuidado ambulatorio a un mismo grupo de pacientes por el médico residente durante esos años de formación. Esa continuidad en el cuidado se perdía al finalizar la residencia, por lo que la transferencia en la responsabilidad del enfermo a otro médico residente constituía un momento importante en el cuidado del

## Introducción

enfermo. La información previa al paciente por parte del médico residente y de plantilla dejaba mucho más satisfecho al enfermo con el cambio de facultativo <sup>(117)</sup>.

Distintas medidas de contención de costes y otras que incentivan la competitividad interhospitalaria, impuestas por el Gobierno Federal, han fomentado aún más las referencias de enfermos desde atención primaria. De esta manera se ha asegurado que “las referencias desde atención primaria tengan un sustancial impacto en el hospital y en el sistema sanitario” <sup>(118)</sup>. Para el año 2.000 se espera que el 49% de los ingresos económicos del hospital sean generados de los pacientes externos, con un ascenso lineal del 8% al 10% desde el año 1.991 <sup>(119)</sup>. Esto está modificando las estructuras, diseños y estrategias hospitalarias en los últimos años <sup>(120, 121, 122, 123, 124, 125)</sup>, incluyendo la atención en urgencias sobre algunos colectivos <sup>(126)</sup>.

El cuidado ambulatorio puede ser realizado en gran variedad de sitios: consultas médicas individuales o en equipo, consulta externa hospitalaria, urgencias, consultas asociadas al hospital y clínicas independientes (centros de salud de la comunidad y clínicas industriales) <sup>(120)</sup>. Los hospitales con programas definidos e importantes en cuidados ambulatorios suelen ser de mayor tamaño que los que no lo tienen (> 100 camas), y generalmente universitarios. En los últimos años existe un cambio de actitud hacia la desviación desde el internamiento al régimen ambulatorio. Un análisis de los criterios de hospitalización dan hasta un 43% de ingresos inapropiados <sup>(127)</sup>. La intervención sobre los factores que motivan este uso conllevaría una reducción de los costes de salud. Los seguros a terceras partes (*third-party payers*) incrementan la confianza en los médicos de Atención Primaria como “porteros” del sistema, limitando este uso inapropiado. En un estudio realizado por Fried et al <sup>(127)</sup> se analizan las admisiones hospitalarias inapropiadas, mediante un Protocolo de Evaluación en la Adecuación. Los resultados fueron contundentes: la mayor parte de los ingresos inadecuados lo fueron por procedimientos que se podrían haber realizado en régimen externo. Una adecuada disponibilidad de las consultas externas es necesaria, regulando el sistema hospitalario a esa faceta del cuidado de salud. Desde el punto de vista de la cobertura de seguro, los pacientes en los HMOs fueron ingresados inapropiadamente más de los esperado. El pago prospectivo ha alterado el comportamiento médico

(*Medicare*). Se plantea al generalista como base del cuidado médico para una mejor relación coste-efectivo, junto a sistemas de revisión y *feedback* <sup>(127, 128)</sup>.

Los servicios médicos ofrecidos por los hospitales de forma ambulatoria incluyen cuidado primario, junto a alta tecnología y especialidades. Como se ha mencionado anteriormente, la razón final de esta modificación organizativa (oferta) se encuentra en la demanda de los servicios ofrecidos. Se entiende la *demand*a como la voluntad y capacidad de los consumidores de adquirir servicios. Debe ser distinguido de la *necesidad*, que refleja la opinión de los pacientes, médicos, y familiares sobre los servicios requeridos, y que no necesariamente se correlaciona con la demanda. Factores que aumentan la demanda en servicios de salud son la cobertura de los seguros, el incremento en el nivel de ingresos económicos y el cambio demográfico en la población. El análisis de esta demanda puede ser valorada por: datos demográficos (edad, sexo, ingresos, natalidad, profesión, vivienda); estado de salud (mortalidad, morbilidad, incapacidad); utilización de los recursos médicos (por edad, sexo, ingresos, educación, residencia y accesibilidad); y parámetros de uso sanitario. Algunos estudios <sup>(129)</sup> demostraron que el cuidado en régimen de consultas externas hospitalarias se sustituye por la atención en una consulta de atención primaria en aquellos estados con menor nivel de ingresos. Políticas de utilización racional y de reembolso tienen significativos efectos en el envío de pacientes a una consulta u otra.

En definitiva, se está produciendo en EE.UU. una mayor utilización de los servicios médicos ambulatorios en detrimento del internamiento hospitalario. La oferta, dentro de un marco competitivo, se modulará por la demanda generada, siendo los factores económicos y demográficos los más importantes en regularla.

## **8) CANADA**

Los habitantes de este país tienen libertad de elección de médico, y no hay límite al número de facultativos que los pacientes pueden visitar, dentro de un programa de seguro sanitario universal y público, sin pago añadido. Debido a esas características del sistema sanitario, se piensa que se está haciendo una sobreutilización de los recursos sanitarios. En

## Introducción

los últimos años algunas provincias han aplicado medidas de contención del gasto, reduciendo el uso de servicios médicos entre los hiperfrecuentadores <sup>(16)</sup>.

Algunos Departamentos de Salud (Nueva Escocia) han clasificado los hospitales en tres categorías: terciario, regional y comunitario, y estos últimos lo han subclasificado en dos, estableciéndose 5 grupos distintos. Los MGs en la Provincia son asignados a uno de ellos. De esta forma, estos médicos se dividen en cinco grupos, dependiendo de su acceso a camas hospitalarias generales, especialistas consultores o ambos <sup>(130)</sup>.

### **3.2. PERSPECTIVAS DE FUTURO EN LA SANIDAD**

#### **3.2.1. GESTION, ORGANIZACION Y GASTO SANITARIOS**

La organización sanitaria es un sistema en continua evolución. Existen distintos condicionantes sociales y demográficos que justifican este aserto:

1. El envejecimiento progresivo de la población, al aumentar la esperanza de vida y ante la descendente tasa de natalidad. En el año 2.000 la población superior a 65 años supera el 15 %.
2. Cambio en el patrón de enfermedades, con el incremento de los procesos crónicos y degenerativos, y la aparición de nuevas enfermedades, como por ejemplo el SIDA. Esto, a su vez, produce cambios en la demanda de servicios y por ello la oferta de ellos.
3. Incremento de la demanda y de la expectativa de los consumidores en cuanto a la calidad de los servicios.
4. Relacionado directamente con el punto anterior, se encuentra el avance tecnológico de la ciencia médica, con mayor y mejor oferta de diagnóstico y tratamiento.

Es por ello, que los distintos gobiernos de los países desarrollados prevén un crecimiento del gasto sanitario por encima del 8 % del P.I.B. Ante estas previsiones, los expertos opinan que deben tomarse una serie de medidas a distintos niveles de la sociedad:

- a) Establecimiento de una adecuada coordinación entre los recursos sanitarios y sociales.

- b) Colaboración entre el sector público y privado.
- c) Responsabilización de los usuarios en su propia asistencia sanitaria, asumiendo mayor participación en el pago de determinados tratamientos.
- d) Concienciación de la población para reducir el consumismo que existe en la actualidad

Es un objetivo de todos los gobiernos, en cuestiones de salud, el garantizar el acceso al sistema sanitario y su calidad, pero con una contención de los costes. Para ello deben modificarse una serie de hechos en el sistema:

1. Potenciar los recursos destinados a atención primaria y salud comunitaria reduciendo los de hospitalización en pacientes agudos.
2. Alternativas a la hospitalización, como el hospital de día, la asistencia domiciliaria, los centros de cuidados mínimos y los centros ambulatorios.
3. Responsabilidades más amplias en la provisión de la atención sanitaria para los médicos de atención primaria. La indicación de consulta al especialista será siempre función del Médico de Familia.
4. Implicación mayor de los médicos de atención primaria en la asistencia de los pacientes mientras permanezcan ingresados en el hospital.
5. Relacionado con los dos puntos anteriores, necesidad de una mayor comunicación entre la asistencia especializada y la primaria.

La racionalización de los recursos sanitarios es un factor prioritario en la contención de costes, para obtener una mayor eficacia y efectividad. Los médicos deben tener toda la libertad para utilizar los recursos existentes, pero con conocimiento de la responsabilidad que conlleva. La autoridad sanitaria debe diseñar un sistema que proporcione un coste real de los tratamientos y procedimientos que se realizan y un modo de evaluar los resultados clínicos <sup>(58)</sup>.

Otro enfoque distinto lo aporta la contención del coste sanitario en base a prioridades en servicios de salud, racionando los cuidados de salud. Una experiencia en ese sentido se ha realizado en el estado de Oregón (EEUU), estableciendo prioridades en las prestaciones

## Introducción

sanitarias para los pacientes de *Medicaid*. Una comisión ha tratado de elaborar una lista de aproximadamente 700 emparejamientos de diagnóstico-tratamiento clasificados numéricamente desde el servicio médico más valorado y efectivo económicamente al menor, con el beneficio neto añadido de tratar o no a los pacientes, calculado por la posibilidad de supervivencia, cura o incapacidad. La comisión ha corregido la lista sobre la base de juicios influenciados por la salud pública, el número de casos, la eficacia del tratamiento y el coste social de tratar o no al paciente <sup>(58)</sup>. Los profesionales sanitarios, políticos, asociación de consumidores han participado en el estudio, calificándolo como muy positivo.

El gobierno holandés también se plantea, a través de un comité, la necesidad de asistencia a un paciente cuando goza de buena salud <sup>(58)</sup>. Su conclusión es que debe existir un acuerdo sobre los cuidados a los que todo el mundo debe tener derecho, y los cuidados con baja prioridad deberán ser excluidos de ese acuerdo. Una encuesta realizada entre los médicos holandeses manifiesta que dos tercios de los mismos opina que muchos de los recursos en los cuidados de salud se gastan en lo que se denomina “*medicina con pocas posibilidades*”, esto es, en pruebas y tratamientos donde los resultados son insignificantes y dudosos <sup>(58)</sup>. La elaboración de guías clínicas, protocolos y listas para cuidados apropiados son necesarias para esa racionalización de los recursos. De esa manera, los grupos con más riesgo: ancianos, crónicos y pobres, no estarían en peligro de quedar fuera de las prestaciones sanitarias.

Revisando las tendencias de las políticas de salud que hacen referencia a la relación entre AP y hospitalaria en Europa, se observa que se centran excesivamente en aspectos económicos y en cambio tienen escasa relación con las mejoras en el nivel de salud de la población. Se evidencia una competencia creciente entre niveles para ofrecer los mismos servicios a un menor coste. En muchos países los MFyC atienden problemas que hasta hace bien poco eran patrimonio de especialistas, al tiempo que algunos hospitales desarrollan servicios de atención comunitaria. Existen pocas evidencias del impacto efectivo de estas políticas. Parece coherente pensar que la asistencia será de mayor calidad si existe una actuación coordinada y complementaria de ambos niveles asistenciales. Los

países europeos que disponen de sistemas más eficientes tienen un sistema de derivación, otorgando al médico de AP el papel de puerta de entrada del sistema sanitario (*gatekeeping*, en el ámbito anglosajón). En estos entornos la población no accede directamente al especialista, sino que consulta en primera instancia al generalista. Esta política pretende que cada problema sea atendido en el nivel del sistema que le dé una respuesta más efectiva. Está encaminada a prevenir el sobretratamiento, que es una yatrogenia común en las clases sociales acomodadas por su mayor accesos a los servicios especializados. La función de contención no puede entenderse únicamente como un método de evitar visitas y exploraciones innecesarias. Ha de valorarse como indispensable para mejorar la efectividad en la labor de los especialistas. Del antagonismo y la competición entre niveles se debe avanzar hacia el denominado cuidado compartido. La concurrencia en la asistencia entre grupos profesionales es cada vez más común, especialmente en ámbitos como los de las patologías crónicas, la atención domiciliaria y los cuidados maternos. Para ello se precisa comprender cada uno su ámbito de actuación, compartir protocolos asistenciales y establecer sistemas de comunicación ágiles y efectivos (131).

Algunos autores preconizan un escaso futuro para el *gatekeeping* en España (98), que los médicos del hospital definen como “capacidad de contención” y los médicos de AP “poder de resolución”. Un punto de vista simple lo contempla como una forma de anteponer los intereses de la compañía que paga los servicios a las legítimas necesidades de salud del paciente. Sin embargo, no se ha demostrado que el *gatekeeping* tenga efectos negativos sobre el resultado de la asistencia en términos de salud (98, 132).

### 3.2.2. INFORMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

De una forma lenta o gradual, pero inexorable, las aplicaciones informáticas se están expandiendo en todos los ámbitos de la práctica médica en Atención Primaria (133, 134) y Especializada (135). La meta de la informatización no puede ser otra que contribuir a

### Introducción

resolver los problemas sanitarios de la población con la máxima equidad y eficiencia, el fin último, no es más, que el servicio al paciente.

Los objetivos de la informatización en la organización sanitaria son: generar circuitos eficientes de atención, transformar de forma eficiente los datos y utilizar la inversión tecnológica como estímulo al desarrollo.

La informatización institucional no es recomendable que se produzca de forma aislada, por generación espontánea. Debe establecerse un proyecto claro, con recursos presupuestarios, metas y plazos. Al mismo tiempo, hay que estar abierto al dinamismo del sistema, con visión de futuro, ante los continuos cambios que se generan en este campo. Baste decir que cada 18 meses se dobla la velocidad del proceso.

La puesta en marcha de la tarjeta sanitaria, en su función de identificador único, es elemento esencial. Esta nos va a permitir la capitación, la adscripción de los procesos a los pacientes y, por consiguiente, la generación de una historia clínica secuencial y coherente.

Un segundo punto es la necesidad de disponer de unos canales de comunicación adecuados, que actualmente se soportan en las llamadas redes corporativas de comunicación. En estos momentos se utilizan para intercambiar datos administrativos o funcionales diferidos, debiendo plantearse su extensión, en un futuro, hacia el nivel directo de atención, sirviendo como vehículo idóneo para el traspaso inmediato de información entre proveedores y clientes.

A nivel de gerencia de Area la informatización debe abarcar distintos campos: gestión de personal; gestión de suministros; sistemas de información en relación al consumo sanitario (procedimientos diagnósticos, interconsultas, ingresos hospitalario, etc.) y sobre la eficiencia de las unidades (case-mix, cartera de servicios, etc.); y facturación.

La relación entre niveles asistenciales va a mejorar en su eficiencia con el apoyo informático, aprovechando las redes existentes u otra conexión de distinto tipo. Tres

aspectos son los que van a precisar una relación directa entre Atención Primaria y Especializada:

1. Agendas. La gestión de cuotas de citas o citas directas de atención especializada es vital en un proceso de informatización integral.
2. Procedimientos diagnósticos. Los resultados informatizados de procedimientos diagnósticos aportan un extraordinario valor añadido al punto anterior. La gestión completa del circuito de análisis clínicos, el soporte digital de imágenes radiológicas y la inclusión directa en la historia clínica del programa informático de los resultados de pruebas específicas (endoscopia, ergometría, Döppler, etc.) proporciona una ganancia inestimable al clínico en su archivado, su interpretación y en la gestión, evitando duplicidades.
3. Informes. La información generada por la atención prestada a los pacientes en un ámbito externo al centro, debe poder llegar hasta la historia clínica, como mínimo en forma gráfica, y de una forma óptima integrada al completo con el resto de la información.

Una circunstancia a tener en cuenta en cualquier proceso de informatización de documentación sanitaria es el derecho a la privacidad de la información, salvaguardándose la intimidad de los pacientes. Las aplicaciones elegidas, de esta manera, deben soportar un acceso modular restringido y la encriptación documental. Un primer nivel de seguridad implica una autorización a la entrada del sistema (*password*). Una vez dentro de la red, la ejecución de cada programa vital necesitará una nueva clave de acceso, que nos autorizará a llegar hasta determinado nivel de uso. La conexión del centro con el exterior a través de la red corporativa o de otros elementos (módem, cable, etc.), ha de estar protegida al acceso externo y encriptada.

La gestión informatizada debe abarcar tres áreas claramente definidas: atención al cliente, clínica y de gestión. La gestión del área clínica debe dar respuesta a la atención de consultas médicas y de enfermería, y otras unidades de apoyo. Los tres elementos imprescindibles para ello son: el tratamiento informatizado de la historia clínica, la gestión de la burocracia y la gestión del episodio del proceso.

### Introducción

El modelo de historia clínica informatizada más reputado es aquél que propone una gestión según los episodios-problemas de salud, con escasa introducción de datos por parte del operador y ordenación de la información de manera longitudinal, es decir, la mayoría de los datos introducidos lo son en campos específicos, que se encuentran activos para su visualización o relleno en cualquier parte de la misma.

## **4. RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES. ATENCION PRIMARIA Y ASISTENCIA ESPECIALIZADA**

### **4.1. ATENCION PRIMARIA**

#### **4.1.1. FUNDAMENTO JURIDICO**

El MF/MG (Médico de Familia/Médico General) ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales, en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja.

En nuestro país el Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud recoge la necesidad de que los Equipos de Atención Primaria (EAP) desarrollen su actividad en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados, contemplando como su primera función “Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, a la población adscrita a los Equipos, en coordinación con el siguiente nivel asistencial”. También la Ley General de Sanidad de 1.986, recoge en su artículo 65, apartado 19 que “Cada Area de salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud”, para añadir en el apartado 3 del mismo artículo que “En todo caso, se establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales”.

#### **4.1.2. ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Desde el año 1.982 existe en España la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), por vía de formación postgraduada (sistema MIR), y con un programa de capacitación específica de tres años. A partir del 1 de enero de 1.995 entró en vigor la Directiva 86/457/CEE del Consejo de la Comunidad Europea, por la cual para trabajar en AP del SNS es imprescindible un periodo de formación postgrado en medicina general no inferior a 2 años <sup>(136)</sup>. Esta normativa es de aplicación para todos los médicos que finalicen su licenciatura a partir de 1.995.

## Introducción

La formación de residentes en MFyC debe contemplar en un futuro los profundos cambios sociales, sanitarios y tecnológicos que se avecinan. Las nuevas tecnologías (informática, biología, relaciones interpersonales) deben incorporarse a los nuevos modelos de profesionales médicos, al igual que las emergentes formas de gestión en servicios de salud <sup>(137)</sup>.

Partiendo de la base que la medicina de familia es la base más adecuada de su sistema sanitario, la formación pregrado en centros de salud y la creación de departamentos universitarios de MFyC se muestra vital para cualquier reforma que contemple un cambio significativo en la visión del enfermo y su entorno <sup>(95)</sup>.

Aunque el núcleo fundamental de la relación médico-paciente se desarrolla a partir de la interacción entre dos personas, el encuentro clínico puede contemplarse desde una perspectiva más amplia, como resultante de la interacción entre dos sistemas: el sistema sanitario, al cual pertenece el médico, y el sistema familiar y sociocultural en el que vive el enfermo. En su relación con el enfermo el MG/MF trabaja conjuntamente en tres niveles: en el del individuo, el de la familia de la que forma parte y el de la comunidad en la que se integra.

Al hablar de coordinación o relación del MG/MF con otros niveles habrá que analizar las relaciones con la Atención Especializada, con las Estructuras de Gestión del Sistema Sanitario, con la Comunidad y finalmente con las Instituciones Docentes .

En el nuevo modelo sanitario español, con la desaparición de los ambulatorios y la creación de los Centros de Salud con los Equipos Básicos de AP, la atención primaria ya no debe ser un mero filtro del flujo de pacientes a la asistencia especializada, ni una “expendeduría” de recetas. Teóricamente, asume la atención global y continuada del paciente, orientándose primordialmente a preservar y promocionar la salud del individuo y de la comunidad, y en su momento, curar la enfermedad <sup>(138)</sup>.

En el transcurso de un año, entre el 75-80 % de la población atendida requiere servicios sanitarios de atención primaria exclusivamente. El resto precisa de atención 2ª (10-20 %) ó 3ª (5-10 %). Es decir, el grado de autosuficiencia de la atención primaria debe estar entre el 80 y 90 % <sup>(138)</sup>, aunque algunas publicaciones la sitúan hasta el 97,3 % <sup>(139)</sup>. En cualquier caso, la llegada del enfermo a la consulta externa o el ingreso en el hospital, no debe suponer el cese de responsabilidades del MAP, por tener éste un mayor grado de conocimiento global del paciente <sup>(140)</sup>.

Sin embargo, la realidad es muy distinta en el nuevo modelo sanitario. Datos indirectos pueden ser la utilización excesiva de los servicios de urgencias hospitalarios, por procesos que no requieren ese nivel asistencial <sup>(37, 38)</sup>, y que algunos <sup>(141)</sup> proponen como parámetro de calidad de la atención primaria. Otros estudios también concluyen que el grado de adecuación de pacientes enviados a los especialistas médicos de un HGB también es bajo, por cuanto se devuelven sin necesidad del concurso de los especialistas el 45.5 % de aquéllos <sup>(139)</sup>. La causa principal, en su opinión, se encuentra en las deficiencias de la AP.

#### **4.2. COORDINACION ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA**

La inadecuación en el circuito AP/AE, y viceversa, no se puede atribuir únicamente en la ineficiencia de la AP. Las causas pueden estar en las cuatro partes implicadas (AP, Hospital, Administración sanitaria, usuario y la interrelación entre las dos primeras:

1. Médicos de Atención Primaria.
  - ✓ Escasez de recursos. Aunque han aumentado ostensiblemente, el gasto en APS es todavía insuficiente en medios técnicos y humanos.
  - ✓ Cambio de sistema pero no de las personas que lo integran, con hábitos adquiridos de tiempo y autoformación (no formación continuada). Esto conlleva falta de preparación y miedo a asumir nuevas responsabilidades. Los nuevos MAP, por vía MIR, deben de solucionar estos problemas.
  - ✓ Desmotivación y dificultad de adaptación a cualquier cambio

## Introducción

significativo.

- ✓ Inmovilismo y comodidad hacia el “hospitalcentrismo” tradicional: “La responsabilidad la toman otros”.

### 2. Atención Especializada.

- ✓ Relación de superioridad, y no de igualdad, con respecto a la atención primaria. Huir de actitudes paternalistas desde el hospital hacia la AP.
- ✓ Desplazamiento masivo de los ambulatorios de especialidad hacia las consultas externas de los HGB, con otro concepto asistencial, y la saturación de éstos.
- ✓ Respuesta lenta y poco convincente de los especialistas, en algunas ocasiones.
- ✓ Masificación de los hospitales al poco tiempo de inaugurarse.
- ✓ Desconocimiento profundo del funcionamiento y condiciones de los MAP.
- ✓ Incapacidad para extender el proceso asistencial eficaz y funcional más allá del propio centro de trabajo.
- ✓ Inadecuada lista de espera que sirve, a su vez como única limitación de la asistencia.
- ✓ No haber sabido orientar sus servicios a las necesidades de salud de la población <sup>(98)</sup>

### 3. Interrelación Atención Primaria/Atención Especializada

- ✓ La información y funcionamiento de los circuitos de información clínica entre los MAP y los facultativos del hospital son muy defectuosos. Presumiblemente, los nuevos sistemas telefónicos e informáticos puedan solventar este problema en un futuro.
- ✓ El enlace entre AP y AE carece de la operatividad necesaria para ser funcional y eficaz.
- ✓ Relación de abierto menosprecio por ambas partes.

- ✓ Los especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria pueden servir de nexo de unión, al “rotar” en sus tres años por el Centro de Salud y el hospital.

#### 4. Usuario.

- ✓ Modificación social en la concepción del médico, con deterioro de la relación médico-enfermo, y mayor confianza en la tecnología que en el profesional que la maneja.
- ✓ Deficiente educación sanitaria de la población
- ✓ Desinformación en los problemas de salud, con alta sensibilización en los medios de comunicación hacia los temas de impacto social (habitualmente muy infrecuentes).
- ✓ Tendencia al consumismo arbitrario, sin conciencia del gasto que se ocasiona.
- ✓ Expectativas que se generan en la población ante un cambio sanitario o la apertura (normalmente muy alabada por los políticos) de un nuevo centro hospitalario.

#### 5. Administración sanitaria.

- ✓ Favorecer el “hospitalcentrismo”, haciéndolo núcleo del sistema sanitario, (todos los profesionales de AP se engloban bajo el término de extrahospitalarios) y formando dos mundos sanitarios independientes <sup>(142)</sup>
- ✓ No facilitación de los cauces formales de comunicación entre los facultativos de los dos niveles asistenciales.
- ✓ Excesiva burocratización del sistema.
- ✓ Implantación del sistema antes que los medios que los hagan que los hacen funcionar.
- ✓ Escasa participación de los profesionales sanitarios en la organización o gestión sanitarias

6. Factores formativos, docentes y de investigación

- ✓ La formación pregrado no toma contacto con la atención primaria
- ✓ La enseñanza médica pregraduada está a cargo de profesionales hospitalarios sin la participación significativa de los de atención primaria
- ✓ La enseñanza médica de postgrado para especialistas en MFyC ha supuesto un gran avance en la formación de médicos en atención primaria
- ✓ Hasta hace muy poco tiempo sólo se investigaba en el hospital. En el año 1.984 se comienzan a publicar trabajos originales en una revista específica para atención primaria.

Los principales problemas en la relación entre AP y AE se planteó como una encuesta a distintos responsables de gestión y organización de ambos niveles asistenciales <sup>(142)</sup> llegándose a los siguientes resultados por orden de importancia (puntuación de 0 a 10):

- ◆ Falta de comunicación y diálogo (8,58)
- ◆ Falta de uniformidad de criterios (7,69)
- ◆ Falta de seguimiento del médico de AP a pacientes ingresados en el hospital (7,53)
- ◆ Desconocimiento de actividades realizadas en el otro nivel asistencial (7,32)
- ◆ Falta de consideración profesional del hospital hacia la atención primaria (7,27)
- ◆ Masificación de la asistencia en ambos niveles (7,21)

Las principales soluciones planteadas en conjunto en esta encuesta fueron las siguientes (de 0 a 10):

- ◆ Mejorar la comunicación bidireccional (8,69)
- ◆ Elaboración de protocolos comunes y consensuados (8,43)
- ◆ Especialista interconsultor en los equipos de AP (8,23)
- ◆ Mejora de circuito de pacientes (8,21)

- ◆ Acceso de los médicos de AP a pacientes ingresados en el hospital (8,15)
- ◆ Creación de comisiones mixtas para la realización de reuniones organizativas (8,09)
- ◆ Sesiones clínicas conjuntas (8)

La dificultad para alcanzar un grado de coordinación efectiva entre los niveles de AP y AE es, pues, uno de los problemas generales de nuestro sistema sanitario, con importantes repercusiones para la calidad asistencial, la continuidad de los cuidados, la eficiencia del sistema y para la satisfacción de los profesionales. Uno de los motivos puede estar en las valoraciones diferentes sobre las características de cada nivel asistencial o en las expectativas depositadas en cada uno, por parte de los profesionales que la conforman <sup>(143)</sup>. La opinión de la AE por gestores de la AP se puede sintetizar así: ***de la AE se espera apoyo diagnóstico y terapéutico, y se define como un “taller de cuerpos”, que resuelve la patología desde una perspectiva exclusivamente biológica, estableciendo una relación fragmentada y puntual con el enfermo, deshumanizada y altamente tecnificada. Se considera que concentra recursos ineficientemente.*** Los gestores y directivos del nivel especializado caracterizan a la AP por: ***se espera que desarrolle un papel de “filtro”, pero en realidad no filtra, tiene escasa capacidad resolutoria, incrementa la demanda hospitalaria, primer nivel de contacto sólo teórico, trabajan mediante programas, tiene ideología, la población no sabe lo que es y desconfían de ellos por su escaso uso de la tecnología, manejan diferentes recursos y tienen distintos objetivos. Las relaciones son más horizontales y se trabaja en equipo.*** Existe pues, una importante falta de conocimiento entre los niveles asistenciales, tanto en términos de objetivos del sistema, como en relación a las funciones, marcos y procesos de cada uno de ellos. Asimismo, hay una disonancia entre las expectativas depositadas por cada nivel sobre el otro, probablemente condicionada al déficit de conocimientos anteriormente señalado <sup>(143)</sup>. Debería contemplarse la incorporación de un proceso conjunto de clarificación sobre la finalidad, estrategias, recursos y procesos asistenciales que el sistema sanitario asigna a cada subsistema en base a su complementariedad.

Pese a los problemas de comunicación y coordinación entre AP y AE, un 69,3% de los médicos de AP se muestran satisfechos con su hospital, resolviendo los problemas de sus

### Introducción

enfermos (67,2%)<sup>(144)</sup>. Un 60,5% reciben información después de que sus pacientes hayan sido dados de alta por el centro hospitalario. El dispositivo de consultas externas hospitalarias lo considera inadecuado el 81,9% de los médicos de AP. El servicio de medicina interna es el mejor valorado del hospital, siendo también la consulta peor que la hospitalización<sup>(144)</sup>.

Una de las funciones más importantes del Médico de familia/Médico general (MF/MG) consiste en poner a disposición de sus pacientes todos los recursos de la medicina y la sociedad, coordinando la atención prestada por otros niveles del sistema sanitario. De hecho, sin la atención continuada y la responsabilidad del Médico de familia, la atención fragmentada e incoordinada que prestan las especialidades puede resultar peligrosa y conducir a una mala utilización de los recursos sanitarios. La comunicación eficaz con los especialistas es, por lo tanto, una habilidad esencial en medicina de familia.

La posición del MG/MF es clave para regular la entrada en el segundo nivel asistencial. El MG/MF resuelve por si mismo la mayor parte de la demanda asistencial y abre la entrada al segundo nivel a un pequeño porcentaje de la demanda, cuya cuantía varía según los distintos tipos de práctica. Esta función es crítica, pues unos criterios de referencia amplios pueden colapsar el segundo nivel, el cual se ve obligado a adoptar mecanismos de protección. La lista de espera parece ser el único factor de control que opera, aparte de la ocasional directriz disuasoria a los MG/MF por parte de los facultativos del segundo nivel. Al contrario, un MF/MG con criterios de derivación excesivamente estrechos puede negar a enfermos que lo necesiten los beneficios de una asistencia especializada.

Pero no sólo es importante una buena relación entre Atención Primaria (AP) y el ámbito especializado. La atención primaria también necesita disponer de los medios de apoyo técnico necesarios para desarrollar el abanico de actividades que le son propias, desde las preventivas y de promoción de la salud hasta las de diagnóstico, tratamiento y control de los factores de riesgo y patologías más habituales.

Es evidente que las necesidades tecnológicas de la AP son muy distintas de las del ámbito especializado, tanto desde una perspectiva cuantitativa como cualitativa, pero ello no quiere decir que las estrategias de desarrollo de la AP no hayan de contemplar inversiones en tecnología que permitan aproximar al paciente ambulatorio la realización de las exploraciones complementarias precisas para posibilitar una rápida toma de decisiones clínicas. Desgraciadamente, aún hoy, muchas de estas pruebas permanecen injustificadamente restringidas al ámbito hospitalario, lo cual ha venido contribuyendo a la utilización inadecuada de los servicios de los hospitales por parte de médicos y pacientes. Sin embargo, al MG/MF no cabe restringirle el acceso a pruebas diagnósticas y terapéuticas cuando documente un uso racional de las mismas. Es oportuno definir qué técnicas básicas deben estar accesibles y disponibles sin necesidad de transferir la responsabilidad clínica con respecto al paciente, pues el reto de la AP no es sólo servir de filtro para los demás niveles asistenciales sino también orientar adecuadamente, utilizando las pruebas diagnósticas cuando sea preciso, a ese 95% de pacientes con problemas de salud que son susceptibles de ser tratados en el primer nivel asistencial.

La contención del gasto sanitario es uno de los objetivos prioritarios en cualquier sistema de salud. El gasto farmacéutico ha experimentado un continuo crecimiento en los últimos años, representando el 20% del presupuesto total en asistencia sanitaria del SNS. La mayor parte de las medidas para contener el gasto han ido dirigidas a AP, dado que el 90% del consumo corresponde a dicho nivel asistencial <sup>(145)</sup>. Sin embargo, la prescripción delegada por el 2º y 3º nivel asistenciales sobre AP y sus características no es del todo conocida, aunque estudios realizados la cuantifican en un 31,61% de la prescripción global, equivalente al 38,08% del gasto farmacéutico. En el 66,54% se acompañaba de informe, en el 63,45% de tratamiento y en el 54,61% la duración del mismo. La comunicación de los especialistas ambulatorios fue inferior a la de los hospitalarios significativamente. Los especialistas que con mayor frecuencia aportaban informes e indicación de tratamiento fueron Alergología (96,55 y 84,4%) y Medicina Interna (89,29 y 83,93%, respectivamente). Los que menos informes aportaron fueron Oftalmología y Psiquiatría. El 63,21% de los envases correspondieron a los grupos terapéuticos de aparato cardiovascular, digestivo, metabolismo y sistema nervioso central, el principio activo más

### Introducción

utilizado fue el AAS, sólo o asociado al dipiridamol. Se precisaría una mejor comunicación entre especialistas y MGs para prevenir el mal uso de los recursos sanitarios, incluido el farmacéutico <sup>(145)</sup>. Recientemente el SAS ordenó a AE la prescripción de las primeras recetas indicadas por dicho nivel asistencial, tanto en régimen de hospitalización como de consultas externas.

En definitiva, dentro del marco sanitario el MG/MF adopta unas funciones de regulación y de coordinación. Como en cualquier otra organización el generalista posee una visión global del conjunto del sistema sanitario. Conoce sus objetivos, el funcionamiento de cada una de sus partes, su estructura y sus relaciones. Actúa como centro de información dentro del sistema: capta información de dentro o de fuera de la organización y es capaz de enviarla a otras partes de la misma.

La continuidad en el cuidado del enfermo es parte sustancial del ejercicio de la medicina. Distintos estudios han encontrado que se precisa para mejorar la relación médico-enfermo, mayor aceptación y cooperación con las indicaciones médicas, y mejora en la satisfacción del paciente. Respecto al consumo de recursos, la continuidad en la atención del enfermo, resulta en menos admisiones hospitalarias e ingresos más cortos <sup>(117)</sup>.

#### 4.3. ATENCION ESPECIALIZADA EN LOS HOSPITALES GENERALES BASICOS (H.G.B.s)

La red de HGB, en el actual modelo sanitario escalonado, sirve como nivel asistencial de 2º nivel, mucho más cercano geográfica y espiritualmente a los problemas de salud del individuo y la comunidad. Junto con la AP, persigue un mismo objetivo fundamental: la salud integral de la persona <sup>(140)</sup>.

Como hospital, con todos sus recursos humanos y técnicos, tiende a ver al paciente con una óptica más concreta y específica, alejado de su entorno, aunque sin la despersonalización y parcelamiento de los hospitales de tercer nivel. En estos centros, el avance en conocimientos y el progreso de las técnicas, ha ido desmembrando y parcelando la

medicina hacia especialidades y subespecialidades, cuya importancia no se puede cuestionar. Pero, al mismo tiempo se ha ido perdiendo la visión íntegra del enfermo. Es por ello, que los HGB, con sus especialidades fundamentales, deben cubrir esa visión más integradora y personal en la atención del paciente, **y siempre en coordinación con atención primaria**. Los médicos del HGB no deben suplantar la función de los MAP. No existe evidencia de que la atención prestada por el especialista sea superior a la de los MAP, cuando éstos están debidamente formados. Es más, cuando los especialistas tratan de cubrir a los MAP, aumenta la tasa de intervenciones innecesarias, se multiplican las interconsultas y se incrementa el gasto sanitario.

Los cambios surgidos en las especialidades médicas, han ido cuestionando y relegando la especialidad de medicina interna. Es en los HGB donde los “Internistas” deben tener un lugar primordial asistencial y docente. En estos centros, los servicios de medicina interna, en general, y los especialistas de medicina interna, en particular, deben servir de puente entre la AP y la AE, el soporte asistencial y académico más próximo al MAP, al tener una visión más global, integradora e interdisciplinaria del enfermo.

Este acercamiento entre la Sociedad Española de Medicina Interna y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria cristalizó en 1.997 con la declaración conjunta “Trabajando por una atención integral”. Llevándolo a la práctica asistencial se propone al internista como especialista hospitalario de referencia para los médicos de AP<sup>(146)</sup>, tanto en hospitales comarcales como en los de 2º y 3º nivel. Su ubicación en el medio hospitalario le dota del conocimiento preciso para facilitar al MFyC el acceso a pruebas diagnósticas complejas y a profesionales muy especializados. Se definiría para cada centro de salud un internista claramente identificado que coordine los programas de ingresos, consultas, estudios y actividades cooperativas; un interlocutor directo del médico de familia en el entorno hospitalario. Se realizarían sesiones clínicas conjuntas en los CS y en el hospital con periodicidad, donde se debatían los problemas clínicos de los pacientes consultados o derivados. Se establecerían circuitos para la programación de ingresos urgentes o no, y la implantación de historias clínicas conjuntas y registros compartidos, aprovechando los actuales medios informáticos, junto a programas clínicos, docentes y de investigación. En

definitiva, un nuevo modelo asistencial teniendo como protagonista al internista hospitalario, como especialista con una formación amplia e integral. Esta iniciativa para el seguimiento conjunto de pacientes entre MFyC e Internistas se consideró anecdótica en una valoración que se realizó en el Colegio de Médicos de Madrid, añadiéndose que gran parte de los profesionales de Primaria ni siquiera conocen en persona a los internistas de su área <sup>(147)</sup>.

#### **4.4. CONSULTAS EXTERNAS**

Las formas habituales de acceso al hospital son el área de urgencias y la consulta externa. Esta última, si bien no es una forma de asistencia ligada al concepto mismo de hospital, es una prestación convencional, arraigada en nuestros hospitales. En la actualidad, la consulta externa es un área hipertrofiada, en relación con el escaso desarrollo de la atención primaria y el hospitalcentrismo de nuestro sistema sanitario. La creación del Centro de Salud, como base del nuevo sistema sanitario implantado, debe hacer modificar este juicio.

La consulta externa, además de permitir el acceso a la tecnología propia del hospital sin necesidad de recurrir al ingreso, constituye una verdadera alternativa a la hospitalización, ya de forma total –consulta externa, en lugar de ingreso hospitalario- o parcial, disminuyendo la estancia hospitalaria, por medio de consultas antes o después de la hospitalización.

En la mayoría de Hospitales Generales Básicos y de superior nivel, la consulta externa asume un volumen asistencial importante, requiriendo importantes recursos, y con amplia demora para acceder a las visitas programadas. Distintas revisiones vienen a demostrar que buena parte de las visitas en consulta externa podría haberse atendido debidamente en el ámbito de la atención primaria. En este sentido, es deseable el desarrollo de la asistencia primaria hacia un alto nivel de autosuficiencia, respondiendo a un elevado porcentaje de todas las consultas que se presentan en su ámbito, y que algunos autores la sitúan en torno al 80-90 % dependiendo de distintos factores demográficos, sociológicos, etc.

La utilización de la consulta externa hospitalaria tiene varias indicaciones:

- Alternativa a la hospitalización
- Drenaje de urgencias
- Consulta previa al ingreso
- Control posthospitalización
- Técnicas de no justificada dispersión

Igualmente, dispone de ciertas ventajas que la pueden hacer más atractiva para los usuarios:

- Utilización de la infraestructura hospitalaria
- Medio para la hospitalización
- Continuidad en la asistencia del equipo que habitualmente se dedica al hospital
- Competencia profesional
- Trabajo en equipo
- Aceptable relación tiempo/consulta

La consulta externa de especialidad debe asumir los casos de verdadera indicación de asistencia hospitalaria, al constituir una alternativa a la hospitalización o brindar tecnología propia del sistema hospitalario. Corre el peligro de convertir la visita esporádica en atención continuada haciendo las veces de médico de cabecera.

La llegada de enfermos a las consultas externas se hace por 5 vías: 1) Desde asistencia 1ª, cuando, a criterio del médico de cabecera, el enfermo precisa de medios diagnósticos o terapéuticos de los que no dispone; 2) Interconsultas de otras especialidades médicas o quirúrgicas del propio hospital; 3) Derivadas del área de urgencias para su estudio diferido; 4) Seguimiento de enfermos atendidos anteriormente en hospitales de mayor nivel, y que, al no requerirlo en lo sucesivo, son remitidos a la consulta externa para su evolución; 5) Revisiones de enfermos heredados de los antiguos ambulatorios de especialidades.

La asistencia especializada se puede establecer en la consulta externa del hospital o su centro de especialidades periférico, que pueden compartir la misma plantilla de

### Introducción

facultativos. La opinión de los usuarios ha sido expresada voluntariamente, mediante una encuesta de satisfacción, en un área hospitalaria de la comunidad valenciana <sup>(148)</sup>. Aunque el índice de participación del 30% puede crear dificultades de interpretación, las conclusiones fueron las siguientes:

1. Las indicaciones del médico en cuanto a la enfermedad y tratamiento a seguir son igualmente entendidas en las consultas externas del hospital como del centro de especialidades.
2. Los usuarios reciben una mejor información del personal de enfermería y administrativo sobre los trámites a seguir en las consultas externas del hospital. La disposición de estas pruebas analíticas es también mayor en estas consultas externas.
3. El retraso respecto a la visita médica sufrida por los usuarios es significativamente mayor en las consultas externas del hospital.
4. En las consultas externas del hospital se reciben más primeras visitas (36,67%) que en el centro de especialidades (15,09%).
5. El número de mujeres que responden a la encuesta en las consultas del centro de especialidades es mayor y éstas son más jóvenes.
6. El acceso a la visita en las consultas externas hospitalaria ha tenido lugar, especialmente, tras una visita a urgencias o después de hospitalización. Suelen ser procesos más agudos y graves. En el centro de especialidades se atienden mayormente procesos de baja gravedad o crónicos. El tiempo de demora en la consulta es significativamente mayor en la consulta del hospital, alcanzando de 1 a 3 meses.

En los últimos tiempos se están implantando en nuestro país la consulta concertada, parcialmente en atención primaria, y de forma generalizada en AE. Se considera consulta concertada a aquella previamente acordada entre el sistema sanitario y el paciente mediante cita (programas de cita previa). El cumplimiento del paciente en acudir a esa cita es esencial para un mejor aprovechamiento de los recursos. Las causas más aceptadas, por parte del paciente, para incumplir la cita son el olvido (21,3%) y el error en la fecha (17%) <sup>(149)</sup>. El perfil del incumplidor es el de una persona joven, sin distinción de sexo, parado o

estudiante, soltero o separado y con estudios medios o superiores. Generalmente el incumplimiento es mayor en aquellas consultas para medidas preventivas, y en las que no están relacionadas con enfermedades crónicas. A medida que aumenta el número de citas al año, disminuye el porcentaje de incumplimiento. El hecho de haber utilizado anteriormente un servicio sanitario, aumenta la probabilidad de usarlo subsecuentemente. E inversamente, los que incumplen tienen más probabilidad de volver a incumplir <sup>(149)</sup>.

En los últimos años se han establecido alternativas a la hospitalización convencional como son: la hospitalización domiciliaria, la Unidad de Día, la Unidad de Estancias Cortas, Hospital de fin de semana, de semana y de noche, y Programa de Enfermos multifrecuentadores.

La consulta externa de medicina interna de los HGB está sufriendo, en muchas ocasiones, problemas de masificación, accesibilidad limitada, saturación, burocratización y despersonalización no deseados y lista de espera inadecuada. Esto provoca descontento e insatisfacción en el enfermo y el propio personal sanitario. Como alternativas a la misma, se están diseñando diversas posibilidades asistenciales que solventen esos problemas:

- Consulta de especialidades médicas: un FEA de medicina interna entrevista y clasifica a los pacientes enviados al Área médica en primera visita. Sirve de “filtro” a la consulta del hospital <sup>(139)</sup>.
- Consultor en los CAP. Un especialista en medicina interna del hospital se desplaza a los CAP, pudiendo disminuir la demanda a la consulta o su ingreso. Esta consulta puede ser con el propio enfermo, comentario de la historia, o interpretación y solicitud de exploraciones. La relación es más directa y la solución más rápida. Todo ello redundará en una mayor flexibilización y permeabilización del sistema y un mejor aprovechamiento de los recursos de todo tipo, incluyendo los humanos.
- Consulta de pacientes multifrecuentadores y crónicos. Con el aumento de la esperanza de vida y los efectivos tratamientos, este porcentaje escaso de enfermos consumen una alta cantidad de recursos sanitarios. La puesta en marcha de este sistema basado en la consulta personal, telefónica, y un alto

### Introducción

grado de motivación y trabajo en equipo se consigue disminuir los ingresos y las consultas programadas al hospital.

- Utilización de los medios de comunicación actuales: teléfono, fax, correo electrónico, etc. para resolver problemas concretos de los enfermos ingresados o en consultas.

*En los hospitales comarcales no se deben cometer los mismos errores que en los de tercer nivel. Deben aportar ese “algo más” en la atención del enfermo.*

#### **4.5. RELACION CON EL NIVEL ESPECIALIZADO. PROCESO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA**

Los médicos de AP son capaces de ofrecer una atención global, personalizada, integrada y continuada y deben ser los responsables de velar para que únicamente acudan al nivel especializado aquellas personas que puedan beneficiarse de la medicina tecnificada. El MF/MG debiera ser, en lo posible, el que dé la entrada a los distintos especialistas, aunque la entrada del enfermo en el segundo nivel no implica el abandono de la responsabilidad del MF/MG sobre el paciente. De ahí que la división de responsabilidad entre el MF/MG y el especialista tenga que ser definida con suma claridad.

Mc Winnhey ha definido con precisión los distintos procesos que pueden dar lugar a la entrada del paciente en el segundo nivel y que básicamente son la Consulta y la Derivación. Aunque conceptualmente distintas, en no pocas ocasiones se confunden, utilizándose indistintamente en este trabajo. Ambas pueden ser realizadas con carácter urgente, cuando el proceso nosológico así lo precise, o programada, habitualmente a la consulta externa de especialidad.

**1. Consulta.** En este tipo de interrelación, el MF/MG responsable del paciente pide a un colega su opinión sobre el caso y aunque la opinión del consultor tendrá lógicamente un valor, no es vinculante. La selección del especialista más apropiado para las necesidades del paciente es una responsabilidad importante del MF/MG.

Las consultas pueden ser formales o informales, según los canales de comunicación establecidos o no que se utilicen. Lo más oportuno es que la mayoría de ellas sean formales.

Para que la consultas de los MG/MF a los especialistas del segundo nivel sean efectivas se requiere:

- Que el médico que solicite la consulta se comunique directamente con el especialista consultor por escrito.
- Que la petición de la consulta enumere todos los problemas significativos del paciente, los hallazgos principales del médico, las pruebas que se han realizado, todos los medicamentos prescritos y el objetivo de la consulta.
- Explicar al paciente los motivos por los que se realiza la consulta.
- Que el consultor responda con prontitud dando su opinión.

En el SAS, para definir el concepto de interconsulta considera necesario tener en cuenta ciertas consideraciones:

- ◆ Se puede definir la interconsulta como una demanda que el MAP solicita a un especialista para continuar, resolver o decidir sobre un problema de salud que presenta uno de sus pacientes
- ◆ Hasta que le paciente no sea “dado de alta” por la interconsulta solicitada y sea remitido otra vez a su MAP, tanto las visitas sucesivas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, interconsulta con otros especialistas, prescripción farmacéutica, etc., que el especialista considere oportuno para atender la demanda solicitada será responsabilidad del médico especialista al que se le ha remitido el paciente.
- ◆ Una vez que el paciente haya sido “dado de alta” la responsabilidad a todos los efectos, incluida la decisión de solicitar otra hoja de interconsulta es del MG.
- ◆ No se entiende por interconsulta una petición para realizar exclusivamente procedimientos diagnósticos basados en la utilización de tecnología (analítica, radiología, anatomía patológica) a los que tenga acceso directamente el MG. Las

### Introducción

demandas de procedimientos como endoscopias, ergometrías, etc., no incluidos en la Cartera de Servicios de Procedimientos de diagnóstico, sólo serán indicados por el especialista si las considera pertinente como respuesta a la interconsulta que se realice

Las razones para una consulta del MG/MF al especialista del segundo nivel pueden ser muchas y variadas, aunque se pueden considerar 4 indicaciones mayores para que un paciente sea referido por su médico general a la consulta del especialista <sup>(150)</sup>:

- Cuando el diagnóstico no es claro
- Cuando la respuesta al tratamiento no es la esperada
- Cuando presenta una enfermedad de mal pronóstico
- Cuando el paciente manifieste que desea otra opinión

Las consultas añaden profundidad al cuidado del paciente, contribuyendo a segundas opiniones y sugerencias que acercan el manejo del caso. En la enseñanza de la especialidad de MFyC en EEUU, se incluye el uso apropiado de la interconsulta como un objetivo prioritario <sup>(151)</sup>. Además tiene importantes implicaciones económicas como se explica más detalladamente.

La interconsulta es también el medio de comunicación y relación entre los distintos especialistas hospitalarios, cuando el paciente presente un proceso que sobrepase los conocimientos del consultor. El uso apropiado de la interconsulta con otros especialistas es una práctica que, cuando se utiliza correctamente, contribuye a mejorar la calidad de la asistencia. La efectividad de una consulta se define como la medida en que las recomendaciones del médico consultado son llevadas a cabo por el médico que consulta. La eficacia de la consulta consideraría la evolución clínica del paciente, si es buena o mala. La frecuencia de aceptación de la consulta oscila sobre el 77% <sup>(152)</sup>, disminuyendo a medida que el número de recomendaciones aumentaba. Las sugerencias aumentan a mayor complejidad o severidad de la enfermedad, siendo mejor aceptadas cuando se dan 5 instrucciones o menos. Las recomendaciones sobre medicamentos se aceptan mejor que las referidas a cuidados de enfermería o médicos <sup>(152)</sup>. Aunque es un sistema de amplio uso en

todos los hospitales, se disponen de pocas publicaciones que estudien ese acto médico <sup>(153)</sup>. En cualquier caso, lo que sí es observable claramente es que, la superespecialización y tecnificación de la medicina es proporcional al número de interconsultas generadas. Es por ello, que los hospitales comarcales se encontrarían en un número inferior, que los de tercer nivel. En hospitales de nivel superior, algunos autores proponen la creación de unidades específicas de interconsulta hospitalaria, dentro del servicio de medicina interna <sup>(153)</sup>.

**2. Derivación.** Esta es la forma más usual de comunicación escrita entre los distintos niveles asistenciales. Se define como la transferencia de responsabilidad para la atención de un problema específico a otro médico <sup>(154)</sup>. La demanda derivada desde AP al hospital es la más seriamente estudiada. Puede ser urgente o programada.

Históricamente, en España, el medio de comunicación entre el MAP y el especialista de ambulatorio y, de éste, con el hospital era el ya clásico y obsoleto P-10. Con la nueva organización sanitaria, el sistema de relación entre el MAP y el especialista del HGB, es una hoja protocolizada y consensuada, en la que se justifica los motivos de envío a la consulta, después de una correcta anamnesis, exploración y pruebas complementarias, si las precisara. De esta manera, cuando, con el único criterio del MAP, el paciente precise de unos medios asistenciales que sobrepase el nivel o conocimiento del mismo, pasa al 2º escalón asistencial en el hospital. La atención de personas, generalmente ancianas, con problemas de salud crónicos debe ser solventado en el centro de salud, que dispondrá de los medios precisos para ello, junto con la colaboración de los sectores sociales.

La asistencia especializada en el hospital debe distinguirse por su corta duración y por la menor frecuencia de los problemas que la justifican. El especialista es el consultor que debe aconsejar cuando se planteen problemas diagnósticos o terapéuticos que superen las posibilidades del MAP. Esta consulta o seguimiento supone una ruptura transitoria del proceso de relación MAP-paciente. Esta relación se denomina por Balint <sup>(155)</sup> “sociedad de inversión mutua”, y su característica fundamental es la continuidad en la atención, para alcanzar un patrimonio compartido entre ambos con el paso del tiempo.

### Introducción

Cuando se trate de procesos tan infrecuentes que sobrepasen los conocimientos del MAP, está justificado una derivación completa del paciente al especialista. En cualquier caso, el MAP debería seguir el proceso asistencial, y ser responsable de controlar los otros problemas médicos del paciente, que rebasen la atención especializada solicitada.

Sin embargo, lo que ocurre en muchas ocasiones, cuando el enfermo es derivado hacia una especialidad, es el abandono de responsabilidad del MAP. El enfermo va pasando de una especialidad y de una consulta a otra, en un camino sin retorno, en el que el MAP se encuentra como mero observador. Se difumina la relación médico-enfermo entre las distintas especialidades, y al final, el paciente abandona, o asiste atónito a ese paso por las consultas sin un objetivo concreto. Ante la ausencia de una función coordinadora e integradora, a) se utilizan mayores recursos de los necesarios; b) el paciente queda anclado al hospital que asume funciones de AP.

Según lo expuesto, lo que ocurre después de que el paciente haya sido visto por el médico consultor (fase de postconsulta), es un periodo crítico en este proceso. El éxito de la interconsulta se ve amenazado por dos situaciones de riesgo, denominadas por Balint ***complicidad en el anonimato y perpetuación de la relación profesor alumno.***

Un consultor no debería referir pacientes a otros consultores sin el conocimiento y consentimiento de su médico de familia, que debe seguir coordinando el proceso. Esta práctica se conoce como “interconsulta cruzada” e implica una descortesía hacia el médico que solicita la consulta. Además, fracciona la atención del enfermo, le crea confusión y varios médicos atienden al enfermo, sin hacerse nadie responsable (*complicidad en el anonimato*)<sup>(155)</sup>.

Como se ha expresado previamente, la relación entre el MAP y el especialista se establece, a veces, en términos de rango superior-inferior. Ello trae consigo que el médico consultor se sienta en la obligación de aportar siempre algo al diagnóstico, solicitando pruebas innecesarias y demorando inapropiadamente el envío al MAP. Otra posibilidad es que el

médico de familia siga esas indicaciones por un sentimiento de respeto, sin estar de acuerdo con ellas (*relación profesor-alumno*).

El equilibrio en la derivación se encuentra en la relación de igualdad entre ambos: la mayor experiencia y conocimientos del especialista en un campo determinado se compensan por el MAP con un mayor conocimiento del paciente y su enfermedad. El enfoque en la relación médico de familia/hospital debe basarse en una perspectiva racional, aceptando cada uno su responsabilidad específica en el manejo de los problemas médico-sanitarios de la comunidad <sup>(155)</sup>.

En la realidad, las diferencias entre interconsulta y derivación son sutiles, por lo que se utilizarán indistintamente en este trabajo.

#### **4.5.1. PROCESO DE DERIVACIÓN EN ESPAÑA**

El proceso de derivación e interconsulta entre los distintos especialistas y los MAP es el sistema de comunicación escrita vigente en nuestro sistema sanitario. Ha sido tratado en nuestro país, fundamentalmente a partir de la implantación de la Reforma sanitaria <sup>(69)</sup>, desde la perspectiva del hospital <sup>(156)</sup> y del nivel primario <sup>(157)</sup>, comparando nivel de formación del médico <sup>(156, 158)</sup>, lugar de la atención al enfermo <sup>(159, 160)</sup>, y cumplimentación de datos <sup>(161, 162)</sup> y de la resolución de la derivación <sup>(158)</sup>. Otras veces han sido los estudios de morbilidad ambulatoria <sup>(163)</sup>, tanto en consultorios de la Seguridad Social como en centros de salud y consultas de especialidad <sup>(164, 165, 166)</sup>, con los que se comienzan a realizar una valoración inicial de la suficiencia de la AP para una mejor planificación médica de la población <sup>(167)</sup>. Además, indirectamente determinaban la demanda derivada de los mismos hacia ambulatorios de especialidad, consulta de hospital o urgencia <sup>(2)</sup>.

En el nuevo contrato-programa del SAS <sup>(86)</sup> se incluye la interconsulta en el capítulo de ingresos para el hospital, equivalente una interconsulta a 0,05 puntos GDR (Grupos Relacionados con el Diagnóstico), y de gasto para el Distrito (cantidad calculada 5.900 pts.

### Introducción

de 1.998). El volumen calculado de interconsultas asignado a cada Distrito se fundamenta en los trabajos realizados durante 1.997 para estudiar la oferta y la demanda desde AP, con las siguientes conclusiones:

- En general puede concluirse que existe un patrón heterogéneo en la demanda de consultas de AE, tanto en el nivel territorial como por tipo de especialidad. Esta distribución viene condicionada por la oferta de consultas que se realiza desde los hospitales, que a su vez, se encuentra supeditada por el número de médicos especialistas ubicados en cada territorio
- Tanto en Andalucía como en el resto de Servicios Regionales de Salud se ha constatado un menor porcentaje de derivaciones o interconsultas desde Equipos de AP que desde los médicos de cupo
- La facilidad para acceder desde los núcleos urbanos a las consultas de los especialistas ocasiona una mayor derivación desde los MGs que trabajan en estas localidades que aquéllos que prestan sus servicios en núcleos rurales
- Las variables que se han valorado para calcular el número de interconsultas teóricas más aproximadas a la realidad, han sido el número de habitantes del Distrito y la frecuentación de cada Distrito
  - 217 derivaciones/1.000 habitantes
  - frecuentación media: 6.653/1.000 habitantes
  - derivación: 3,5/100 consultas

En un estudio realizado en 1.985 en Algesesí (Valencia) <sup>(167)</sup> en la Unidad Docente de MFyC, sobre una población de 2.223 personas mayores de 7 años, las enfermedades del sistema respiratorio (40,6 %) y síntomas mal definidos (20,4 %) fueron los más frecuentes. Las infecciones respiratorias del tracto superior, como proceso agudo (8%), y la HTA (6,8%) y EPOC (5,1%), como procesos crónicos fueron las de mayor incidencia en un consultorio rural <sup>(168)</sup>. En este estudio fueron los procedimientos administrativos el motivo más frecuente (28,2%). Las mujeres acuden con mayor frecuencia a las consultas (54,7% a 63,2%) que los varones (45,3% a 36,8%) <sup>(168, 169, 170)</sup>, siendo las de mayor edad las que van más y las que aducen más motivos, y por consiguiente mayor número de prescripciones <sup>(169, 170)</sup>.

La demanda derivada desde atención primaria era la circunstancia más variable en los distintos trabajos realizados. En consultorio urbano el 18,9% es remitido a otra consulta <sup>(171)</sup>, mientras que en consultorio rural el porcentaje es del 14,92 % (estadísticamente significativo) <sup>(169)</sup>. En centro de salud el envío a otra consulta suponía el 7,51% de las visitas <sup>(171)</sup>, aunque en otro estudio la resolución en el nivel primario fue del 97,3% (derivación 2,7%) <sup>(170)</sup>.

En los últimos años, la administración sanitaria y los propios facultativos proponen como objetivo, cada vez más determinante, la calidad asistencial. Uno de los parámetros propuestos para medirla en AP es la derivación de enfermos a AE, y la posible sobreutilización de los servicios de urgencia hospitalario <sup>(141, 172)</sup>. La accesibilidad de estos últimos les hace soportar un exceso de frecuentación, prestando atención inmediata con los recursos totales del hospital. Habitualmente, la llegada del enfermo a la urgencia del hospital suele ser por iniciativa propia y no por envío desde AP. Lamentablemente, carece de coordinación y, especialmente de continuidad, aunque de hecho pueda ser el medio más resolutivo para los problemas de salud de la comunidad <sup>(172)</sup>. Se convierte, en la práctica, en el método para evitar la demora que supone el escalonamiento sanitario, y entrar directamente en el sistema hospitalario, bien mediante ingreso o por consulta preferente. En cualquier caso, para algunos autores <sup>(173)</sup>, el uso indiscriminado de los servicios de urgencia de los grandes hospitales ha sido muy perjudicial para el sistema sanitario creando situaciones que costará mucho tiempo modificar para restablecer el equilibrio debido.

Los estudios de morbilidad y mortalidad hospitalarias sirven para valorar epidemiológicamente a la población, mediante ejercicios de aplicación estadística. La fiabilidad de los diagnósticos hospitalarios lo hace rentable para conocer la salud de la comunidad <sup>(172)</sup>. La consulta externa del hospital, como actividad integrante del mismo, pese a que se realiza por miles en España, apenas existen estudios acerca de la misma. En los últimos años, algunas publicaciones tratan de acercarse a esta materia desde distintas perspectivas. El problema de la informatización y programación ha sido referido por

## Introducción

algunos autores <sup>(135)</sup>. El análisis de la patología ha sido desarrollado en otras ocasiones con el objetivo de optimizar la asistencia sanitaria, tanto en centros de AP como en el hospital. En una consulta de Rehabilitación el 56 % de las visitas correspondieron a mujeres. La edad media era de 35,8 años en total, siendo de 41,7 años para los nuevos. Para estos últimos la patología osteoarticular fue la más frecuente (36%). El 20% de los pacientes visitados precisaron de tratamiento rehabilitador en el servicio <sup>(174)</sup>.

La derivación desde las consultas de pediatría del CS al hospital es menor que en los adultos y por motivos diferentes. La proporción se ha situado en algunos estudios en el 3,9%, siendo traumatología (25,5%), oftalmología (21,4%) y ORL (21,4%) las consultas más solicitadas. El acuerdo diagnóstico alcanzado llega al 66%, pese a la escasa información remitida por el especialista al pediatra (27,3% de las referencias). La elevada proporción de seguimiento posterior por el especialista (60%) confirma la justificación de su envío al mismo <sup>(175)</sup>. Un estudio similar realizado en un centro de salud de Salamanca <sup>(176)</sup> la tasa de derivación se sitúa en 5,77% de las consultas, lo que supone 248,6/1.000 habitantes. En la historia clínica pediátrica el motivo de derivación consta en el 92,7% de las mismas. Las especialidades más demandadas son básicamente las mismas: oftalmología, traumatología y dermatología. El informe escrito del especialista oscila entre el 100% de los derivados a cardiología y el 15,2% de oftalmología, con una media del 31,6%. Con la información verbal aportada por los padres, el resultado de la interconsulta se conoce en el 55,6% de las mismas. La comunicación entre niveles de asistencia depende más de actitudes personales que del funcionamiento del sistema <sup>(176)</sup>.

La consulta de Gastroenterología y Nutrición Infantil fue analizada en relación a la procedencia de los enfermos y la gravedad del proceso. Se concluye que los pacientes remitidos desde sala de hospitalización requirieron medios diagnósticos más complejos, mientras que los referidos desde urgencia del hospital o MAP, requirieron menos estudios, e incluso no tenían que haber sido remitidos a un centro terciario, si las condiciones de la medicina primaria hubieran sido idóneas. Una buena historia clínica y familiar, una exploración física completa, antropometría secuencial y un estudio analítico básico, permite llegar al diagnóstico correcto en un porcentaje muy elevado de casos, quedando

una pequeña proporción de pacientes, que precisen exploraciones más complejas para llegar a un diagnóstico definitivo <sup>(177)</sup>.

La patología en la consulta de medicina interna es muy distinta en un hospital comarcal o de tercer nivel. Las enfermedades sistémicas (23%) fueron el diagnóstico más frecuente en un hospital regional, seguido de las endocrinológicas y metabólicas (17%), reumatológicas (14%) y cardiovasculares (11%). La conclusión final fue que es importante definir los procesos más frecuentes en cada área asistencial, en orden de mejorar la rentabilidad y establecer prioridades a la hora de realizar protocolos de manejo. Esto sirve para vertebrar los diferentes grupos de trabajo <sup>(178)</sup>. En un H.G.B., los enfermos remitidos desde A.P. por primera vez, (consultorios no reconvertidos a centros de salud mayoritariamente) a las consultas externas del servicio de medicina interna, fueron atendidos por un F.E.A. de medicina interna, que decidía el posterior destino, con el objetivo de descender la demanda en las consulta de especialidades médicas. Las afecciones digestivas y cardiovasculares supusieron el 43% de las visitas. Las enfermedades neurológicas, con un 10%, estaban en tercer lugar. La proporción de mujeres fue del 61,3%, precisando de manejo hospitalario el 50%. El 61% de los hombres necesitaron de estudios en el hospital. Fueron devueltos al M.A.P. el 45,5% de los pacientes, con informes cortos o protocolos de actuación mínimos. Se incluye un 3,4% de enfermos que no tenían ninguna patología, ni siquiera banal. Por especialidades, el 37,4% se enviaron a medicina interna, el 32,1% a digestivo, el 18,6% a cardiología y el 11,9% a neumología. Los autores llegan, entre otras conclusiones a que: a) el grado de autosuficiencia de A.P. es bajo, pudiendo haberse evitado el envío del paciente al 2º nivel en el 45% de los casos; b) pese a no mantener una relación médico-enfermo apropiada, el paciente acepta mejor las decisiones de los facultativos hospitalarios; y c) la apertura de los centros de salud modificará el envío a A.E. <sup>(139)</sup>.

La necesidad de colaboración entre A.P. y A.E. de un H.G.B. ha sido abordada, dentro del nuevo sistema sanitario, y con centros de salud operativos, con jornada de mañana y tarde, en un Area hospitalaria andaluza. El proyecto se realizó por los F.E.A. del servicio de medicina interna en tres ámbitos: hospitalización, consulta externa y en los centros de A.P.. En el primero, se le mandaba información actualizada y colaboración en la toma de

### Introducción

decisiones del enfermo al M.A.P. correspondiente. En consulta externa, la comunicación personal o telefónica se continuaba con el estudio en menos de 48 horas por el facultativo especialista. Además se le aportaba al M.A.P. aquéllos estudios complementarios que no están a su alcance. En el C.A.P. se atendía a los pacientes previamente citados, provenientes de C.E. u hospitalización. Se decidía por ambos médicos el seguimiento posterior. Igualmente, se comentaba con los M.A.P. aquéllos pacientes hospitalizados o en C.E. en esos momentos, su destino siguiente. Las conclusiones de los autores fueron las siguientes: a) las relaciones entre niveles A.H.-A.P. están condicionadas por las necesidades asistenciales, y se requiere un alto grado de motivación, por parte de los profesionales sanitarios, para modificar su estado actual; b) el M.A.P. debe ocupar un lugar de mayor protagonismo en el estudio conjunto de los pacientes, ya que es él quien debe regular el flujo desde A.P. a A.E.; c) la Administración sanitaria debe fomentar esta línea de trabajos en aras de una mayor calidad en la asistencia, ahorro económico, disminución en la lista de espera, reducción de ingresos-reingresos y alivio en el colapso de los servicios de urgencias <sup>(140)</sup>.

La creación de las unidades docentes de MFyC ha posibilitado las relaciones entre el hospital y el Centro de Salud, y el estudio del proceso de interconsulta entre ambos, como en un trabajo prospectivo realizado en común entre el hospital Puerta de Hierro de Madrid y el C.S. de Pozuelo de Alarcón <sup>(155)</sup>. En el mismo, el porcentaje de envíos a consulta programada del hospital fue del 3,02%. La proporción de mujeres fue superior, llegando al 56,7%. Los enfermos entre los 40 y 50 años de edad fueron los más enviados (24,82 %). El tiempo de espera no fue superior al mes en el 75% de los casos. El envío a los servicios de medicina y cirugía fue el mismo (26%). El servicio más consultado fue Ginecología, con un 13,4%, y las enfermedades genito-urinarias las más frecuentes (17,73 %), seguido de las musculoesqueléticas (13,48%). Los síntomas y signos mal definidos llegaron al 8,51% de los procesos. El diagnóstico coincidió en el 77,3% de los casos. Ingresaron el 19,8% de los pacientes remitidos, mayoritariamente quirúrgicos. La repetición de técnicas complementarias se dio en el 31,2% de los enfermos, fundamentalmente en especialidades médicas (estadísticamente significativo). El seguimiento parcial (una revisión) o alta hospitalaria ocurrió en el 77,3% de los envíos.

La calidad asistencial es una de los aspectos más a tener en cuenta en el sistema sanitario actual. En este sentido, además de los parámetros clínicos, la opinión del usuario es importante a la hora de programar objetivos de salud. El estudio realizado en un hospital universitario de Barcelona <sup>(179)</sup>, en el Área de consultas externas, mediante encuestas aporta resultados interesantes. La proporción de pacientes que acudía por primera vez al hospital era sólo del 8%, es decir el 92% había sido visto anteriormente en otra consulta o habían sido hospitalizados. La demora en la visita fue inferior a quince días en el 92% de los casos. El 96,7% de los enfermos tenían que volver a la misma consulta. En el área médica, el paciente suele ser atendido siempre por el mismo médico, estableciéndose una relación más estrecha constante y estrecha a lo largo del tiempo. Además ocurre que se asiste preferentemente a personas con procesos de curso crónico. La satisfacción del paciente en estos casos es muy superior al facilitarse una mejor relación interpersonal. Una visita personalmente satisfactoria es más fácilmente percibida como una visita de buena calidad, independientemente de la calidad técnica o complejidad del acto médico en sí. Los autores concluyen que los análisis de opinión de los usuarios debería promoverse dentro de las políticas de calidad de los hospitales <sup>(179)</sup>.

La programación en la consulta externa hospitalaria es algo intrínseco a la misma <sup>(135)</sup>. Los fallos en acudir a esta cita ha sido analizado en el hospital de Viladecans (Barcelona). El porcentaje de fallos osciló entre el 40,6% de traumatología y el 13,6% de cardio-respiratorio y digestivo. El olvido se dio en el 52,4%, acudiendo a urgencias el 6,5% e ingresado el 1% de los enfermos. El 26,2% adujeron excusas banales. La conclusión del estudio fue que la A.P. no ejerce su función de filtraje, derivando indebidamente los enfermos al especialista, y además muchos de ellos no estaban enfermos <sup>(180)</sup>.

La derivación desde A.P. a A.E. se realiza a través de un documento, habitualmente consensuado entre las partes, aunque produce insatisfacción entre muchos clínicos, por el rendimiento que se obtiene <sup>(161, 181, 182)</sup>. El informe de solicitud de A.E. constituye el principal medio de comunicación del médico de A.P. con el 2º nivel asistencial. Aunque en algunos casos la comunicación es directa o telefónica, en la mayoría de las ocasiones, el

### Introducción

informe de solicitud es el único instrumento disponible. Los datos que deben incluirse necesariamente en el documento son los siguientes <sup>(161)</sup>: 1) reseña o estado del problema, 2) medicación habitual, 3) motivo de la derivación, 4) antecedentes personales, 5) expectativas del médico ante la derivación, 6) hallazgos de la exploración física, 7) pruebas complementarias, y 8) derivaciones anteriores o no.

El análisis del grado de cumplimentación del documento es el trabajo realizado en las consultas de Reumatología y de Neurología de un hospital de La Rioja, con el 90% de los C.A.P. reconvertidos a centros de salud, pero muy pocos especialistas en MFyC. La indicación de la derivación parece que va relacionada con la calidad en la cumplimentación <sup>(161)</sup>, siendo la información de mayor calidad en aquellas derivaciones bien indicadas. La edad constaba en el 69,7%. El 6,4% de la derivaciones mostraban signos y/o síntomas con características explicatorias mientras que un 11% no presentaban ningún tipo de información clínica. Al menos un resultado de exploraciones complementarias se consignó en el 22,9% de los casos. El diagnóstico probable del proceso que motivó la derivación se especificó en el 26,6%. El 78,9% indicaron el motivo de la derivación, siendo la valoración por patología concreta (62,65% del total) la más frecuente. El tratamiento habitual del paciente se hizo constar en el 9,2% de los informes y el tratamiento actual en un 44,9%.

Los resultados obtenidos muestran que la información considerada siempre o generalmente importante en las patologías estudiadas, son las que aparecen con menor frecuencia registradas. Probablemente esto es debido a una falta de tiempo para el registro médico en las consultas y/o motivación del profesional. Otros autores apuntan como otra causa, la no exigencia, para poder derivar al paciente, del documento con unos datos clínicos básicos. Toda actividad no escrita es actividad no realizada. La información fue insuficiente en el 51,4% de las derivaciones. La exploración física no se incluyó en el 89% de los casos (95,3% en reumatología y 82,2% en neurología) <sup>(161)</sup>.

La preparación en un área clínica específica determina muchas veces la referencia o no a otro especialista. Los procesos neurológicos, pese a no ser de los más frecuentemente derivados, los médicos de AP lo perciben como de los que tienen menos confianza en su

manejo, siendo el área médica con sensación de mayor necesidad de reciclaje <sup>(183)</sup>. Más del 90% de las urgencias neurológicas atendidas en AP se derivarían a un centro hospitalario. Ocho de cada 10 médicos de AP (con o sin formación MIR), declaran que los pacientes con probables trastornos neurológicos los envían habitualmente a la consulta de especialidad. Estos datos deben servir para la planificación de la asistencia (neurológica) en los dos niveles de atención <sup>(183)</sup>.

La opinión que el especialista tiene sobre los datos más relevantes del documento de derivación: motivo de consulta (52%) y tratamiento realizado (51%), coincide con los signos más frecuentemente señalados en dicho informe: motivo de consulta (60%) y tratamiento realizado (39%). El factor que más condiciona el informe del especialista es la enfermedad del paciente. En un 80% de los casos no queda claro para el especialista quién controla al enfermo, si él mismo, el médico de cabecera u otro especialista. Un 35% de los encuestados dan poco valor al informe del M.A.P., estando todos las partes de acuerdo en que es necesaria una relación organizada, preferiblemente durante sesiones conjuntas y periódicas. Se propone un nuevo modelo de hoja de derivación/respuesta en el que se incluyen aquéllos puntos más importantes para una mejor comunicación <sup>(184)</sup>. Es necesario conseguir una buena relación médico de cabecera-especialista, que comporte armonización diagnóstica y terapéutica, reforzando la imagen del personal médico así como de sus consejos, recomendaciones y conductas propuestas, y que favorezca, a su vez, la formación e información bidireccionalmente <sup>(185)</sup>.

La investigación sobre la utilización de los servicios sanitarios en los distintos niveles asistenciales es considerada imprescindible para obtener información sobre la que basar la planificación de dichos servicios y para proporcionar elementos con los que analizar la calidad de la asistencia que se presta. El estudio de las derivaciones es un indicador de la capacitación técnica de los profesionales sanitarios en los distintos niveles asistenciales y del modelo de organización en el trabajo de los médicos del S.N.S. <sup>(158)</sup>. El nuevo modelo de la A.P. basado en el Centro de Salud ha supuesto un descenso del número de derivaciones a niveles superiores de asistencia <sup>(155, 158, 185, 186)</sup>. La calidad de la información transmitida desde A.P. puede variar dependiendo de la formación del médico. Con ese

### Introducción

objetivo se realizó un estudio por Velazco et al <sup>(158)</sup>, considerándose de buena calidad (con criterios previamente establecidos) el 45% de las interconsultas a A.E., más en los equipos de A.P. (47,3%). Destaca un alto porcentaje de derivaciones (53%) en blanco o conteniendo información sin relevancia clínica. Este último resultado puede reflejar un intento de descargar la demanda asistencial y correspondería a la imagen clásica del M.G. como puerta de entrada del sistema y no como “resolvedor” de casos, imagen que contribuye, por una parte, a perpetuar la falta de comunicación y coordinación entre niveles asistenciales y, por otra, a fomentar la desconexión en la atención al paciente. El informe del especialista se consideró de buena calidad en el 54% de los casos, más si el seguimiento se hacía en A.P. (76%). Oftalmología fue la especialidad más demandada por los MGs. El trabajo en equipos de A.P. constituye el elemento más importante en la calidad de la interconsulta, y el único factor que puede integrar favorablemente a los médicos sin formación de especialidad que existen en el sistema. En menor medida la formación M.I.R. está también asociada a una mejor calidad <sup>(158)</sup>.

A pesar que la mayoría de las derivaciones se envían por no tener claro, o por confirmar, el diagnóstico, esto no justifica la omisión del diagnóstico probable en el informe. El principal objetivo de la práctica clínica diaria es ofrecer una asistencia de calidad a la población. Cuando llega el momento de transferir responsabilidades a otro facultativo, debemos hacerlo de la forma más profesional posible. El no obtener información adecuada del paciente derivado crea alto grado de insatisfacción entre el M.G. y el especialista. Algunos especialistas dirigen contra el enfermo el desagrado producido por una derivación poco correcta, repercutiendo en la posterior relación médico-enfermo. Incluso cuando la indicación de la derivación sea dada por el mismo paciente, debe hacerse saber al especialista, pidiendo su opinión y consejo <sup>(161)</sup>.

Una derivación de calidad implica una clara indicación médica para la misma, y sólo en casos concretos y justificados se puede aceptar una consulta con el segundo nivel a fin de reducir la ansiedad del médico o el paciente. El porcentaje de derivación en España se sitúa entre el 2,69 y 18,9% <sup>(162)</sup>. El 5,13% encontrado por González Sánchez et al <sup>(162)</sup> se emplaza en un porcentaje medio. En dicho estudio, las especialidades médico-quirúrgicas

(oftalmología, traumatología, dermatología, urología y cirugía general) fueron las más solicitadas (59,5%), como en otros trabajos <sup>(158)</sup>. Las especialidades médicas (digestivo, cardiología y endocrinología) supusieron el 12,8%, lo cual se puede deber a una menor formación de los M.A.P. en esas áreas, así como al escaso desarrollo que existe todavía de la cirugía menor en A.P. Corrobora este hecho que en los actuales programas de formación de MFyC se hace más hincapié en la patología médica. La edad media de los pacientes derivados fue de 51,5 años, siendo el grupo etario de 61-75 el más frecuentemente derivado. Los motivos para la derivación más observados fueron la instauración de pauta de tratamiento (37,5%), diagnóstico (24,3%) y pruebas complementarias (18,9%), lo que se relaciona con las especialidades más frecuentemente consultadas. La petición del propio paciente se dió en el 9,9% de los casos). Esto puede ser debido a una falta de comunicación y confianza entre el M.A.P. y paciente, o por la propia ansiedad de éste último. La potenciación y mejor formación en las actuaciones de áreas quirúrgicas por A.P., la mejora de la relación médico-enfermo y la desburocratización de las interconsultas mejoraría la derivación <sup>(162)</sup>.

La prevalencia de problemas de salud mental en la población oscila entre el 14,6 y el 25%, según estudios y poblaciones. Se derivan del 10 al 14% de los casos <sup>(187)</sup>. Los trastornos de ansiedad y depresión son la gran mayoría del volumen de consultas por psicopatología en A.P. <sup>(188, 189, 190)</sup>. La distinta formación de los MGs y de los especialistas en MFyC (vía M.I.R.), puede justificar diferencias en la derivación a Unidades de Salud Mental (U.S.M.). Con ese objetivo se analizaron las referencias a U.S.M. en Badajoz <sup>(188)</sup>, que supusieron el 6,4 por mil de la población adscrita. Predominaron las mujeres (64%), siendo la edad media de 35 años, predominantemente casados, con estudios primarios como mayor nivel (50%), y ama de casa. No se encontró una mayor capacidad de resolución de los problemas de salud mental en al colectivo de de MFyC. Sí existen diferencias relevantes en la presencia de hipótesis y concordancia diagnósticas a favor de los MFyC. El conocimiento de la tasa óptima de derivación permitiría utilizarla como criterio de calidad en el funcionamiento de los centros de salud. Una de las formas para mejorar la comunicación entre los M.A.P. y los profesionales de la U.S.M. es elevar la calidad de los volantes de

### Introducción

interconsulta, que son los únicos documentos utilizados para intercambiar información <sup>(188, 191, 192)</sup>.

La valoración de la calidad del P-10 de derivación a un centro de salud mental de Murcia se quiso analizar como objetivo en el trabajo de Ruiz et al <sup>(187)</sup>. A pesar que la demanda específica de consulta sólo se cumplía en el 37,2% de los casos (aunque superior al 19% encontrado en otros trabajos), la elaboración del informe con historia clínica se daba en poco más de la mitad de los casos, la emisión de un juicio diagnóstico en el 70% y en el 96,2% se acertaba en el motivo psiquiátrico del proceso. Estos datos hace pensar a los autores en modificar el P-10 a una hoja consensuada de derivación, consignando claramente la demanda específica o el problema que originó la interconsulta, mejor que el diagnóstico y/o el tratamiento. La coincidencia en el diagnóstico, entendida como identificación de la patología psiquiátrica se dio en el 68% de los casos, coincidente con otros estudios americanos. Los autores proponen la estructuración de los informes, la elaboración de protocolos y las medidas formativas como medidas para mejorar la asistencia psiquiátrica que ambos niveles ofertan al usuario.

La práctica clínica nos confirma que “cuando no existe una decisión clara respecto a la conducta a seguir con los pacientes nuevos, lo más probable es que lleguen a convertirse en enfermos que acuden de forma regular, son atendidos brevemente y se les repite la misma prescripción” <sup>(191)</sup>. Esto es especialmente cierto en los Centros de Salud Mental (C.S.M.). Algunos autores sugieren que esta circunstancia podría ser superada por la “consulta única”, que se define como remisión de un paciente al especialista con la intención de que, tras una única consulta, el especialista informe al MFyC sobre si existe o no patología y qué tipo de tratamiento es recomendable. Se da por supuesto, en la petición del generalista, que el paciente va a ser tratado a nivel de A.P., por lo que el paciente no está siendo derivado al 2º nivel, sino que se busca una orientación diagnóstica y terapéutica <sup>(191)</sup>. Se analizan 200 volantes de petición consecutivos al Sº de consultas externas de Psiquiatría del Hospital Clínico de Zaragoza. Existe un claro predominio de mujeres (71,5%) con una edad media de 48 años. La solicitud realizada por el M.A.P. no se especifica en el 19,5%. Para consejo/valoración se envían el 34% (consulta única) y para seguimiento por

psiquiatría el 41,5% de las derivaciones. Un informe escrito dirigido al M.A.P. sólo se observa en el 4% de los casos. No se encuentra patología psiquiátrica en el 20% de los enfermos remitidos. La mayoría de los pacientes que presentan algún tipo de patología psiquiátrica, por leve que sea, tiende a ser “psiquiatrizada”, sin que los especialistas contemplen la posibilidad de que, una vez diagnosticados, se remita a su MFyC. En conclusión, se requiere por parte de los M.A.P. una mejor información a la hora de realizar una interconsulta y una más clara explicación de las responsabilidades que están dispuestos a asumir con cada paciente concreto. Por parte de los psiquiatras deben ofrecer una información sistemática de cada paciente que les son remitidos <sup>(191)</sup>.

La cumplimentación del modelo de derivación mejora la comunicación entre niveles asistenciales e indirectamente la calidad asistencial a los pacientes. Las variables analizadas en un estudio de Martínez Campos et al <sup>(193)</sup> sobre un total de 200 interconsultas a AE (Asistencia Especializada) (incluyendo radiología), fueron administrativas y clínicas. Las primeras se completaron entre el 34,5% (D.N.I.) y el 100% (nombre). El motivo de consulta se expresó en el 97% de los casos. Los síntomas clínicos constaron en el 61% y la exploración física en el 47%. Sólo el 19% de los enfermos acudían al especialista con un juicio diagnóstico y el tratamiento, y con estos datos, la sintomatología y la exploración el 5,5% únicamente. Se puede concluir que la información clínica que se transmite al segundo nivel de asistencia es deficiente y muy alejada de lo que los propios médicos consideran que se debiera aportar. El consenso en los protocolos de actuación y la implicación de los profesionales en dicha acción, podrían facilitar una mejora en la comunicación entre los distintos niveles. La reflexión y el análisis crítico de nuestra propia práctica profesional deben constituir un hábito en la praxis diaria y ser el primer paso para una mejora continua de la calidad de nuestro trabajo <sup>(193)</sup>.

La existencia de un MG que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario, persigue el beneficio para el paciente, evitando estudios y tratamientos innecesarios y la optimización del sistema, regulando el consumo de recursos. La demanda derivada sirve como una interfase en la división de recursos y funciones entre el MG y el especialista, pero además, por el lugar que ocupa en el proceso de la atención, representa una encrucijada para dos

## Introducción

características esenciales de la AP: la continuidad y la coordinación. La tasa y el patrón de derivación de los MGs, incluyendo la demora existente hasta su atención por el especialista y la coordinación entre los dos niveles asistenciales, ha sido analizado entre 242 MGs (mayoritariamente de centros de salud) de toda España dentro del Estudio Europeo de la Demanda Derivada <sup>(2)</sup>. Se realizaron 8.095 derivaciones (tasa 6,63%). La derivación es mayor entre los hombres (67,63% del total), aunque sólo alcanzó significación estadística en los mayores de 75 años. El grupo de edad entre 15 y 44 años fue el más derivado. Existe un factor de multiplicación de 56 entre la tasa más alta y más baja. Los médicos que abandonaron el estudio tenían unas cargas altas de trabajo y ejercían en el medio urbano. El tiempo medio de espera para ser atendido por el especialista fue de 11 días. El incumplimiento a la cita se dio en el 4% de los enfermos, siendo mayor en psiquiatría. En un 23,5% el MG no recibió ningún tipo de informe del especialista, a pesar de que ya había sido visto el paciente, y en un 20% se perdió el contacto entre el MG y el paciente. Fueron las especialidades quirúrgicas las que más frecuentemente no aportaron informes: 28% frente a 20% (estadísticamente significativo). Las especialidades quirúrgicas producen más atracción para la derivación. Las especialidades médicas supusieron el 38% del total (incluyendo pediatría). Este resultado es similar al de otras publicaciones, atribuyéndose a la falta de capacitación del MG para realizar determinadas técnicas, a la falta de tiempo y medios adecuados para manejar los problemas que se presentan, o una mezcla de ambos. En los problemas médicos sólo pide colaboración del especialista para completar la evaluación del paciente <sup>(2)</sup>.

La modificación del modelo de interconsulta (P-10) entre los niveles asistenciales tras la Reforma Sanitaria en España, hizo pensar que la comunicación sería más estrecha y fluida. Sin embargo, los resultados no han sido los esperados, y la información transmitida entre ellos es insuficiente, desapareciendo con demasiada frecuencia los documentos en algún punto del circuito de derivación del paciente <sup>(157)</sup>. Los profesionales de AP tienen la impresión de que la escasez o carencia absoluta de retroinformación, relativa a los pacientes derivados, es uno de los problemas con que se enfrentan en la práctica diaria, con importantes consecuencias sobre la calidad de la asistencia. El análisis de esta información fue el objetivo del estudio de Irazábal Olabarrieta et al sobre 43 MGs ubicados en centros

de salud del País Vasco y especialistas de ambulatorios <sup>(157)</sup>. Se definieron unos criterios de calidad del MG y del especialista consultor en los documentos emitidos. En un 78% del total de derivaciones se perdió información sobre ella. La primera causa fue que el especialista no respondió (41% de los casos). En estos casos, el MAP difícilmente podrá satisfacer las dudas que el paciente plantee sobre la interconsulta y tendrá dificultades para realizar una atención continuada, coordinada y adecuada al problema de salud en cada momento. En el 47,2% se atribuyó al paciente o al circuito. Esta cifra debe hacernos reflexionar sobre la figura del paciente como intermediario en la comunicación con el segundo nivel. Las respuestas obtenidas difieren si existe (74,1%) o no (56,1%) correo interno. Las especialidades más demandadas fueron traumatología (17%), oftalmología (13,8%) y dermatología (13,6%). La calidad de los documentos emitidos fue buena/aceptable en el 92,5% y de los recuperados buena/aceptable en el 90%. La calidad de los documentos fue mejor entre los jerarquizados: 98,2% frente a 76,4% buenos/aceptables.

Los cauces de información entre AP y AE deben ser dinámicos y siempre abiertos a la intercomunicación. La tasa media de derivación desde AP para España se considera de 54,58 derivaciones/nº de pacientes consultados por mil <sup>(195)</sup>, aunque en algunos trabajos han llegado hasta 144,6 por mil en centro de salud (194). Es escasa la proporción de pacientes que regresan a AP después de la interconsulta a AE (35,31%), inferior al 50,4% del Concerted Action Committee <sup>(195)</sup>. La fecha es anotada únicamente en el 24,13% de los informes emitidos por AE, y el diagnóstico y el tratamiento en el 58,62%. La demora en la cita no fue superior a las 4 semanas en el 95% de los casos. Cuando hay respuesta, el contenido de los informes de los facultativos especialistas suele ser bastante completo. Traumatología es la especialidad más demandada en este estudio <sup>(194)</sup>. Es preciso cambios significativos entre los dos niveles para conseguir mejorar el seguimiento de los pacientes.

El uso apropiado de la hoja de interconsulta contribuye a mejorar la calidad de la asistencia y repercute favorablemente en la constante formación del médico de AP <sup>(196)</sup>. La información sobre la práctica habitual ¿motiva a los profesionales en el sentido de mejorar sus hábitos? (*feedback*). La cumplimentación de la hoja de derivación por AP y de la

### Introducción

contestación mediante informe clínico por AE se analizó después de dar a conocer los resultados de un trabajo previo por los mismos autores. Según se especifica en la **Tabla 2** la cumplimentación mejoró fundamentalmente en las variables clínicas:

**Tabla 2: Estudio comparativo (1.993-94) de la cumplimentación de la derivación y el informe del especialista**

Variable	N=708 (%)	n=326 (%)	Diferencia 1994-93 (%)
<u>Atención Primaria</u>			
A. personales	16,81	25,81	53,5
Explor. física	14,41	26,70	85,3
Diagn. sospecha	33,47	44,50	32,9
Motivo consulta	43,50	77,60	78,4
<u>A. Especializada</u>			
Identif. especialista	12,99	25,74	97,8
Diagnóstico	21,47	29,10	35,5
Tratamiento	16,38	25,51	55,7
Plan de actuación	15,54	25,20	62,2

*De Huertas I et al. At Prim, año 1996; vol 17, n° 5: pag 317-320 <sup>(196)</sup>*

Se asume que para una buena coordinación entre AP y AE es preciso una correcta cumplimentación del medio de comunicación entre ambos niveles: la hoja de derivación o interconsulta; y de un buen funcionamiento del circuito. El conocimiento de esos datos obtenidos por estudios previos no parece mejorar el comportamiento general dos años después <sup>(197)</sup>. Sólo el 24,10% de las interconsultas completaron el circuito 6 meses después de haber sido solicitadas en el año 1.993 y el 22,03% en 1.995. El motivo principal fue la retención de la hoja por parte del especialista o del paciente en ambos periodos. Destaca también la baja cumplimentación de la indicación sobre la necesidad o no de la revisión posterior por parte del especialista en ambos estudios, lo que sin duda contribuye a dificultar aún más la coordinación entre niveles. Algunas medidas que deberían introducirse son: establecer un sistema “interno y cerrado” de circulación de las hojas de interconsulta, que omita la intervención del paciente como portador de ésta; favorecer la relación entre los médicos de AP y AE a través de sesiones clínicas, reuniones y proyectos conjuntos; concienciar a los profesionales de ambos niveles sobre la importancia de la

información remitida a través de la hoja de interconsulta para mejorar la calidad asistencial ofrecida a los pacientes <sup>(197)</sup>.

Valorar la cumplimentación de los documentos de derivación y de retorno de enfermos reumatológicos cruzados entre AP y AE en el Area Sanitaria Centro de Sevilla fue el objetivo del trabajo de Caballero Oliver et al <sup>(198)</sup>. Se analizaron 233 enfermos derivados a la consulta de Reumatología, el 69,96% procedentes de área no reconvertida (ambulatorio). Sólo se disponía de informe de retorno en el 79,4% de ellos, tardando 73 días de media hasta llegar al MAP, es decir, el tiempo que tarda el médico de cabecera en obtener la respuesta al problema que decidió la interconsulta. El grado de cumplimentación del documento de derivación se muestra en la Tabla 3, siendo mejor en los emitidos desde CS que los de ambulatorio.

**Tabla 3: Estudio comparativo en la cumplimentación del documento de derivación en centros de salud y ambulatorios**

Contenidos	Centro de Salud (%)	Ambulatorio ((%)	p
Edad	67,1	60,1	NS
Anteced. Personales	55,7	17,8	<0,001
Cuadro clínico	88,6	74,2	<0,05
Exploración Física	54,3	26,4	<0,001
Datos de laboratorio	45,7	20,9	<0,001
Datos de radiología	32,9	18,9	<0,05
Sospecha diagnóstica	82,9	70,6	<0,05
Motivo de derivación	65,7	58,3	NS
Datos inespecíficos	4,3	12,3	NS

*De Caballero A et al. At Prim, año 1993; vol 12, n° 5: pag 260-263 <sup>(198)</sup>*

El informe de retorno contenía datos clínicos y exploratorios entre el 80 y el 98%, y de laboratorio y radiología en el 82% de media. Tratamiento y duración del mismo se aportaron en el 85% y 49% de los casos, respectivamente. Un dato importante a tener en cuenta, analizando el documento de derivación fue que un porcentaje no despreciable:

### Introducción

30,67 de los ambulatorios y 15,71 de CS, fueron indicados por otros especialistas de zona, sin diferencias significativas en ambos grupos.

Existe pues una mala transmisión de información entre niveles, independientemente de la calidad de los documentos emitidos. El tipo de circuito, actitudes y motivaciones personales del médico especialista acerca de comunicar los hallazgos y coordinación con el médico de AP pueden ser causas de esa mala comunicación. Para mejorarla, se debería plantear un proceso de clarificación previo sobre estrategias, recursos y complementariedad de ambos niveles dentro del sistema sanitario, de tal manera que el MAP pueda desarrollar su papel de supervisor y coordinador de los problemas de salud de sus pacientes <sup>(157)</sup>.

El conocimiento del perfil epidemiológico de las consultas generales o de especialidad sirve para resolver las necesidades sanitarias de la población, priorizando los recursos disponibles. El acercamiento de la consulta externa del hospital comarcal a la AP probablemente contribuya a mejorar y rentabilizar la atención especializada a los primeros niveles asistenciales. Con ese objetivo se realizó un estudio sobre todos los pacientes atendidos por primera vez en una consulta de neumología de un hospital comarcal de la comunidad autónoma de Valencia <sup>(164)</sup>. Los varones supusieron casi el 60% del total, constituyendo los pacientes entre 40 y 80 años el 71% del volumen de la consulta. Del médico de cabecera procedieron el 60% de los enfermos, de centros de salud 9,3%, de urgencias 9,8%, de hospitalización 12% y otras especialidades 6%. El número de pacientes remitidos en relación al número de habitantes adscritos fue de 0,97% para los que procedían del médico de cabecera y de 0,38% para los remitidos del centro de salud. En ambos casos, el motivo de consulta se basaba en datos clínicos y los enviados desde urgencias o hospitalización se apoyaba en pruebas complementarias. La disnea (11%), la hemoptisis (6%), la tos crónica (6%) y el dolor torácico (4%) fueron los síntomas más frecuentes. La enfermedad de la vía aérea (EPOC y asma bronquial) fue la causa más frecuente de la disnea, pero en un tercio de los casos no se observó patología orgánica. No se obtuvo diferencia en el perfil diagnóstico de los enfermos procedentes del médico de cabecera o del centro de salud, aunque la proporción de pacientes remitidos por el médico

de cabecera fue tres veces mayor. La alta proporción de pacientes si enfermedad neumológica justifica que el 54% de los enfermos sean dados de alta en los dos años del estudio. Para la racionalización de la consulta se precisaría de un mayor contacto con los MAP que permitiera, por un lado, disminuir el alto porcentaje de pacientes que acuden a la consulta sin que se les detecte enfermedad respiratoria y, por otro, participar en la protocolización de las enfermedades de la vía aérea y los síntomas clínicos más frecuentes, lo que agilizaría el control de más del 60% del volumen de la consulta <sup>(164)</sup>.

Las derivaciones de enfermos nuevos desde AP a la consulta de Neumología del centro de especialidades dependiente del Hospital Virgen de las Nieves de Granada fue también analizado para establecer la influencia del modelo asistencial <sup>(156)</sup>. La tasa de derivación poblacional fue de 39,73 por 100.000 habitantes y mes, existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre las áreas reconvertidas y las que no, con un OR (*Odds Ratio*) del doble desde las no reconvertidas. Los MGs derivan, en conjunto tres veces más que los MFyC, siendo en los CS las diferencias similares. Un 80,7% del total de documentos de derivación aportan información insuficiente, siendo un 19,3% los que se pueden considerar correctos. Los médicos de CS derivan correctamente 11 veces más que los médicos de ambulatorios. Por su parte, los MGs de CS remiten a sus pacientes con información correcta cinco veces más que los MGs de ambulatorio. La variable que más influye en la reducción del número y mejora la calidad de las derivaciones es la formación postgraduada en MFyC. Es preciso completar la reforma de la AP a todo el país, favoreciendo la formación vía MIR en MFyC para el acceso a los CS.

La sobrecarga asistencial que soportan los servicios de urgencias hospitalarios es un tema muy debatido tanto en España como en otros países occidentales <sup>(41)</sup>, a la que se le intentan dar distintas soluciones. Una de ellas, adoptada por el Area de Salud de Badajoz, fue cambiar el P-10 por una hoja de derivación específica para urgencias hospitalarias reflejando los datos administrativos del enfermo, del médico que derivaba y los datos clínicos, exploratorios, estudios complementarios, hipótesis diagnóstica y tratamiento previo. Se analizó el grado de cumplimentación y de derivación, comparando centros de salud de medio rural y urbano y sistema de formación de los médicos de AP que derivaban

### Introducción

al paciente <sup>(159)</sup>. Los MGs enviaron una media de 3,7 pacientes y los especialistas en MGyC, 3,1; con un rango que llegó de 1 a 24 y 1 a 8, respectivamente. Sólo la anamnesis, síntomas y filiación del médico supera el 90% de registro en ambos grupos. El motivo de consulta se constató en el 14,7% de los centros rurales y en el 27,8% de los urbanos. La consideración de volantes correctamente cumplimentados sólo se evidenció en el 23,9% de las derivaciones, sin diferencias entre los centros urbanos y rurales, aunque sí existían (no significativa) entre los MGs (23,2%) y los MFyC (31,7%). En definitiva, el nuevo modelo de derivación no aporta un grado de información que pueda considerarse óptimo, aunque mejor que la correcta cumplimentación de un impreso, lo más importante sería la adecuación en la idoneidad de la propia derivación <sup>(159)</sup>.

La utilización del P-10 como documento de derivación se analizó años antes en un hospital de Santiago de Compostela, con resultados muy significativos: sólo un 10% de los pacientes se hacía constar la anamnesis y exploración médica; en un 2% se emitió un juicio diagnóstico, con una concordancia en el juicio de 0%; en el 21% de los enfermos el envío se consideró como justificado. Con estos datos las conclusiones son contundentes hacia una reforma de la AP <sup>(160)</sup>.

#### **4.5.2. PROCESO DE DERIVACIÓN EN OTROS PAÍSES EUROPEOS**

En los países anglosajones (EE.UU. y Reino Unido), la atención del enfermo en consulta ambulatoria ha ido ganando importancia en los últimos 20 años como alternativa a la hospitalización. De esa manera, el enfermo se mantenía en su entorno social y se disminuían los costes sanitarios. La referencia desde los centros primarios a la consulta de los especialistas ha sido abordada en distintos aspectos: clínicos, valoración general, económicos.

Una característica del SNS británico (NHS) es el protagonismo del MAP (Médico de Atención Primaria), al ser el primer contacto del enfermo, y suya la decisión de derivar o

consultar al especialista. Entre el 6 y 80 % de los enfermos nuevos enviados a la consulta externa hospitalaria proceden del médico general <sup>(199)</sup>. En el año 1.987 el Gobierno expresó (*white paper*) las amplias variaciones en el proceso de referencia desde la APS (Atención Primaria de Salud) al especialista, e incluso se planteó una auditoría sobre la efectividad y corrección del proceso, como evaluación de la APS <sup>(199)</sup>.

Los motivos principales para enviar los enfermos al especialista fueron esquematizados por Coulter et al <sup>(199)</sup>:

1. Para establecer un diagnóstico (el diagnóstico no es claro)
2. Para una investigación específica (el diagnóstico era razonablemente claro)
3. Para tratamiento o una operación (diagnóstico conocido)
4. Para consejo en el manejo y recuperar al enfermo (diagnóstico conocido)
5. Para que el especialista se hiciera cargo del enfermo (diagnóstico conocido)
6. Para tener una segunda opinión que asegurara el criterio del médico general
7. Para una segunda opinión solicitada por el enfermo o familiares.

La primera razón fue esgrimida en el 28 % de los casos y la cuarta en el 14,3 %. Una investigación específica la justificó en un 14,3 %. En cualquier caso, los argumentos variaban dependiendo de la especialidad. Los últimos 2 supuestos se dieron en geriatría y pediatría (10 %). En psiquiatría el 46 % fueron para control por el psiquiatra. Otras veces era difícil precisar un único motivo para el envío al especialista. En medicina interna el 42 % se hizo para establecer un diagnóstico y el 23 % para asesoramiento y reenvío.. Una investigación específica fue razón para el 12 % de las referencias. Como era de esperar, en cirugía, el 54 % se enviaron para una intervención determinada. La especialidad más demandada fue cirugía general y urología. A medicina interna se enviaron el 12,7 % de los enfermos. Las razones de la derivación van a depender del proceso del paciente, y lo que sí es claro es la dificultad para evaluar la indicación o no de la referencia. En el criterio de los autores, la elaboración de protocolos comunes entre MG y AE, y la colaboración para manejo de problemas específicos harían al sistema más eficiente. La posibilidad de dar más recursos a los MAP sería objetivo de evaluación <sup>(199)</sup>.

### Introducción

El proceso de derivación es una decisión compleja, y que varía entre las diferentes regiones del Reino Unido, entre distritos, entre hospitales y entre médicos generales individualmente. Ante estas importantes diferencias, se plantea la cuestión de si a los pacientes se les está denegando la posibilidad de un especialista (si el MG deriva poco), o si algunos médicos están refiriendo más de lo necesario, malgastando recursos <sup>(200)</sup>.

Un análisis del proceso de referencia desde MG al hospital o consulta externa, desde 1.960 a 1.987 <sup>(200)</sup>, mostró que en los últimos años la proporción de enfermos enviados ha aumentado desde 1,8-4/100 consultas hasta 5/100 consultas. Las diferencias llegan a ser superiores cuando se comparan las distintas medias de centros diferentes, oscilando entre 1 y 24/100 consultas, aunque esto se deba más a un error estadístico por el escaso número de consultas analizadas <sup>(200)</sup>.

Las explicaciones para la variación se encuentran en: a) el tipo de paciente, b) las características de los centros, y c) las peculiaridades de los médicos. La edad del enfermo o el sexo no parece ser un rango discriminatorio en algunos estudios, aunque en otros la derivación se daba más en varones de menor edad (20 a 29 años) <sup>(200)</sup>. El médico que envía muchos pacientes lo hace en todos los grupos de edad. La clase social, igualmente es un dato poco definitorio, confuso y difícil de determinar en algunas ocasiones. Aunque el grupo diagnóstico se relaciona con el grado de referencia, (por ej. 2,2 % en enfermedades respiratorias, y 37,4 % en neoplasias), esa diferencia no justifica la variación en la proporción de la misma <sup>(200)</sup>. La discrepancia entre los médicos generales con mayor y menor referencia persistía independientemente de la edad, el sexo, la clase social y el grupo diagnóstico del enfermo.

La edad del médico no parece ser un factor determinante en la referencia, aunque los estudios son contradictorios. Tampoco hay evidencia que a mayor experiencia menor uso del especialista. La titulación o jerarquía no se considera factor para la referencia. El tamaño de la población asignada muestra asimismo datos contradictorios, al igual que la localización geográfica o cercanía al hospital. Lo que sí ha quedado demostrado es que el ejercicio en un centro de salud reduce las derivaciones a los especialistas médicos. La

carga asistencial y el número de estudios solicitados por el MAP son variables independientes de la proporción de derivaciones <sup>(200)</sup>.

Los especialistas consultados varían entre los distintos estudios realizados. Por ej. A medicina interna oscila entre el 8 y el 14 %. Los distintos motivos para la referencia pueden oscilar entre un 39 y 59 % para una misma razón <sup>(200)</sup>.

Como conclusión se puede decir que la mayor parte de las diferencias en las referencias entre los MG no se explica. Morrell determina que la decisión de derivar refleja la percepción del médico en la necesidad de cuidado hospitalario, que se puede relacionar con la intolerancia a la incertidumbre en el diagnóstico. Esto último, junto a la experiencia, la formación, el sentido de autonomía y el entusiasmo personal son, para Cumming <sup>(201)</sup> los condicionantes para la referencia. En un estudio de Dowie sobre médicos generales, identificó tres bloques de variables que influían en la decisión para la referencia: características profesionales, conocimiento del sistema sanitario y estilo personal. Variables sociológicas y factores médicos se incorporan al proceso de derivación. Sugerencias que pueden ayudar a explicar el proceso de referencia son para este autor: el conservadurismo, la tendencia a la sobrepredicción, error de representación y error de disposición. Sin embargo, este modelo es aplicable fundamentalmente a problemas diagnósticos, en general a medicina interna, que son aproximadamente el 15 % del total. Otros modelos amplían el espectro de procesos a los no urgentes y a los problemas banales <sup>(200)</sup>.

La historia del paciente tiene un mayor peso que los signos clínicos en la decisión de la referencia al especialista, sobretodo si el dolor o el malestar están presentes <sup>(202)</sup>. El tipo de relación entre el MG y el paciente parece ser una fuente de variación en el comportamiento para referir. El riesgo para el paciente no se sentía como importante en la mayoría de los casos. Si aquel existía, no se planteaba ninguna duda para derivar al paciente, en caso de que el manejo fuera mejor. La opinión del especialista sobre la referencia era considerada irrelevante en muchos casos. La presión asistencial sólo se aduce en menos del 10% de los casos. En este trabajo de Evans, la visión del enfermo sobre la referencia se la da gran

### Introducción

importancia, variando la forma de los médicos en convenir con el paciente la decisión de la misma <sup>(202)</sup>.

La valoración del proceso de referencia tiene que abarcar distintos aspectos para poder llegar a conclusiones <sup>(200)</sup>:

- Analizar los enfermos derivados y los que no lo son
- Estudiar cómo se llega a dicha referencia
- Conocer la situación final del paciente
- Costes para el centro y la comunidad

Enjuiciar las derivaciones al especialista, es pues, un proceso muy difícil, más cuando el “juez” es el propio especialista. Además de la de éste, la opinión del paciente y del MG se analizaron en un estudio realizado en Londres en 1.987 <sup>(203)</sup>. La necesidad de la derivación fue cuestionada por los médicos especialistas, estimando que el 50 % de ellas podrían haber sido manejadas perfectamente por los MAP. Los pacientes también fueron críticos con la indicación de la referencia, pero reconocieron el mejor manejo por parte del especialista. Los MG fueron los menos críticos en la elección del especialista y en su actuación antes de la referencia. El mayor acuerdo de opinión se encontró en la del paciente y el especialista, y el peor entre el enfermo y el médico general. En el 78,9 % de los cuestionarios contestados por los tres grupos, al menos uno respondió que el MG podía haber hecho algo más antes de la referencia, y el 70,4 % que no tenía que haberlo referido. Ocho de cada diez derivaciones fueron criticadas por alguna de las partes. Los pacientes, como grupo, fueron los menos seguros de que la consulta fuera innecesaria, aunque el 9% no acudieron a la misma. En algunos estudios, entre el 24 y 34 % de los pacientes derivados fueron dados de alta por el especialista directamente, lo que cuestionó la necesidad de la consulta. En este estudio <sup>(203)</sup>, se concluye que las diferencias de opinión entre las partes pueden deberse a las diferentes expectativas de cada uno de ellos. Una mejor comunicación entre MG y paciente, y entre MG y especialista ayudaría a resolver estos problemas, y posiblemente a acercar posiciones. En cualquier caso, los diferentes puntos de comienzo, suposiciones, visión de la salud y de los cuidados de salud dificulta enormemente un acuerdo entre las tres partes, siendo un objetivo difícilmente alcanzable.

Los recursos sanitarios a disposición del médico son múltiples. La variación en la utilización de los mismos es un hecho demostrado, sobretodo los quirúrgicos y de laboratorio. En el sistema sanitario actual la contención de los costes es un objetivo prioritario, por lo que el uso de otros medios disponibles como la prescripción farmacológica y la labor de otros médicos, a través del proceso de referencia precisa de un análisis detallado, como el realizado en Hartley et al <sup>(204)</sup> en centros primarios de Londres, prospectivamente. Se estudiaron cuatro recursos sanitarios: derivación al especialista, frecuencia de consulta con el paciente, número de tests de laboratorio y prescripciones. Los resultados demostraron que el uso de los distintos recursos está relacionado. Un recurso no se sustituye por otro. Los médicos pueden ser identificados por el uso incrementado de varios de ellos, con el consiguiente aumento de los costes en su cuidado ambulatorio. La frecuencia media con la que el médico ve al paciente fue el factor que dominó las asociaciones entre los recursos medidos. Este hallazgo puede ser justificado por un grupo de enfermos que requiera más intervenciones de varios tipos, al estar severamente enfermos. Sin embargo, analizando los “case-mix” no se explicaban las diferencias entre los médicos. La única característica, de las estudiadas, que se relacionó con el uso de los recursos fue la duración de la práctica clínica: los médicos que más tiempo de experiencia poseían vieron a sus pacientes más a menudo y más frecuentemente les recetaban. La relación con el uso de los tests fue más compleja. Aquellos médicos que veían a sus pacientes con la misma frecuencia, los de mayor experiencia solicitaban menos pruebas de laboratorio. Otros trabajos, sin embargo demuestran lo contrario <sup>(205)</sup>. No se puede asegurar si el uso de un medio hace utilizar otro, o bien si forma parte de un determinado tipo de práctica. El costo de una visita médica se puede ver magnificada por el uso de otros recursos, aunque también es importante valorar el efecto en la salud que esto conlleva en un sentido y otro <sup>(204)</sup>.

La importancia del MG en la utilización de los recursos sanitarios en el Reino Unido, directamente (fármacos) o indirectamente (hospitalarios al referir al paciente al especialista), ha sido abordada desde distintas perspectivas. La variabilidad en el envío de pacientes en tres periodos distintos en el tiempo (1.970-71, 1.971-72 y 1.981-82) y sus

### Introducción

costes fueron comparados <sup>(206)</sup>. En el 95 % de los casos se mandaron a hospitales del HMS. La variabilidad fue similar para el envío a consulta u hospitalización. El 88 % de los atendidos en urgencias del hospital lo hicieron sin pasar por el MG. Puede ocurrir que los MGs con más bajas derivaciones al hospital lo sean porque el enfermo va directamente al hospital. Los pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas son los mayores consumidores de recursos hospitalarios, accediendo mayoritariamente a los servicios de urgencias, enviados por su MG. En los últimos años existe una mayor concienciación de los MG sobre los costes de la prescripción farmacológica. Sin embargo desconocen que el coste al NHS de las referencias es 6 veces la del gasto farmacéutico, y que el coste de las distintas derivaciones se puede considerar idéntico dentro del sistema hospitalario. Las posibilidades de interconsulta interna en el hospital es similar a de la referencia inicial. El comportamiento en la referencia durante estos años se mantiene constante, con una variabilidad individual y entre los centros muy importante. No hay evidencia objetiva de la relación entre la referencia y la calidad de la asistencia, en particular, si las frecuencias más altas reflejan, o no, cuidado óptimo. Es esencial que los MG se pregunten objetivamente sobre sus propios patrones de derivación al hospital.

En todos los países europeos, el incremento de los gastos en salud obliga a un uso muy eficiente de los cuidados médicos. Una de las formas para conseguir más eficiencia es cambiando el comportamiento en la solicitud de test diagnósticos a través de la autoevaluación (*feedback*) <sup>(207)</sup>. Sin embargo, es posible que menos solicitud de estudios de laboratorio puede llevar a mayor número de referencias al especialista, que se puede justificar por distintos motivos tanto del médico como del paciente. Lo que sí se ha demostrado en otros estudios <sup>(208)</sup> es que la intervención directa no modifica el hábito en las derivaciones. Desde el año 1.985, la autoevaluación de los tests diagnósticos solicitados por los MGs en el área de Maastrich (Holanda) dio como resultado una disminución del 95% en los estudios solicitados inapropiadamente, a los 2 años. Analizar si el cambio en la solicitud de los estudios diagnósticos ha llevado un aumento en el proceso de derivación al especialista es el trabajo realizado por Winkens et al en ese área sanitaria <sup>(207)</sup>. Los resultados muestran una fuerte correlación entre el número de pruebas solicitadas y el número de referencias al hospital, y estadísticamente significativas en los patrones de

referencias de los buenos y malos respondedores al *feedback*. Las diferencias sugieren que, cuando el número de test solicitado se reduce a través del *feedback*, el número de derivaciones disminuye también. Ninguna característica del médico o del centro de trabajo, explica por qué algunos doctores ordenan más pruebas o remiten más pacientes al hospital que otros <sup>(207)</sup>. Este sistema de autoevaluación de las pruebas solicitadas disminuye aún más los costes sanitarios, al generar un descenso en la proporción de referencias al hospital.

La calidad, el costo y el beneficio obtenido son, por tanto, cuestiones que no pueden ser evitadas en el proceso de derivación al especialista por el MG. Pero el beneficio puede ser muy variable: el hallazgo de una enfermedad, alterar el pronóstico de la misma o reducir la ansiedad. La adopción de normas, la racionalización, el manejo de incentivos y la revisión de resultados pueden ser estrategias para mejorar las referencias <sup>(181)</sup>. Desde el punto de vista económico, lo que hay que mejorar es la sensibilidad de la derivación, es decir, reducir referencias innecesarias, que quizá no será beneficioso para el paciente, e incluso perjudicial. La varianza en la frecuencia de referencia al hospital es mucho mayor que en la prescripción. En algunos estudios se han encontrado desigualdades de hasta 25 veces. Si se aplicara el método empleado para la prescripción farmacéutica, 25 % de los MG del Reino Unido deberían ser visitados. El cálculo de la frecuencia de referencia tampoco está resuelto, pudiéndose emplear como denominador las cartillas de cada MG, episodios de enfermedad, categorías de enfermedad o número de consultas. Todas tienen sus ventajas e inconvenientes, pero ¿cómo se interpretan los resultados?, ¿cuál es la media de referencias deseable? Por ello, se debe de juzgar la derivación según los resultados inmediatos o esperados. Datos indirectos pueden ser considerados: a) escaso número de estudios antes y después de la referencia, b) pocos ingresos hospitalarios, c) una revisión como máximo después de la consulta, d) proporción alta de fallos en la cita de la consulta. Aunque sólo la discusión del caso que ocasiona la referencia probablemente sea el método más fiable.

Todos los sistemas de salud deben racionalizarse. En los sistemas de libre mercado, el acceso al servicio sanitario se encuentra en la voluntad del cliente para pagar. En el NHS, la limitación está en los costes no monetarios: coger la cita con el especialista, lista de

## Introducción

espera, ansiedad, etc. Se ha planteado por la autoridad sanitaria limitar las derivaciones del MG o bien imponer un coste económico al usuario, pero ninguna de ellas mejora la decisión ni la calidad de la referencia.

La incentivación, modificando el tipo de contrato, posiblemente cambiaría el comportamiento del MG en sus derivaciones al hospital. Revisando la sanidad en los EE.UU. Maynard propuso que el MG se convirtiera en el director del presupuesto para atención primaria y secundaria <sup>(181)</sup>. Lo que contemplaba era un mercado interno en el NHS con incentivos para maximizar la calidad y minimizar los costes. El MG “compraría” servicios hospitalarios tan baratos como fuera posible y que fueran atractivos para el paciente. El MG sería penalizado financieramente por altas frecuencias de referencia, derivaciones caras, y por pérdidas de pacientes (no satisfechos). En el momento de publicar este artículo <sup>(181)</sup>, no existía ninguna competitividad entre los MG, y en muchas partes del país había poca elección. La competitividad existe en el momento que el número de médicos sobrepase las necesidades de la población. Un factor añadido es la poca probabilidad de cambio del usuario a otro MG. En los EE.UU. la decisión de cambiar de una organización de salud a un competidor es tomada por organizaciones de clientes como compañías, grupos de seguro y uniones, más que por personas individualmente. El beneficio económico del MG establecido en su contrato podría suponer un problema ético. En cualquier caso, este sistema implantado en los EE.UU. sugiere que puede ser efectivo y eficiente. Es necesario controles de calidad y auditorías médicas.

La actualización y formación médica continuada es un pensamiento en la asistencia sanitaria contemporánea. El trabajo en grupo refuerza esas ideas, pero no sobrevive a la duración del grupo. La elaboración de protocolos de comunicación entre los MG y los especialistas reforzaría la indicación de la derivación. Una correcta referencia debe incluir los siguientes puntos <sup>(181)</sup>:

- Clara identificación del paciente
- Descripción resumida de la personalidad del paciente
- Un resumen del problema del paciente
- Un esquema de los antecedentes personales, incluyendo el tratamiento realizado

- La formulación clínica del problema
- Lo que espera el médico y el paciente de la consulta realizada
- Detallar lo que se le ha explicado al enfermo y la razón exacta para la referencia.

La protocolización de la derivación no soluciona el problema de la infrautilización de la referencia. Este asunto puede ser abordado por el análisis de los eventos críticos y la revisión sistemática (*peer review*), aunque esto último requiere tiempo y recursos. Los MG deben decidir el monitorizar nuevos casos de IAM (Infarto Agudo de Miocardio), carcinoma gastrointestinal, ceguera u otras condiciones en que reconocimiento precoz de síntomas y factores de riesgo resultaría en derivaciones beneficiosas al hospital. Cualquier nuevo método aplicado debe ser experimentado y evaluado previamente. Sistemas de información deben, además estar incluidos en los centros de MG y en los hospitales. Distintos Comités y Organos oficiales médicos están evaluando el modo de implantación y control de estos sistemas <sup>(181)</sup>.

Si la interpretación del proceso de referencia desde el MG es difícil, no lo es menos el primer paso, como es la medida de la frecuencia en la derivación <sup>(209)</sup>. Una primera forma es el medir el número total de derivaciones por MG individualmente o por Centro de Atención y compararlo con la información tenida en el hospital. Esto se ha hecho en proyectos de investigación, pero en la práctica diaria tiene muchas limitaciones: sustitución de médico, atención en otro “cupó” asistencial no modificado, etc. La forma de recogida de datos puede ser también un factor discordante para la interpretación estadística de la referencia. Si se toma un periodo corto de tiempo, las variaciones en la proporción de las referencias puede exagerarse. Igualmente, los intervalos de confianza pueden ser extremadamente amplios si se basan en pequeños centros o especialidades concretas <sup>(209)</sup>.

La variación de hasta 20 veces en la frecuencia de derivación a hospitales por los MG, se ha interpretado, además de por la escasa muestra analizada, por distintos factores: distancia desde el hospital, accesibilidad de transporte pública, expectativas sociales, calidad y cantidad del servicio hospitalario disponible, y el interés formación y experiencia del MG.

### Introducción

Esos factores son adicionales al impacto que la morbilidad de la población y otros condicionantes, como la edad y el sexo, tienen. Hay, sin embargo, una fluctuación al azar (dependiendo del momento analizado), que serviría al MG para examinar su propio comportamiento en la referencia <sup>(210)</sup>.

Estudios realizados en 60 centros <sup>(210)</sup>, durante periodos anuales, la proporción de referencias al hospital se situó entre 6 a 55/1000 consultas, siendo la diferencia de dos veces entre los percentiles 20 y 80. Casi toda esta variación se debe a diferencias en el comportamiento para la referencia y características de la población, más que a variaciones aleatorias.

En el estudio de Wilkin et al realizado en Manchester se analizaron las derivaciones realizadas por MG individualmente por un periodo de 20 días. En total se produjeron 89.030 consultas con 201 MG, resultando en 5.467 referencias, una media de 6,14/100 consultas con una desviación standard de 3,15. El número medio de derivaciones fue de 27,2 en el tiempo estudiado. Aplicando un modelo estadístico, la variación debida al azar justificaría una diferencia de 4 veces entre las derivaciones, pero no de 20 veces como ha sido encontrada en otros estudios. Una parte sustancial de la variación no queda explicada. El análisis de otros trabajos muestra que para la mayoría de las especialidades y casi todas las condiciones la variación aleatoria esperada enmascara las diferencias reales existentes a menos que largos periodos de tiempo sean estudiados o un gran número de centros o pacientes <sup>(210)</sup>.

La amplia variedad en la práctica clínica se ha argumentado como el factor más decisivo para el proceso de referencia. Los MGs con experiencia y preparación en determinadas áreas clínicas muestran un comportamiento en la derivación en mayor proporción que otros médicos, en esas especialidades, y que no puede ser explicado totalmente por diferencias en la complejidad del proceso (*case-mix*). La opinión de dichos MGs “expertos” es que se sienten más confiados en el manejo de esos procesos que otros MGs, pese a la mayor proporción de derivaciones a especialistas de esos mismos problemas, circunstancia difícilmente explicable <sup>(211)</sup>.

La decisión de la derivación es de poca aplicación práctica si lo que se determina son los factores que intervienen en la misma. El comentario con el médico consultor una vez recogidas todas las referencias y conociendo el resultado de la misma es otro aspecto estudiado en un centro de MG, con todas las derivaciones a las clínicas locales del NHS <sup>(212)</sup>. Los consultores, en general tienen, las ideas claras sobre lo requerido por el MG. Los pacientes también desean que el MG le haya aportado toda la información necesaria al MG para llegar a un diagnóstico rápido y un plan de manejo con el menor número de visitas al hospital. El sistema de información cruzada y el método utilizado fue muy efectivo, pero con un alto costo de tiempo y dinero. Las consultas a los distintos especialistas motivó cambios en el sistema organizativo y recursos de algunas de ellas, y la realización de protocolos de actuación más operativos, sobre aquéllos procesos más frecuentemente consultados (por ej. Dermatología). La edición de un manual contribuyó al conocimiento y puesta en práctica de las conclusiones a que se llegaron. No se objetivó apreciable exceso de derivaciones, excepto para especialidades muy concretas que se solucionaron. Los consultores entendieron algunos motivos poco definidos, como por ej. la ansiedad del paciente. No se pudo identificar déficit de derivaciones, aunque sí la forma de realizarla. El número de referencias descendió levemente, pero la calidad mejoró y el manejo del paciente llegó a ser más eficiente. El modelo utilizado por los MG para revisar sus derivaciones en el estudio se puede emplear en otros distritos de salud por su simpleza:

- Revisar las condiciones de envío al hospital
- Decidir si algunos procesos habitualmente referidos, puede ser manejado por el MG adquiriendo destreza o ampliando la plantilla o el tiempo.
- Acordar protocolos de envío de información, ayuda a la investigación, y manejo de estrategias por el MG
- Examinar y actualizar los protocolos anualmente

Las derivaciones al hospital dependen mayoritariamente de los MG. El uso racional de los recursos sanitarios hizo decidir al gobierno británico el que los médicos, desde abril de 1.991, incluyeran la proporción de referencias a las especialidades del hospital en su memoria anual a la Autoridad Sanitaria de Familia (*Family Health Services Authority*),

## Introducción

pudiendo discutir esas derivaciones con la inspección médica autorizada. El objetivo es que no se enviaran los enfermos al hospital innecesariamente. Las derivaciones a la consulta externa de especialidad se compararon con los ingresos enviados al hospital desde un colectivo de MG de Oxford <sup>(25)</sup>. La idea era que si los MG con alta proporción de referencias están enviando más pacientes a los especialistas innecesariamente, la proporción de pacientes admitidos al hospital desde esos centros debe ser más bajo. La mayoría de los pacientes remitidos a cirugía general (63%), ginecología (68%), ORL (50%), y traumatología (41%) se admitieron para tratamiento hospitalario. Sólo el 25% de medicina interna y el 23% de oftalmología lo fueron. Las posibilidades de admisión hospitalaria después de una derivación a consulta externa es mucho más alta para las especialidades quirúrgicas que para las médicas. La cirugía electiva está determinada por la decisión en AP. Diferencia entre los distritos tan sólo se encontró para medicina interna. En cirugía y medicina interna, y en todas las especialidades conjuntamente, las variaciones entre referencia y admisiones hospitalarias fueron similares. La proporción de ingresos en especialidades médicas es más variable que las quirúrgicas en los EE.UU. <sup>(213)</sup>. Se concluye que la frecuencia en el ingreso de enfermos es tan variable como la proporción de las derivaciones, suponiéndose la misma incertidumbre en la decisión por el MG como por el especialista. No se puede enjuiciar la calidad significativamente, con la información sobre la frecuencia de los ingresos o las derivaciones.

La información obtenida respecto a las referencias de los MGs por las Autoridades Locales, puede servir para modificar el comportamiento en la derivación, una vez conocido y discutido dicho informe por los MGs (*feedback*). Este fue el objetivo del estudio realizado por Paulo de Marco et al <sup>(214)</sup>. En dicho trabajo la variación en la referencia entre los distintos Distritos de Salud llegó a ser hasta de 4 veces. Las razones argumentadas por los MGs para esa variación fueron las siguientes:

- El mayor determinante para la derivación fue el acceso al especialista. Había acuerdo de que las largas listas de espera disminuía el envío de pacientes al hospital
- La facilidad de acceso al hospital, bien por cercanía o por visita del especialista al centro sanitario local, favorecía la referencia

- La destreza o preparación del MG era la tercera causa que condicionaba la derivación. La posibilidad de los MG de disponer de técnicas específicas en su centro tenía un importante efecto en reducir la referencia para esos procedimientos
- La exigencia del paciente se mencionaba como un factor que decidía la posibilidad de envío al especialista
- Relacionado con el punto anterior se encontraba la denuncia (administrativa o judicial) al MG. Un litigio interpuesto previamente condicionaba la frecuencia en la referencia.

En general, existía poco interés de los MGs en que se inspeccionara su conducta para las referencias, ya que, en su opinión, no se relacionaba con la calidad de la práctica clínica. Era fácil comprobar que a los 6 meses prácticamente ningún MG (incluidos los más interesados) revisaba sus derivaciones. En definitiva, el “*feeddback*” no tiene un resultado efectivo sobre el hábito en la referencia de los MGs. Sería más deseable la discusión sobre condicionantes clínicas.

En el proceso de referencia, el informe es el medio de comunicación entre el especialista y el MG. Varios autores han propuesto distintos apartados que deben ser completados por parte del MG <sup>(181, 182)</sup> y también en la respuesta del especialista, con un acuerdo previo entre ambos. Newton et al <sup>(182)</sup> realizaron una encuesta a especialistas y MGs de Newcastle, dos de éstos últimos con presupuestos asignados (*trusts*). Se les preguntó sobre 5 temas:

- Contenido clínico de la derivación del MG al consultor
- Contenido administrativo en la misma dirección
- Contenido clínico en el informe del especialista
- El uso y contenido potencial del conocimiento de la información de cada uno de ellos (*feedback*)
- La inspección o auditoría de la derivación por profesionales independientes.

El 77% de los MGs y el 88% de los consultores especialistas estaban a favor de los datos clínicos en el documento del MG, interpretándolo como “siempre importante”, con un mínimo de requerimientos. Datos similares se dieron con la cumplimentación de los datos

## Introducción

administrativos. Los MGs estaban más dispuestos a recibir “*feedback*” que los consultores a darlo. Una minoría opinaba que el “*feedback*” se debía restringir a la información puntual de un caso en concreto. En la práctica, la comunicación entre MGs y especialistas debe pretenderse llegar al “grado óptimo” en vez de al “grado ideal” <sup>(182)</sup>.

Otra forma de mejorar la comunicación entre el MG y el especialista, en los pacientes derivados, es la implantación de un modelo estandarizado en que se contemplen datos administrativos, antecedentes personales, motivo de consulta, signos exploratorios, razón para la referencia, motivo de consulta y expectativa del MG con la derivación. En los niños enviados para estudio de soplos cardíacos, este tipo de documento contiene más información que los métodos convencionales no estructurados de tamaño equivalente <sup>(215)</sup>.

La elaboración de guías y protocolos de derivación de aquéllos procesos más frecuentes sirve para “normalizar” la referencia y, a su vez, para evaluar lo apropiado de la misma. Sin embargo, deja al margen las perspectivas y expectativas del paciente. La valoración por el consultor y un MG independiente, junto a la aplicación de la guía clínica fue la sistemática utilizada por Fertig A. et al para enjuiciar la indicación apropiada de la derivación <sup>(208)</sup>. En total se analizaron 600 referencias, 521 del MG y 79 de otros especialistas. Se encontró una variación de 2,5 veces en la frecuencia de las referencias al hospital (84 a 208/1.000 ptes/año). Los especialistas consideraron el 90,4% de las derivaciones como acertadas, que descendió al 84,1% si se aplicaba la guía clínica, es decir, entre el 10% y el 15% se interpretan como posiblemente inapropiadas. Este valor reduciría la variación de la frecuencia de 2,5 a 2,1 veces. En cualquier caso, el efecto neto de cumplimiento estricto de la guía incrementaría los pacientes referidos un 2,1% (de 11,3% a 13,4%), variación no significativa. Por tanto, la aplicación de las guías clínicas no reduciría en número de pacientes referidos al hospital.

El mantenimiento del seguimiento en el hospital una vez atendido el enfermo, es una circunstancia muy generalizada en las consultas externas de especialidad, que puede llegar hasta los 2/3 de los pacientes <sup>(216)</sup>. Existe cierta reserva en devolver al enfermo al MG, quizá por desconocimiento o desconfianza <sup>(105)</sup>. Simplemente la información sobre las

necesidades concretas de revisiones en las consultas puede reducirlas en un 50 %, disminuyendo costes y haciéndolas más eficientes <sup>(216)</sup>.

Un problema consubstancial a las consultas programadas es la lista de espera, objetivo de calidad y prioritario para la autoridad sanitaria. Aunque tiene mayor impacto social el tiempo de espera quirúrgico, la lista de espera de consultas externas contribuye a la molestia y enfado del usuario, buscando otras alternativas sanitarias en muchos casos. En un estudio realizado sobre 2.500 pacientes en lista de espera de consultas, 400 ya no la precisaban por fallecimiento, curación o haber acudido a la medicina privada. Con la demora en la consulta, el enfermo permanece con su proceso más tiempo de lo necesario, con la consiguiente morbilidad y gasto social que conlleva <sup>(217)</sup>. Reducir la lista de espera es un problema de todos los estamentos implicados, y no sólo del médico que está en la consulta. Las funciones administrativas y búsqueda de resultados perdidos en una consulta pueden llegar a suponer hasta el 45 % del tiempo total de la consulta <sup>(218)</sup>.

La mayoría de los MGs sufren la frustrante experiencia de conocer que el enfermo derivado no ha acudido a su cita en el hospital, solicitando posteriormente una nueva interconsulta, con el consiguiente perjuicio hacia sí mismo y al Sistema de Salud. Para pacientes nuevos y en revisiones, la media en el Reino Unido se sitúa en el 12% <sup>(219)</sup>. El coste por cita perdida fue de 20 a 50 libras en 1984. En 1997 se elevó a 65 libras. Un coste total anual estimado sería de 300 millones de libras en 1994 <sup>(219)</sup>. La frecuencia en la ausencia a la cita puede llegar hasta el 31,4% de los pacientes psiquiátricos analizados por Carpenter et al, hasta el 9% en los servicios de consultas externas <sup>(203)</sup>. McGlade et al <sup>(220)</sup> analizan 280 referencias al hospital durante un periodo de 14 semanas, con un 20% de citas que no acudieron en consultas externas, 12% en accidentes y 5% en urgencias fortuitas. La proporción de enfermos no presentados a la cita programada variaba notablemente de una especialidad a otra (**Tabla 4**). La lista de espera prolongada fue el factor más determinante para no acudir a la consulta, aunque este motivo no se consideraba igual para todas las especialidades estudiadas. En dermatología y ORL otras condicionantes se pueden aceptar: referencia inapropiada o proceso autolimitado que se resuelve espontáneamente. Otros motivos pueden darse: miedo o desconfianza hacia el hospital, temor a que se encuentre

### Introducción

una enfermedad importante, seguridad obtenida con el MG, factores socioeconómicos, dificultades en el transporte y percepción de que la derivación no era necesaria.

**Tabla 4: Pacientes no presentados a la cita en consulta externa (por especialidades)**

	<u>TOTAL</u>	<u>NO ACUDE CITA (%)</u>
Medicina Interna	38	5 (13)
Cirugía	30	5 (17)
Ginecología	25	3 (12)
Dermatología	21	4 (19)
ORL	22	9 (41)
Oftalmología	11	2 (18)
Psiquiatría	5	2 (40)
Otras	15	3 (20)
<b>Total</b>	<b>167</b>	<b>33 (20)</b>

*De McGlade et al, Br Med J, año 1988; vol 297: pag 1246-1248 <sup>(220)</sup>*

Otro dato importante obtenido del anterior estudio <sup>(220)</sup> fue que casi una cuarta parte de los enfermos referidos al hospital no disponían de informe en el momento de finalizar el análisis, y sólo 8 (41 el total) de los que no acudieron se les comunicó al MG. Distintas soluciones administrativas o de otro tipo deben ser dadas para evitar estos problemas. Otros trabajos concluyen que los factores del usuario son menos importantes que las cualidades y aspectos del servicio, para explicar la falta a la cita en la consulta externa del hospital <sup>(221)</sup>, mientras otros afirman <sup>(222)</sup> que las razones son varias y complejas, procediendo del propio usuario, del médico que indica la referencia y del hospital en su faceta gestora y administrativa. Los enfermos olvidan la cita o no comunican su falta a una consulta de diabetes en el 61% de los casos, atribuyéndolo a problemas del servicio de salud el 14%. Distintas soluciones en este sentido se han dado para mejorar la aceptación del enfermo para la cita, como son el envío de cartas domiciliarias confirmatorias y la llamada telefónica <sup>(219, 223)</sup>.

Además del perjuicio económico, se produce un perjuicio hacia el propio sistema sanitario, con el aumento de la lista de espera, y sobre el propio enfermo aumentando la morbilidad. Con el concepto de información compartida entre el MG y el paciente, se diseñó un estudio por Hamilton et al <sup>(219)</sup>, entregándole al enfermo una copia de la carta de derivación con el objetivo de disminuir la falta a la cita en consultas externas. Sin embargo dicho método no descendió la proporción de pacientes que no acudían a la consulta, pese a la buena aceptación por parte de médico y paciente.

Sistemas sanitarios distintos presentan problemas y necesidades distintas. Se considera que en la mayoría de los países industrializados el 5% de las visitas en la Atención Primaria resultan en referencia al especialista. Se han realizado estudios comparativos en las derivaciones a hospitales en capitales de países distintos como Amsterdam (Holanda) y Birmingham (Reino Unido) <sup>(224)</sup>. En Holanda 2/3 de la población tiene un seguro médico similar al NHS. El 1/3 restante contrata un seguro privado. En la fecha del estudio el MG es remunerado en relación a la población atendida. Los especialistas son retribuidos de forma distinta en ambos países: en Holanda son compensados por enfermo atendido, y es el enfermo el que elige voluntariamente cuándo y a qué especialista acudir. Esto conlleva un alto número de derivaciones (300/1.000 consultas/año), y además de baja calidad. Son las consultas oftalmológicas las más demandadas. Se concluye que las referencias al especialista son más apropiadas en Birmingham que en Amsterdam, sin embargo la lista de espera es 4 veces inferior en Amsterdam y la satisfacción del enfermo es también superior <sup>(224)</sup>.

También en Dinamarca se ha prestado atención al proceso de derivación al especialista <sup>(225)</sup>. En el Servicio de Salud Danés más del 95% de los pacientes son registrados en un MG de su elección. El tratamiento indicado por el MG es gratuito, al igual que el del especialista, una vez resuelta la referencia. A ambos profesionales médicos se les remunera por consulta y procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados, por el SNS. La media de referencias es similar a otros países, situándose sobre el 7% de las consultas, aunque con un amplio rango entre los distintos MGs. Esta proporción se incrementa con la mejor cobertura del especialista y disminuye con la distancia a éste. Aquellos MGs con

### Introducción

mayor número de enfermos (no de presión asistencial) referían pacientes más frecuentemente. El tamaño del centro también se demostró como factor inverso para la derivación. Las técnicas diagnósticas o terapéuticas solicitadas no influyen la proporción de referencias. Parece, pues, que en Dinamarca el MG se adapta a las condiciones de su trabajo y el entorno.

El envejecimiento progresivo de la población hace que se organicen consultas externas (geriátricas), para revisar o atender pacientes estudiados o tratados por otros especialistas, ambulatoriamente o ingresados previamente. Las enfermedades respiratorias crónicas y la cardiopatía isquémica fueron la patología más frecuente sobre 97 visitas realizadas<sup>(226)</sup>. La edad media era de 79 años, y predominaban mujeres (79%). Se pudo modificar el manejo previo del enfermo en el 37% de los casos, y un nuevo problema médico o diagnóstico se encontró en el 16%. No se considera apropiada la consulta externa geriátrica como medio para detectar altas o seguimiento innecesarios en los pacientes ancianos. Se propone a la Enfermería como el personal adecuado para la atención de estos enfermos, después de su asistencia en el hospital<sup>(226)</sup>.

### **4.5.3. PROCESO DE REFERENCIA (“REFERRAL”) EN ESTADOS UNIDOS**

La contención del gasto sanitario, mejorando además la eficiencia del sistema y manteniendo la calidad asistencial, ha hecho modificar los planteamientos en el cuidado primario y de especialidad, en un país con política sanitaria liberal, en el que predominan los seguros privados y el pago médico directo, con un porcentaje muy alto de la población no asegurada o subasegurada. La implantación de los HMOs (*Health Maintenance Organization*) con planes de seguro prepagados (*prepaid*) o para beneficios (*for-profit*) han hecho que se limiten el uso de algunos servicios (*gatekeeper*), de manera que un médico de cuidados primarios sirve como “portero” para acceder al especialista. Existen distintos tipos de planes con el sistema “*gatekeeper*”: a) médicos de AP asalariados que regulan las derivaciones a especialistas consultores asalariados o que cobran por servicio y

que pueden o no recibir una pequeña parte de sus beneficios anuales en el rendimiento de un gran grupo de médicos; b) el médico de AP regula todas las referencias al especialista, recibiendo ambos un pago por paciente y por año (capitación), independientemente del uso realizado. Las referencias a muchos especialistas reducen los ingresos del médico de AP, pudiendo afectar la decisión médica para la misma. Los dilemas éticos en los planes *prepaid* son menos aparentes que en los planes de pago por servicio (*fee-for-service*). El médico *gatekeeper* aporta cuidados básicos, regula las derivaciones al especialista y maneja las hospitalizaciones. Esto conlleva menos uso de la hospitalización con toda su yatrogenia, una actualización de los patrones de cuidados clínicos con protocolos de diagnóstico y tratamiento, y una visión global del enfermo, médica y social <sup>(227)</sup>.

No está claro si exista diferencia en la proporción de referencias al especialista entre los pacientes del sistema HMO y aquéllos con planes de pago por acto (*fee-for-service*). Muchas compañías de seguro y HMOs han establecido inspecciones para valorar la idoneidad y lo apropiado de las derivaciones, empleando protocolos creados por la industria, aunque se entiende que hay que disponer de un mayor conocimiento sobre el proceso de referencia para poder mejorar su calidad y eficiencia <sup>(220)</sup>. Un cuestionario enviado a MGs y especialistas de Stanford (California) permitió a Donohoe et al <sup>(228)</sup> analizar las referencias y su idoneidad. La mayoría de las derivaciones al especialista fue motivada por el deseo del MG en obtener diagnóstico o consejo terapéutico, o bien para la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico concreto. Razones médicas y no médicas influenciaron al MG a decidir la referencia en el 76% de los casos. La mayoría de las consultas es considerada de complejidad media por el especialista, y un 30% como inapropiadas o posiblemente apropiadas. Un porcentaje de derivaciones en torno al 30% se podría haber evitado con una preparación específica del MG (17% de las respuestas), consultando a otro MG de confianza (13%), mediante consulta telefónica al especialista (12%) o con la presencia de un educador sanitario (10%), entre otros medios de preparación teórica o de modificación en la visita (20%). El paciente interviene en la decisión en un 20% de los casos. No se objetivaron diferencias en las características de la referencia dependiendo del tipo de seguro del paciente.

### Introducción

La comunicación entre los niveles asistenciales es una característica fundamental en el cuidado de salud. En los EE. UU. del 1,6 % al 8,8 % de las visitas a un CAP (Centro de Atención Primaria) precisan de envío a otro especialista (incluyendo urgencias) <sup>(229)</sup>. Se consideran 5 pasos para la resolución completa de una referencia:

- 1) Definición de la necesidad para la referencia
- 2) Comunicación de la indicación al médico consultor
- 3) Atención dada al problema por el consultor
- 4) Comunicación de los hallazgos al MG
- 5) Conocimiento de las 3 partes implicadas (paciente, consultor y MG) de quién está asumiendo la responsabilidad en la continuidad del paciente.

Coordinación y continuidad en el cuidado son características de la APS. Esta última para ser efectiva puede ser continuidad de relación o de información. Una referencia que no se sigue de información del seguimiento al MAP prescinde de ambos tipos de continuidad, además de ser una experiencia frustrante para el MAP. Si el paciente volviera más tarde y ninguna información fuera recibida surgen otros problemas: a) vergüenza personal del MG y una pérdida de la recompensa social, b) el paciente siente la falta de coordinación y una pérdida en la relación con el médico, c) si el proceso es de carácter crónico, puede surgir una complicación. El análisis del proceso de referencia desde la perspectiva de la continuidad en la atención fue realizado durante un periodo de 6 meses, con carácter prospectivo, sobre un total de 213 derivaciones realizadas en un centro de atención rural <sup>(229)</sup>. Se enviaron 65 a centros de urgencias afiliados a la universidad, 69 a veinticinco clínicas distintas de especialidad, y 78 a médicos privados. Se derivaron el 5,3 % de las visitas del centro. La información desde el médico consultor fue ofrecida en el 62 % de los casos. Para aquéllos que precisaban seguimiento, la información llegó en el 54 % de los casos. El teléfono (urgencias) y el informe escrito (clínicas y médico particular) fueron los medios de comunicación más utilizados. Este último es el sistema más satisfactorio de interrelación, para aportarlo a su historia clínica.

Los pacientes que precisan seguimiento son los que una mejor comunicación debe existir entre el MG y el médico consultor. Esto es fundamental en enfermos multisistémicos, en

los que el especialista diagnostica problemas e inicia tratamiento, pero los MG aportan supervisión y consejo. Los motivos para la pobre comunicación desde los centros universitarios pueden ser debidos a: a) no prestar importancia a la comunicación, considerando al MG como poco preparado e interesado, b) la responsabilidad en los centros de urgencias y clínicas de especialidad se difumina, al ser atendido el paciente por una sucesión de estudiantes, residentes, staff, etc. y, c) falta de concienciación en la continuidad del cuidado. La continuidad en el seguimiento en un 38 % va a ser responsabilidad del médico consultor, en un 3 % del MG, y en un 59 % compartida entre ambos <sup>(230)</sup>.

Las razones para una referencia pueden ser varias <sup>(230)</sup>: tener una segunda opinión para el manejo del paciente (72%), falta de destreza o medios (62%) y disponer de una 2ª opinión para el diagnóstico (45%). Otras veces el manejo específico del problema fue el motivo principal en el 82 % de los casos.

El envío de pacientes desde un centro de formación de MF en Fulton (Missouri) a otros especialistas privados o de centros universitarios se analizó en otro trabajo <sup>(230)</sup>, durante un periodo de tres años. La reputación del consultor, capacidad para atender al enfermo sin demora y posibilidad de enviar un informe al MF con los hallazgos obtenidos, fueron los motivos más importantes para decidir a qué consultor enviar al enfermo. Además del diagnóstico de sospecha y la especialidad, se solicitaba el tipo de seguimiento en la atención del paciente: 1) evaluación y remitirlo con las recomendaciones pertinentes, 2) asumir el cuidado del problema concreto y luego enviar, 3) asumir el total cuidado del enfermo. Se derivaron el 1,65% de las visitas al centro. Las enfermedades del SNC y órganos de los sentidos fueron los procesos más enviados, seguido de los genitourinarios. Las especialidades médicas supusieron el 21,4% de las consultas derivadas y las quirúrgicas el 32,1%. A pediatría y especialidades médicas se enviaban enfermos para el manejo concreto del problema y luego remitirlo, para su seguimiento, por MG. En cirugía se pretendía la solución completa del proceso. Otros estudios van en consonancia, en el sentido que los MG refieren al paciente para el manejo estricto del problema. El hecho de ser médico residente corrobora este aspecto, por su propio objetivo de formación. Médicos

### Introducción

de Familia en centros privados pueden también enviar al paciente para su propia educación, aunque lo puede limitar la presión asistencial o la falta de experiencia<sup>(230)</sup>.

La referencia de un paciente de un médico a otro es esencial para proveer calidad médica y cuidado quirúrgico. De todas formas, la atención de un paciente individualmente no es la única consecuencia. La decisión clínica de derivar al enfermo, es seguida inevitablemente por otros eventos: otras visitas médicas, hospitalización, procedimientos médicos y quirúrgicos, y otras consultas. Esto es una potencial fuente de ingresos para todas las partes implicadas: médicos y hospital, pero un costo para las aseguradoras. El control sobre las referencias tiene implicaciones estratégicas en los beneficios obtenidos. Cien pacientes referidos por un MF de una comunidad rural a especialistas de un hospital de tercer nivel generan en un plazo de 6 meses 345 visitas a especialistas, 47 admisiones en el hospital por esos médicos, 280 días de hospitalización, 7 cirugías ambulatorias y 128 procedimientos hospitalizados. En cargos hospitalarios, se pagarían 210.600\$ (1.987). Una derivación costaría aproximadamente 3.000\$. Si la atención sólo se presta en consulta externa, el gasto sería de 300\$ por referencia durante un intervalo de 6 meses después de la cita con el especialista, ocho veces menos que hospitalizando al paciente. El especialista que se consulta no es el único participante económico, otros especialistas hospitalarios participan significativamente en el cuidado del paciente referido<sup>(231)</sup>.

Como se ha expresado anteriormente, los hospitales en EUUU dependen para su viabilidad económica de la referencia e ingresos de pacientes. Este estado competitivo entre hospitales creó la necesidad de ampliar su cuidado primario que, a su vez, origina un sustancial impacto en el propio hospital y en su atención sanitaria. Con ese objetivo se realizó un estudio en un hospital universitario de Seattle (118). En un año un total de 6.304 pacientes fueron atendido en el Centro de Medicina Familiar (CMF) y en el hospital universitario (ambulatorio o ingresado), generando un total de 29.143 visitas en las clínicas ambulatorias del hospital. Sesenta por ciento fueron mujeres, y un 7,3% de los paciente registrados tenían más de 65 años, pero supusieron el 14% de los ingresos. Igualmente utilizaron una mayor proporción de la consulta externa (10,8%) y el área de urgencias (13,2%). Una referencia al hospital se generó con cada 8,4 visitas al CMF. El 43% del

total, al menos en una ocasión fueron atendidos en una consulta de especialidad, incluyendo referencias desde el CMF, autorreferencias o derivaciones secundarias desde otras clínicas de especialidad. El 48% de las derivaciones fueron para especialidades quirúrgicas (48%), seguido de las especialidades médicas (32%), obstetricia y ginecología (13%) y psiquiatría (3%). La frecuencia anual de visitas por paciente fue de 4,6. Aquéllos con consulta en especialidades médicas promediaron 2,5 visitas/paciente/año. El 85% de los pacientes psiquiátricos precisaron de 13,1 visitas/año. La especialidad más consultada fue oftalmología (95% para defectos de refracción). Cardiología y dermatología fueron las especialidades médicas más visitadas. Los 698 pacientes ingresados generaron el 56,1% de los cargos par el CMF. La alta proporción de recursos precisados por un número relativamente pequeño de pacientes se refleja por el hecho que necesitaron el 43% de los cargos en anatomía patológica y laboratorio, 23% de radiología y 39% de otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos por el CMF. Los servicios de hospitalización supusieron las 2/3 partes del total de cargos generados desde el CMF. El efecto multiplicador de un CMF sobre un hospital universitario es sustancial: por cada dólar consumido en la atención primaria se generan 6,40 dólares en el sistema. Esto debe servir para planificar los servicios sanitarios primarios no sólo en centros universitarios sino para otras organizaciones de cuidados de salud <sup>(118)</sup>. Otros autores sugieren que la viabilidad financiera del hospital y sus médicos va a depender del estado asegurador de los pacientes <sup>(232)</sup>.

La consulta a otro especialista se puede realizar en el propio centro hospitalario, con enfermos ingresados. En el Centro Médico Universitario de Tucson (Arizona) (300 camas) el Departamento de Medicina Familiar mantiene un servicio de pacientes ingresados. Niños y adultos con una amplia variedad de problemas médicos son atendidos por médicos residentes bajo la supervisión de un facultativo especialista en MF. Durante un periodo de 2 años y medio se analizaron todas las consultas emitidas a los especialistas, que supusieron un total de 1.017 para un total de 2.155 pacientes (una consulta por cada 2,1 pacientes). Cardiología (10,03%), gastroenterología (9,93%), neurología (8,46%) y respiratorio (7,28%) fueron las especialidades más consultadas. El porcentaje de consulta por enfermo cayó a lo largo del estudio, de 0.56% a 0.36, coincidiendo con incremento de

### Introducción

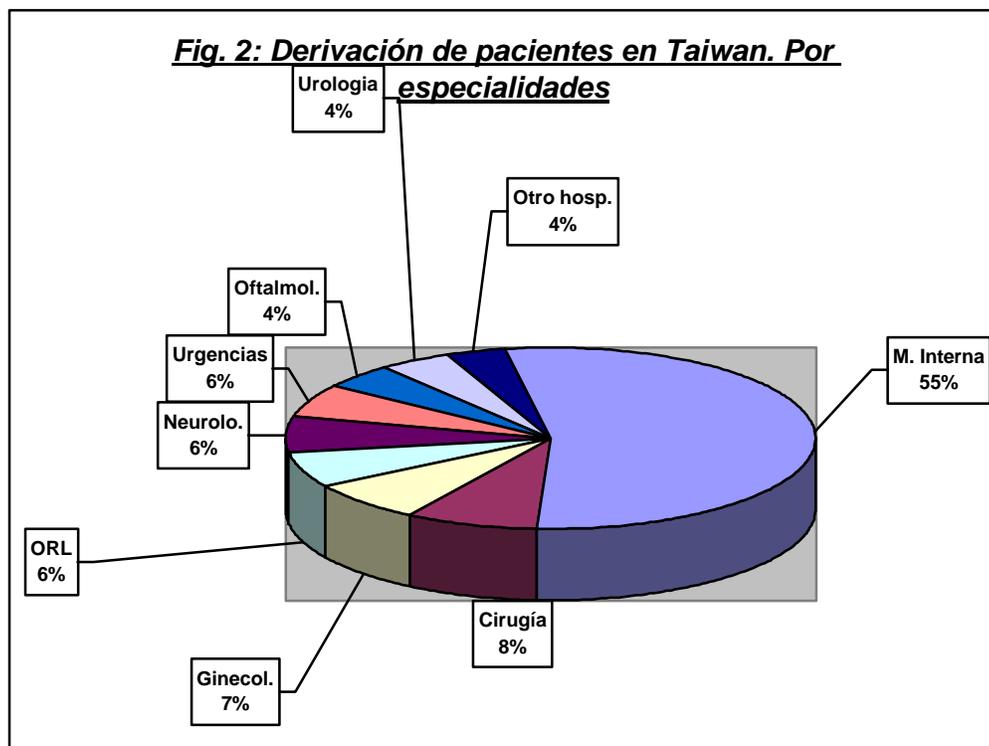
sistemas *prepaid* del 0 al 60% de los ingresos. Durante ese tiempo, los médicos recibieron educación sobre la necesidad de reducir los costos disminuyendo los servicios y test innecesarios. Los incentivos del *plan prepaid* también contribuyó a la reducción en el uso de los consultores, aunque otra explicación podría ser la autosuficiencia de los MFs <sup>(151)</sup>.

La insatisfacción con el proceso de derivación es un tema de conversación habitual en coloquios médicos. La comunicación entre el MG que refiere al enfermo y el especialista consultor deja mucho que desear, considerándose una seria amenaza para la calidad del cuidado médico. Los enfermos crónicos precisan, más que otro tipo de enfermos, de *cuidado compartido* entre MG y especialista. La comunicación entre ambos se considera fundamental, y directamente proporcional a la satisfacción del paciente, según encuestas anteriores. En un estudio realizado por el mismo autor (William PT) <sup>(233)</sup>, mediante cuestionarios enviados a los MGs y especialistas, se analiza la comunicación entre ambos, el método más adecuado y el contenido de la misma, sus opiniones, la función de cada uno y otras sugerencias con relación a un grupo de enfermos crónicos. Los MGs mostraron menor tendencia hacia el cuidado compartido que los especialistas (39% v/s 88%). La comunicación ideal sería la verbal inicialmente, con informe escrito suplementario. Ambos opinan que la medicación actual, las razones para la referencia y aquellos datos que el paciente no va a contar son los puntos más importantes que deben incluirse en cualquier informe. Los especialistas suelen estar menos conformes con el informe aportado por los MGs (2,75/5), que al contrario (3,55/5). La discusión sobre el proceso de referencia precisa de estudios extensos en este país, que con los nuevos sistemas de seguros, hacen que este acto médico sea crucial para el sostenimiento financiero del sistema de salud.

#### **4.5.4. PROCESO DE DERIVACIÓN EN OTROS PAÍSES.**

Aunque el proceso de referencia la especialista se inició en el Reino Unido, otros países no occidentales, han adoptado este sistema, como es el caso de Taiwan. En este Estado Asiático, en el año 1993 trece tipos distintos de seguros sanitarios cubrían al 57,1% de la población total. Un programa de seguro nacional de salud fue aprobado en el año 1995. Para valorar la calidad y cantidad de los recursos sanitarios, 17 regiones médicas se

designaron para formar la Red de Cuidados de Salud. La definición de la MG y su función sirvió para entender el proceso de referencia paso a paso. En un estudio realizado por Wu <sup>(154)</sup>, se analizaron 604 referencias, que representaban el 2,3% de todas las visitas. Se incluían las técnicas diagnósticas (endoscopias, ecografías, etc.), que representaban más de la mitad de las referencias (54%). El 10,6% de las derivaciones no se completaron 60 días más tarde de comenzar el proceso (*insuficiencia* en la referencia). Al contrario de otros estudios en países occidentales, medicina interna fue la especialidad más consultada (*Figura 2*), con 134 citas. Se estudian las causas para esa insuficiencia, siendo por factores administrativos en el 59,4% de los casos. Circunstancias del enfermo justificaron el 35,9% de los casos. La proporción de referencias no resueltas a los 60 días fue inferior en aquellos médicos con una buena relación con el enfermo o el consultor, y habituado a los procedimientos administrativos. Se entiende que, en Taiwan, la pobre comunicación entre el médico y el paciente es un problema por resolver.

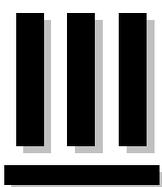


DeWu et al. *J Fam Pract*, Vol. 42, n° 5; 1996 <sup>(154)</sup>

### Introducción

En Canadá las variaciones regionales en el uso de los servicios sanitarios han sido analizadas para planificaciones futuras de los Servicios de Salud. La división de los hospitales en 5 grupos y los MGs adscritos a uno de ellos, permite estudiar los distintos factores que intervienen en el proceso de utilización del nivel especializado, y el proceso de referencia desde el MG <sup>(130)</sup>. Tres circunstancias muestran variación significativa en los distintos grupos de médicos, adscritos a cada uno de los tipos hospitalarios: localización geográfica, el más importante, que permite el acceso a los recursos (camas hospitalarias, tests de laboratorio); estilo en la práctica asistencial; y relación del MG con el especialista. Para casos similares, los médicos de áreas rurales referían la mitad que aquéllos que atendían población dependiente de hospitales terciarios <sup>(130)</sup>.

La comunicación entre el médico especialista del hospital y el MG ha sido también abordada en Australia. En el trabajo de Bolton <sup>(234)</sup>, se analiza la información recibida por el MG del especialista, durante y después de un ingreso hospitalario. Los principales datos requeridos por el MG en el informe de alta por el hospital son la necesidad de seguimiento y el tratamiento recibido en el hospital. Aproximadamente una cuarta parte de los informes no es recibido por los MGs, atribuyéndose a circunstancias en el contenido del propio informe, y la forma de envío a través del mismo paciente.



# **OBJETIVOS**

Planteamiento del problema. Objetivos

1. En el año 1.986 se aprueba la Ley General de Sanidad con los principios de universalidad, accesibilidad y equidad
2. La Reforma de la Atención Primaria, con la conversión de los ambulatorios en Centros de Salud, ha mejorado la calidad asistencial y la satisfacción del usuario.
3. La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria ha supuesto un cambio hacia la mayor responsabilización y visión más integral del enfermo.
4. La creación de una red de Hospitales Comarcales o de primer nivel en Andalucía ha motivado una desviación de enfermos desde los hospitales de mayor nivel y de Atención Primaria hacia los mismos, conforme se han ido desarrollando y ampliando la cartera de servicios de estos centros asistenciales.
5. Para una atención integral e integrada del paciente y un adecuado aprovechamiento de los recursos se precisa una correcta coordinación y relación entre los distintos niveles asistenciales.
6. La especialidad de Medicina Interna se encuentra en un lugar de privilegio entre la Atención Primaria y el resto de especialidades del hospital, al compartir la visión general de la primera y la ubicación intrahospitalaria de las segundas. Estas circunstancias son más evidentes en los hospitales de primer nivel.

Por todo ello, LOS OBJETIVOS de este trabajo son los siguientes:

- I. Valorar si la derivación de enfermos desde Atención Primaria a las Consultas Externas del Hospital ha ocasionado un desplazamiento de los enfermos hacia las consultas, que podrían haber sido manejados con mayor efectividad y eficiencia en el nivel primario de atención.

- II. Determinar si la relación y la coordinación entre Atención Primaria y Especializada han cambiado con la Reforma Sanitaria.
  
- III. Precisar la necesidad de un nuevo modelo de gestión sanitaria, con participación de los profesionales de la Sanidad, entendiendo la atención al enfermo como una continuidad asistencial.
  
- IV. La utilización de la mayoría de los recursos sanitarios corre a cargo de un porcentaje pequeño de población (crónicos y ancianos). Como alternativa a la derivación de enfermos desde Atención Primaria a Asistencia Especializada se proponen tres modelos de atención al paciente externo:
  - a) integración o salida periódica del especialista consultor, desde el hospital comarcal al centro de salud, con un formato similar a sesiones clínicas. La especialidad que mayor capacidad de resolución tiene es Medicina Interna.
  - b) establecimiento de la consulta de especialidad en el centro de salud, compartiendo historia clínica con el médico de Atención Primaria (historia clínica única).
  - c) creación de la Unidad de Enfermos Hiperfrecuentadores y Crónicos, coordinando los niveles asistenciales sanitarios y sociales. En el nivel hospitalario: Consulta Externa, Unidad de Día, Unidad de Estancias Cortas y Hospitalización convencional directa y dirigida.
  - d) la instalación de una red informática en el sistema sanitario público con acceso inmediato a la documentación clínica actualizada va a suponer una mejora y un cambio radical en la forma de atención al enfermo.

**IV**  
**MATERIAL**  
**Y**  
**MÉTODOS**

## **1. Descripción del Area Sanitaria Sureste de Sevilla. Area de Gestión Sanitaria de Osuna**

### **1.1. Datos geográficos.**

El Area Sureste de Sevilla se encuentra situado entre las provincias de Málaga (este), Cádiz (sur) y Córdoba (norte), y al oeste por los municipios de El Arahal, Marchena y Morón de la Frontera. Es una campiña fértil de clima continental, lluvias escasa y fuertes vientos de levante y poniente. Su extensión es de 2.800 Km<sup>2</sup>. La red de carreteras ha sido notablemente mejorada en los últimos años con la construcción de la Autovía de Andalucía E-5/N-IV, con dirección a Madrid y la Autovía del 92 (A-92). Está formada por 23 municipios, de una gran heterogeneidad.

El Area Sanitaria de Osuna lo forman dos Distritos Sanitarios: Osuna y Ecija, y siete Zonas Básicas de Salud. En el Distrito Sanitario de Osuna se encuentran las Z.B.S. de Estepa, El Saucejo, Puebla de Cazalla y Osuna. El D.S. de Ecija consta de tres Z.B.S.: Ecija “Virgen del Valle”, Ecija “Almorrón” y La Luisiana.

El Distrito Sanitario de Osuna se encuentra situado en la zona más oriental de la provincia de Sevilla, limitando al norte con el municipio de Ecija, al sur con la provincia de Málaga, al este con las provincias de Córdoba y Cádiz y al oeste con los municipios de Morón de la Frontera y Marchena.

Este Distrito Sanitario presenta una heterogeneidad en su territorio, formando parte de dos grandes áreas naturales: la Campiña y la Sierra Sur.

Los municipios que forman parte de la Campiña son:

- Osuna
- La Lantejuela
- El Rubio
- Zona oriental del término municipal de Estepa

### Material y Métodos

Los tres primeros forman la Z.B.S. de Osuna. Desde el punto de vista humano, la zona presenta un poblamiento desértico, reduciéndose a caseríos y cortijos en progresivo abandono. Osuna es el claro centro de la zona.

La Sierra Sur es el otro conjunto natural que presenta el D.S. de Osuna, que se puede subdividir en tres áreas significativas:

- Sierra de Estepa
- Sierra Sur baja
- Sierra Sur alta

La Sierra de Estepa está compuesta por los municipios de Estepa, Marinaleda, Herrera y Aguadulce, todos pertenecientes a la Z.B.S. de Estepa.

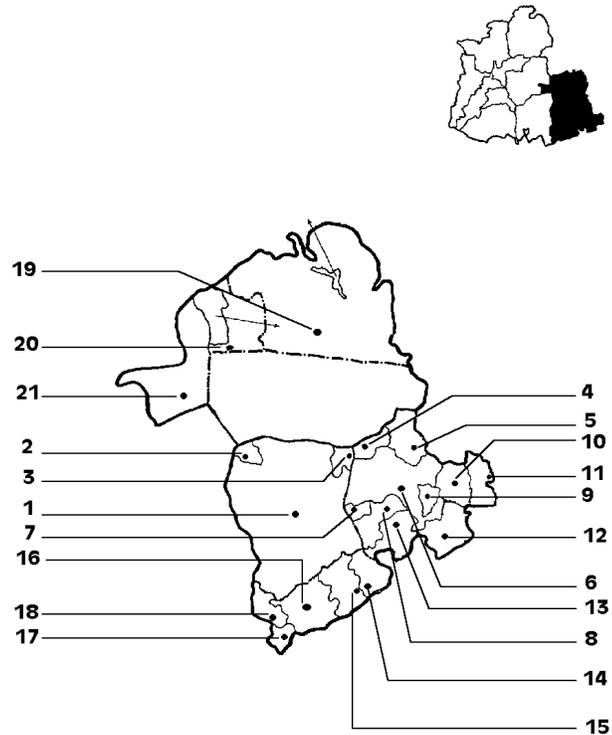
La Sierra Sur baja comprende los municipios de Badolatosa, Casariche, Roda de Andalucía, Lora de Estepa, Gilena y Pedrera también dependientes de la Z.B.S. de Estepa. Su fuente económica es la agricultura, dominando el olivar y los cultivos herbáceos.

La Sierra Sur Alta está formada por los municipios de Villanueva de San Juan, Algámitas, El Saucejo, Los Corrales y Martín de la Jara, pertenecientes a la Z.B.S. de El Saucejo.

El municipio de Puebla de Cazalla ha sido incorporado al D.S. de Osuna durante el año 1.991, siendo anteriormente su D.S. el de Morón de la Frontera, y el Area Hospitalaria de referencia el Hospital Universitario de Valme (Sevilla).

El D.S. de Ecija se encuentra situado geográficamente en la zona suroriental de la provincia de Sevilla, en el valle del río Genil, limitando al norte y este con la provincia de Córdoba, al sur con el D.S. de Osuna ya al oeste con los términos municipales de Lora del Río, Marchena y Carmona. Va a cubrir la asistencia sanitaria de las poblaciones de Ecija, Cañadas del Rosal, Fuentes de Andalucía y La Luisiana, estas tres últimas dependientes de la Z.B.S. de La Luisiana.

**Figura 3: Municipios del Area Sanitaria Sureste de Sevilla. Zona de influencia**



- |                    |                             |
|--------------------|-----------------------------|
| 1.- OSUNA          | 11.- BADOLATOSA             |
| 2.- LA LANTEJUELA  | 12.- LA RODA DE ANDALUCIA   |
| 3.- EL RUBIO       | 13.- PEDRERA                |
| 4.- MARINALEDA     | 14.- MARTIN DE LA JARA      |
| 5.- HERRERA        | 15.- LOS CORRALES           |
| 6.- ESTEPA         | 16.- EL SAUCEJO             |
| 7.- AGUADULCE      | 17.- ALGAMITAS              |
| 8.- GILENA         | 18.- VILLANUEVA DE SAN JUAN |
| 9.- LORA DE ESTEPA | 19.- ECIJA                  |
| 10.- CASARICHE     | 20.- LA LUISIANA            |
|                    | 21.- FUENTES DE ANDALUCIA   |

**Tabla 5: Area de Gestión Sanitaria de Osuna. Distritos Sanitarios y población**

<b>Distrito Sanitario de Osuna</b>	<b>Distrito Sanitario de Ecija</b>
Z.B.S. Osuna Z.B.S. Puebla de Cazalla Z.B.S. Estepa Z.B.S. El Saucejo	Z.B.S. Ecija
Población: 90.368 personas	Población: 49.981 personas

La dispersión geográfica de las localidades hace que las distancias a Osuna, donde está ubicado el hospital y el Area de consultas externas, sean muy diferentes, variando de los 8 a los 49 Km. y las isocronas entre 8 y 45 minutos. La distancia media de las poblaciones del Distrito de Osuna al Hospital es de 26,11 minutos y del Distrito de Ecija de 42,25 minutos (**Tabla 6**).

**Tabla 6: ACCESIBILIDAD AL CENTRO**

<b>Localidad</b>	<b>Km</b>	<b>Isócrona</b>
Osuna	0	0'
Lantejuela	17	15'
Rubio, El	17	20'
La Puebla de Cazalla	18	15'
Estepa	24	15'
Aguadulce	10	8'
Pedrera	24	25'
Marinaleda	20	20'
Badolatosa	42	30'
Lora Estepa	31	20'
Roda Andalucía, La	40	25'
Herrera	33	25'
Gilena	20	20'
Casariche	36	30'
El Saucejo	25	25'
V. San Juan	35	45'
Algámitas	34	40'
Martín de la Jara	21	30'
Corrales, Los	23	32'
Ecija	34	25'
Luisiana, La	49	36'
Cañada del Rosal	49	36'
Fuentes Andalucía	37	28'

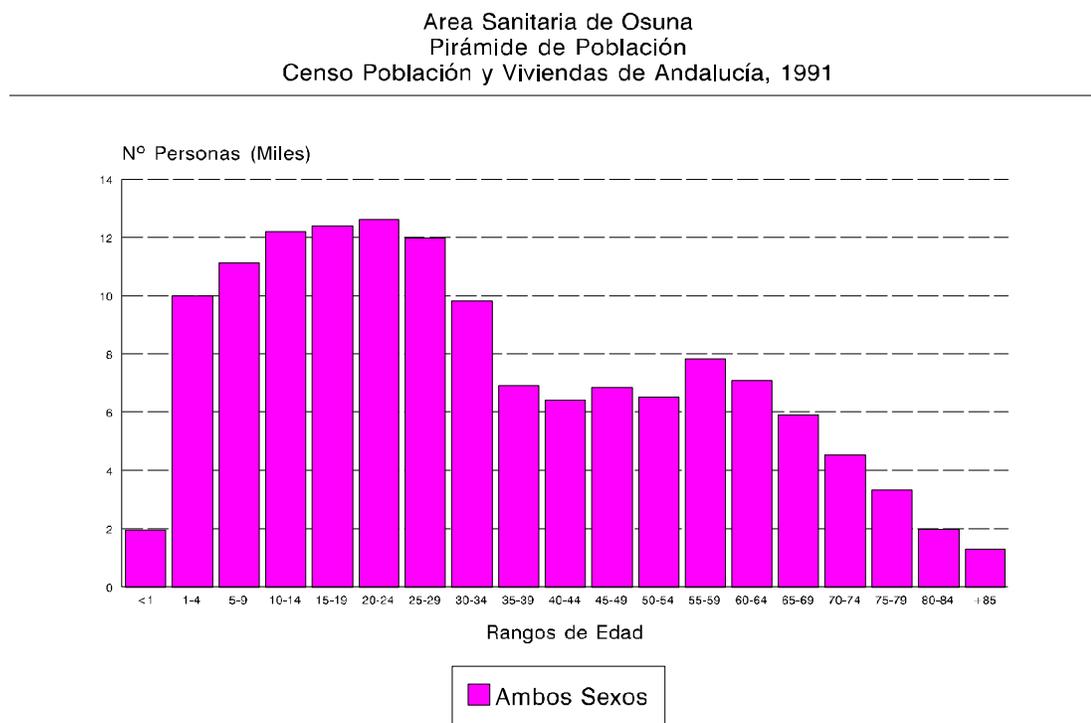
<b>Tiempo</b>	<b>Población</b>	<b>Porcentaie</b>
< 30'	115.572	68,87%
30' - 60'	24.777	17,66%
	140.349	100,00%

### **1.2. Datos socio-demográficos y laborales.**

Según el censo de 1.991, el Area Sanitaria de Osuna tiene una población de derecho de 140.349 habitantes y con una densidad de población de 50,12 habitantes/Km<sup>2</sup>, cifra ésta, por debajo de la media andaluza y nacional.

La población se agrupa en 23 núcleos urbanos, contando sólo con cuatro municipios de más de 10.000 habitantes. La pirámide de población tiene las características de una población joven, con mayor número de habitantes entre los 10 y los 29 años, y una segunda franja entre los 50 y 54 años (*Figuras 4 y 5*).

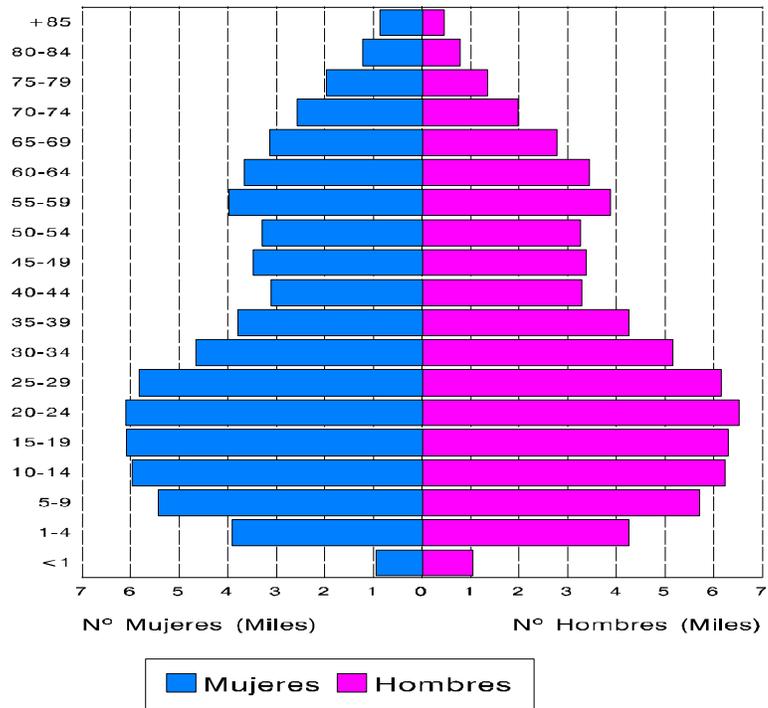
***Figura 4: Pirámide de Población Area Sanitaria de Osuna. Ambos sexos***



**Figura 5: Pirámide de Población Area Sanitaria de Osuna. Por sexos**

Area Sanitaria de Osuna  
Pirámide de Población  
Censo Población y Viviendas de Andalucía, 1991

Rangos de Edad



U.I.I.

**Tabla 7: DISTRIBUCION DE POBLACION POR DISTRITOS, Z.B.S Y POBLACIONES**

<b>Distrito</b>	<b>Z.B.S.</b>	<b>Población</b>	<b>Habitantes</b>	<b>Total Hab.</b>		
<b>Osuna</b>	Osuna	Osuna	16.791			
		Lantejuela	3.254			
		Rubio, El	3.651			
					23.696	
	Pbla. de Cazalla	Puebla de Cazalla	10.575			
					10.575	
	Estepa	Estepa	10.961			
		Aguadulce	1.918			
		Pedrera	4.691			
		Marinaleda	2.518			
		Badolatosa	3.029			
		Lora de Estepa	719			
		Roda de Andalucia,	4.033			
		Herrera	5.700			
		Gilena	3.757			
		Casariche	4.947			
						42.273

	El Saucejo	El Saucejo	4.047	13.824
		V. San Juan	1.682	
		Algámitas	1.416	
		Martín de la Jara	2.699	
		Corrales, Los	3.980	
<b><i>Ecija</i></b>	Ecija	Ecija	35.786	49.981
	Luisiana, La	4.182		
	Cañada Rosal	2.842		
	Fuentes Andalucía	7.171		
<b>Total Población</b>				<b>140.349</b>

**Tabla 8: DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR LOCALIDADES/SEXOS**

<b>Población</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
<b>Aquadulce</b>	969	949	1.918
<b>Alcámitas</b>	732	684	1.416
<b>Badolatosa</b>	1.564	1.465	3.029
<b>Cañada Rosal</b>	1.437	1.405	2.842
<b>Casariche</b>	2.509	2.438	4.947
<b>Corrales. Los</b>	2.037	1.943	3.980
<b>Ecija</b>	17.710	18.076	35.786
<b>Estepa</b>	5.422	5.539	10.961
<b>Fuentes de Andalucía</b>	3.558	3.613	7.171
<b>Gilena</b>	1.886	1.871	3.757
<b>Herrera</b>	2.819	2.881	5.700
<b>Lantejuela</b>	1.660	1.594	3.254
<b>Lora de Estepa</b>	362	357	719
<b>Luisiana. La</b>	2.139	2.043	4.182
<b>Marinaleda</b>	1.244	1.274	2.518
<b>Martín de la Jara</b>	1.411	1.288	2.699
<b>Osuna</b>	8.281	8.510	16.791
<b>Pedrera</b>	2.360	2.331	4.691
<b>Puebla de Cazalla</b>	5.298	5.277	10.575
<b>Roda de Andalucía</b>	2.003	2.030	4.033
<b>Rubio. El</b>	1.825	1.826	3.651
<b>Sauceio. El</b>	2.056	1.991	4.047
<b>Villanueva de San Juan</b>	842	840	1.682
<b>Total</b>	<b>70.124</b>	<b>70.225</b>	<b>140.349</b>

Censo de Población y Viviendas de Andalucía, 1.991

**Tabla 9: DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR GRUPOS DE EDAD**

Edad	Distrito Osuna			Distrito Ecija			Población de Derecho		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T
0 - 4	3.348	3.156	6.504	1.949	1.740	3.689	5.297	4.896	10.193
5 - 9	3.604	3.482	7.086	2.098	1.968	4.066	5.702	5.450	11.152
10 - 14	3.842	3.746	7.588	2.367	2.245	4.612	6.209	5.991	12.200
15 - 19	4.057	3.887	7.944	2.241	2.205	4.446	6.298	6.092	12.390
20 - 24	4.190	3.948	8.138	2.338	2.159	4.497	6.528	6.107	12.635
25 - 29	4.087	3.702	7.789	2.094	2.148	4.242	6.181	5.850	12.031
30 - 34	3.304	2.998	6.302	1.873	1.683	3.556	5.177	4.681	9.858
35 - 39	2.591	2.315	4.906	1.570	1.488	3.058	4.161	3.803	7.964
40 - 44	2.078	1.948	4.026	1.224	1.174	2.398	3.302	3.122	6.424
45 - 49	2.113	2.213	4.326	1.269	1.267	2.536	3.382	3.480	6.862
50 - 54	2.145	2.181	4.326	1.128	1.120	2.248	3.273	3.301	6.574
55 - 59	2.618	2.645	5.263	1.237	1.336	2.573	3.855	3.981	7.836
60 - 64	2.398	2.450	4.848	1.055	1.210	2.265	3.453	3.660	7.113
65 - 69	1.885	2.069	3.954	888	1.079	1.967	2.773	3.148	5.921
70 - 74	1.316	1.653	2.969	651	925	1.576	1.967	2.578	4.545
75 - 79	887	1.291	2.178	463	695	1.158	1.350	1.986	3.336
80 - 84	515	816	1.331	260	416	676	775	1.232	2.007
>= 85	302	588	890	139	279	418	441	867	1.308
<b>Total</b>	<b>45.280</b>	<b>45.088</b>	<b>90.368</b>	<b>24.844</b>	<b>25.137</b>	<b>49.981</b>	<b>70.124</b>	<b>70.225</b>	<b>140.349</b>

**Censo de Población y Viviendas de Andalucía, 1.991**

### Material y Métodos

En líneas generales, la población del D.S. de Osuna se sitúa en las cifras medias que presenta el conjunto andaluz. El porcentaje de población joven (menor de 15 años) del D.S. de Osuna es de 25,61% (media andaluza). El porcentaje de población anciana se sitúa en el 12,52% (media andaluza 10,57%). La población muy anciana (mayor de 75 años) se encuentra en el 4,86% (media andaluza 4,17%). El índice de envejecimiento (jóvenes por cada 100 ancianos) es de 225,7 (media andaluza 242,3). No existen diferencias significativas entre las distintas Z.B.S.

En conjunto, la población del D.S. de Ecija se encuentra en los valores medios que representa al conjunto andaluz, muy similares al D.S. de Osuna. El porcentaje de población joven es del 26,96%. El porcentaje de población anciana se encuentra en el 11,59%, y la población muy anciana en el 4,50%. El índice de envejecimiento es de 258,4.

Desde el punto de vista económico y laboral, en el D.S. de Osuna, la agricultura es la principal actividad productiva, tanto de secano como de huertas. El olivo predomina en el paisaje y especialmente en los alrededores de Osuna. La ganadería es escasa, aunque representada por el ganado avícola, porcino, lanar y bovino. La industria es también escasa y, basada en su mayoría, en la elaboración de materias primas agrícolas (aceitunas). Las actividades agrarias son la base económica de la zona, junto a la producción industrial de dulces navideños, de manera temporal en el municipio de Estepa.

El nivel socioeconómico es deficiente, con una renta per cápita inferior a la media nacional. Existe un importante índice de paro laboral. El sector de la Sierra Sur Baja presenta los índices socio-económicos más bajos de la provincia y las tasa más altas de desempleo, debido al descenso de la actividad agrícola y a la crisis de los sectores industriales.

Como complemento a estas actividades, existe una importante emigración hacia las zonas de Levante, Cataluña, y Baleares en busca de empleo estacional en el ramo de servicios (hostelería), fundamentalmente durante la época de primavera-verano.

En el D.S. de Ecija, la base económica es la agricultura, siendo el secano el modo de aprovechamiento dominante, con cultivos herbáceos en torno al trigo-girasol. La ganadería tiene una presencia claramente marginal. La actividad industrial es escasa, localizado fundamentalmente en el municipio de Ecija, donde se está desarrollando en los últimos años, con gran diversificación de sus ramas, llegando, en la actualidad, a suponer un 23,5% de la población total activa.

Entre jubilados, desempleados y pensionistas se encuentra casi un 40% de la población. El nivel de estudios es escaso, ya que entre analfabetos y sin estudios abarca el 47,1% de la población.

En las siguientes tablas se indican estos parámetros:

**Tabla 10: Datos socioeconómicos**

<b>Densidad Habitantes/Km<sup>2</sup></b>	52,4
<b>Población Activa</b>	59.606
<b>Población Ocupada</b>	38.503
<b>Nivel Instrucción</b>	
<b>% Analfabetismo</b>	9,97
<b>% Sin Estudios</b>	38,05
<b>% Primarios</b>	48,87
<b>% Medios</b>	2,09
<b>% Superiores</b>	0,99
<b>Tasa de Ocupación</b>	645,95
<b>Tasa de Desempleo</b>	354,04
<b>Tasa de Dependencia</b>	56,27
<b>Dependencia General</b>	84,98

**Tabla 11: NIVEL DE ESTUDIOS**

	<b>Ecija</b>	<b>Osuna</b>
<b>Analfabeto</b>	3.770	8.097
<b>Sin estudios</b>	16.240	29.052
<b>E.G.B. 11</b>	10.692	20.611
<b>E.G.B. 21</b>	6.922	12.583
<b>F.P. y B.U.P.</b>	3.130	4.223
<b>Título Medio</b>	973	1.526
<b>Título superior</b>	499	686

**Tabla 12: PROFESION (Población ocupada)**

	<b>Ecija</b>	<b>Osuna</b>
<b>Técnicos</b>	1.121	1.618
<b>Directivos</b>	244	291
<b>Administrativos</b>	870	1.216
<b>Comercio</b>	1.282	1.764
<b>Hostelería</b>	1.078	1.599
<b>Sector 1º</b>	1.487	4.551
<b>Sector 2º</b>	3.471	4.954
<b>No especificado</b>	3.014	9.698
<b>Militares</b>	116	129

**Tabla 13: ACTIVIDAD ECONOMICA**

	<b>Ecija</b>	<b>Osuna</b>
<b>Servicio Militar</b>	309	495
<b>Ocupado</b>	12.683	25.820
<b>Parado (sin empleo)</b>	1.216	1.949
<b>Parado</b>	6.318	11.620
<b>Jubilados</b>	4.381	9.371
<b>Otros jubilados</b>	1.914	3.749
<b>Incap. permanentes</b>	277	526
<b>Estudiantes</b>	2.109	3.439
<b>Labores del hogar</b>	7.341	10.473
<b>Otros</b>	117	188

### **1.3. Area de Gestión Sanitaria de Osuna**

El Decreto 96/1994, de 3 de mayo, crea el área de Gestión Sanitaria de Osuna (235) con el objetivo de desarrollar mecanismos de gestión que aseguren una mayor calidad en la prestación de los servicios junto a una mayor eficiencia de los recursos que se le asignan, en el contexto de una progresiva descentralización y desconcentración en la gestión en los diferentes centros y servicios sanitarios.

Se constituye con esa fecha (*BOJA, nº 83 de 7 de junio de 1994, con rectificación BOJA nº 37 de 23 de marzo de 1996*) el Area de Gestión Sanitaria de Osuna <sup>(236)</sup>, como demarcación territorial, para la gestión unitaria pública de los recursos del Area Hospitalaria de Osuna y los Distritos de Atención Primaria de Ecija y Osuna.

#### ***1.3.1. Hospital de la Merced de Osuna.***

El Hospital de la Merced de Osuna se concibe como hospital de primer nivel, general básico o comarcal. Va a cubrir las necesidades sanitarias de la población de los Distritos Sanitarios de Ecija y Osuna, cuando sobrepasen el primer escalón de asistencia en el E.B.A.P. La asistencia especializada queda centralizada en sus distintas vertientes de internamiento, consultas externas y urgencias en el Hospital de Osuna. Igualmente, el Hospital de referencia, y a su vez Regional ó de 3<sup>er</sup> Nivel es el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, que atenderá los enfermos que superen las posibilidades de diagnóstico y tratamiento del hospital de la Merced.

El 13 de enero de 1.993 se inaugura el nuevo hospital, edificio de reciente construcción, con nuevas formas de funcionalidad y organización. En esa fecha se establece su funcionamiento para el área de consultas externas, y el 12 de abril se realiza el traslado definitivo de enfermos en régimen de internamiento desde el antiguo hospital, y se inicia la actividad de urgencias.

## I. SITUACIÓN GEOGRÁFICA Y ESTRUCTURA

El hospital se encuentra situado en el término municipal de Osuna, en el Km. 83 de la Autovía del 92. Dista 84 Km . de Sevilla, 84 Km. de Córdoba y 115 de Málaga.

Arquitectónicamente, el hospital cuenta con un Area de Hospitalización (1ª, 2ª y 3ª plantas), un Area de Consultas Externas (planta baja), Administración planta baja y entresuelo), Servicios Centrales de Laboratorio, Anatomía Patológica, Radiología y Documentación Clínica, Area de Urgencias (planta -1) y Mantenimiento (planta -2 y exterior). Los Servicios y Unidades se distribuyen de la siguiente forma (**Tabla 14**):

**Tabla 14: DISTRIBUCION DE CAMAS Y SALAS**

<b>Servicio/Unidad</b>	<b>Nº Camas</b>	<b>Salas Consultas</b>	<b>Salas Explor./Cura</b>
<b>Cirugía General</b>	35	1	1
<b>Traumatología</b>	31	3	1
<b>Otorrino.</b>	7	2	2
<b>Obstetricia</b>	22	1	1
<b>Ginecología</b>	12	2	-
<b>Oftalmología</b>	5	5	-
<b>Urología</b>	8	1	1
<b>Med. Interna</b>	50	4	-
<b>Pediatría</b>	25	1	-
<b>Anestesia</b>	-	2	-
<b>Dermatología</b>	-	1	-
<b>Rehabilitación</b>	-	2	-
<b>Hematología</b>	-	1	-

	<b>Programados</b>	<b>Ambulatorios</b>	<b>Urgentes</b>
<b>Quirófanos</b>	4	1	1

	<b>Boxes Consulta</b>	<b>Camas Observación</b>
<b>Urgencias</b>	7	10

	<b>Salas de Consulta</b>
<b>Hospital de Día</b>	7 (Próxima apertura)

	<b>Puestos</b>
<b>Hemodiálisis</b>	13 (No instalada por contratación externa)

	<b>Descripción</b>
<b>Salas de Exploraciones Especiales</b>	Endoscopia Digestiva Broncoscopia Ecocardiografía (sin uso durante el estudio) Endoscopia Urológicas

**Servicios de Hospitalización:**

Cirugía .....	35	Camas
Traumatología .....	31	Camas
O.R.L. ....	7	Camas
Obstetricia .....	22	Camas
Ginecología .....	12	Camas
Oftalmología .....	5	Camas
Urología .....	8	Camas
Medicina Interna .....	50	Camas
Pediatría .....	25	Camas
U.C.I.....	8	Camas
<b>Total .....</b>	<b>203</b>	<b>Camas</b>

**Servicios Centrales:**

Laboratorio de Análisis Clínico y  
Anatomía Patológica  
Farmacia  
Medicina Preventiva  
Radiodiagnóstico ..... 6 salas Rx. convencional.  
1 sala de T.A.C.  
Rehabilitación

**Urgencias:**

Boxes de Consulta..... 7  
Camas de Observación ..... 10

**Consultas Externas:**

Traumatología .....	3	Cardiología .....	1
O.R.L. ....	2	Neumología .....	1
Obstetricia .....	1	Digestivo .....	1
Ginecología .....	2	Pediatría .....	1
Oftalmología .....	5	Anestesia .....	1
Hematología .....	1	Dermatología .....	1
Cirugía.....	1	Urología.....	1
Rehabilitación.....	2	M.Interna.....	1

**Servicios de Apoyo Clínico:**

Admisión y Atención al Usuario

Archivo y Documentación Clínica

Area Quirúrgica:

Quirófanos Programados	4
Quirófanos Ambulatorios	1
Quirófanos Urgentes	1
Camas de Reanimación	6

Area Obstétrica:

Salas de Dilatación	4
Paritorios	2
Salas Postparto	1

Esterilización

**Centros Básicos:**

Administración

Cocina

Docencia e Investigación

Lavandería-Lencería

Limpieza y Desratización

Mantenimiento

Personal Subalterno

Seguridad

## II. ORGANIZACIÓN CLÍNICA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Las especialidades contempladas en el Hospital de Osuna son las de referencia en cualquier Hospital Comarcal, a saber: Medicina Interna con las especialidades de Cardiología, Digestivo, Neumología y Dermatología; Cirugía General; Traumatología; Obstetricia y Ginecología; Pediatría; O.R.L.; Oftalmología; Urología; Laboratorio en sus vertientes de Análisis Clínicos, Microbiología y Hematología; Radiología; Anestesia; Rehabilitación; Anatomía Patológica y U.C.I. que incluye el Area de Urgencias General.

El Servicio de Medicina Interna dispone de un Area de Hospitalización (3ª planta), de un Area de técnicas exploratorias y de Consultas Externas. Esta última consta de un módulo de consulta para cada una de las especialidades.

Hasta la inauguración del nuevo hospital, en enero del año 1.993, el Centro de Especialidades y Ambulatorio de Osuna (actualmente Centro de Salud), se convirtió en el lugar de emplazamiento de las distintas consultas del Servicio de Medicina Interna. El antiguo Hospital de la Merced servía para la atención de urgencias e internamiento.

En su inicio, en el año 1.989, la consulta de medicina interna supuso la asimilación de dos consultas ambulatorias previas: endocrinología y neurología. Ambas consultas presentaban como grandes problemas la masificación y el excesivo número de revisiones sin apenas altas. El P-10 era el único vehículo de comunicación y conexión entre el especialista y el médico de cabecera. No se realizaban informes clínicos, y la historia clínica se reducía a una escueta ficha.

La puesta en funcionamiento de la consulta de medicina interna significó la modificación de las condiciones, horario, y estructura de las anteriores consultas, con radicales cambios con relación al nuevo planteamiento de *consulta hospitalaria*. Con la aprobación de la Gerencia de Area y la Dirección Médica, se implantaron los siguientes requisitos para la atención de los enfermos en la consulta:

- Sustitución del P-10 por la hoja de derivación debidamente cumplimentada por el médico de cabecera, incluyéndose datos administrativos, clínicos y motivo de consulta.
- Citación a través de correo o teléfono, asignándole a cada paciente día y hora de consulta. El número de enfermos nuevos diarios citados se estableció en 1 preferente y 4 citación normal.
- Atención del paciente con una historia clínica debidamente realizada, exploración física completa y pruebas complementarias fundamentadas.
- Elaboración de informes clínicos completos.
- Cada día de la semana era atendido por cada uno de los especialistas de medicina interna de plantilla (4 F.E.A. y 1 Jefe de Servicio).
- Horario establecido de 9 a 14 horas.

La consulta externa de digestivo sufrió la misma modificación, estando la plantilla formada por 2 F.E.A., que la atendía por periodos razonables de tiempo. La consulta externa de neumología compartía localización con la consulta de cardiología (no jerarquizada hasta febrero de 1992), por lo que el horario era de 8.30 a 11 horas durante tres días de la semana. El número total de enfermos citado se fijó en 10, entre 2 y 3 primeras visitas.

La consulta externa de cardiología se integró en febrero de 1.992, compartiendo ubicación con neumología. El horario se estableció de 11 a 13.30 horas, diario. Planteaba problemas de estudios complementarios específicos (ecocardiografía, Holter, cateterismo, etc.), que se citaban en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, con una importante demora. La atendía un F.E.A.

### Material y Métodos

La plantilla del servicio de Medicina Interna se vio reforzada en el año 1.992 con un nuevo especialista en neumología; en el año 1.993 se amplió con 4 nuevos F.E.A: 2 de medicina interna, 1 de digestivo y 1 de neumología. El 90% de los especialistas del servicio disponían de formación M.I.R.

#### ***1.3.2. Centro Periférico de Especialidades (C.E.P.).***

El D.S. de Ecija cuenta con un C.E.P. en el ambulatorio “Virgen del Valle”. Las especialidades médicas contempladas en dicho centro son las siguientes: Endocrinología, Aparato Digestivo, Pulmón y Corazón y Neurología. Los pacientes que así lo deseen, o a criterio del médico de cabecera, pueden ser enviados directamente a la consulta externa del Hospital de la Merced, o al C.E.P. desde donde también pueden ser derivados. El horario varía desde las 7,5 a las 14 horas semanales

#### ***1.3.3. Distritos Sanitarios (D.S.) y Zonas Básicas de Salud (Z.B.S.).***

La conversión de los ambulatorios en Centros de Salud (C.S.) y la conformación de las Z.B.S. dentro de un Equipo Básico de Atención Primaria (E.B.A.P.) se desarrolló progresivamente en los D.S. de Ecija y Osuna. En el año 1.986 se reconvirtieron las Z.B.S. de Estepa y El Saucejo, en 1.989, Puebla de Cazalla, siendo el último en adherirse la Z.B.S. de Osuna que lo hizo en el año 1.995. El D.S. de Ecija (hablar con Fernández Montaña). La fecha oficial de completa reconversión fue el 18 de diciembre de 1.995.

La plantilla de médicos generales en las distintas Z.B.S. es la siguiente:

- **Z.B.S. de Osuna.** Trece médicos generales en el E.B.A.P.: 9 en el C.S. de Osuna, 2 en consultorios de El Rubio y 2 en consultorios de La Lantejuela.
- **Z.B.S. de El Saucejo.** Diez médicos generales en el E.B.A.P.: 3 en el C.S. de El Saucejo, 3 en consultorios de Los Corrales, 2 en consultorios de Martín de la Jara, 1 en consultorio de Villanueva de San Juan y 1 en Algámitas.

- **Z.B.S. de Estepa.** Veinticuatro médicos generales en el E.B.A.P.: 7 en el C.S. de Estepa, 3 en consultorios de Casariche, Pedrera y Herrera, 2 en consultorios de Gilena, y 1 en consultorios de Marinaleda, Badolatosa, Aguadulce, Matarredonda, La Roda y Lora de Estepa.
- **Z.B.S. de Puebla de Cazalla.** Seis médicos generales en el C.S. de Puebla de Cazalla.
- **Z.B.S. de La Luisiana.** Nueve médicos generales en el E.B.A.P.: 4 en el C.S. de Fuentes de Andalucía, 2 en consultorios de La Luisiana y Cañadas del Rosal y 1 en consultorio de El Campillo.
- **Z.B.S. de Ecija “Virgen del Valle”.** Nueve médicos generales en el C.S. y 1 en consultorios de las pedanías de Cerro Perea, El Villar y La Redonda.
- **Z.B.S. de Ecija “Almorrón”.** Nueve médicos generales en el C.S.

## **2. Recogida de datos.**

### **2.1. Pacientes**

Se ha examinado, retrospectivamente, una muestra aleatoria de los pacientes atendidos como 1ª visita en las consultas externas de Medicina Interna, Digestivo y Neumología desde julio de 1.990 hasta junio de 1.993, y desde su integración, en febrero de 1.992 hasta diciembre de 1.993, los pacientes de la consulta externa de Cardiología del Hospital de la Merced de Osuna. Para ello se han revisado las historias clínicas hospitalarias de los pacientes elegidos al azar, obteniéndose de ellas todos los datos necesarios. El total de pacientes atendidos como 1ª visita se ha obtenido de la memoria del hospital, a partir de los datos propios de la consulta, elaborados por el personal auxiliar, no habiéndose modificado este sistema durante esos años y hasta la actualidad.

Se ha elegido aleatoriamente un total de 1.799 pacientes, dos de los cuales, citados en la consulta, no llegaron a atenderse en la misma, disponiéndose tan solo de los datos administrativos, por lo que la mayoría del estudio se ha realizado con una muestra aleatoria de 1.797 pacientes, lo que representa el 18,27% de los enfermos atendidos. La distribución por especialidades ha sido la siguiente: M. Interna 567 pacientes (19,80% de los citados); Cardiología 338 (15,61%); Digestivo 593 (18,8%); y Neumología 299 (17,97%).

Mediante una hoja de recogida de datos se han analizado las hojas de derivación o interconsulta, las historias clínicas y los informes clínicos emitidos de los pacientes aleatorizados, citados en las consultas del servicio de Medicina Interna, durante el periodo de estudio.

### **2.2. Hojas de derivación o Interconsulta.**

Se han obtenido los siguientes datos de las hojas de derivación o interconsulta:

- **Consulta de la especialidad** donde es atendido el paciente: medicina interna, digestivo, cardiología y neumología

- **Sexo** del paciente
- **Edad**
- **Localidad, centro de salud y D.S.** de donde procede
- **Categoría o nivel sanitario** de donde se solicita la interconsulta o derivación
  - atención primaria
  - interconsulta de otro servicio o unidad del hospital
  - urgencias del hospital
  - otro hospital
  - inspección médica
  - revisión previa en C.E.P. de Osuna
  - área de hospitalización del S° de Medicina Interna
  - medicina privada
- **Demora en la primera visita**, considerándose como el tiempo transcurrido desde la fecha de solicitud de la interconsulta hasta la cita en la consulta externa correspondiente. Se han estimado 7 rangos de tiempo distintos:
  - menos de 24 horas
  - de 2 a 7 días
  - de 8 a 21 días
  - de 22 a 45 días
  - de 46 días a 3 meses
  - de 3 a 6 meses
  - más de 6 meses
- **Emisión de juicio clínico por el médico que deriva, y coincidencia con el realizado con el especialista.** Se han establecido los siguientes casos:
  - no consta juicio clínico por el médico que deriva
  - acertado: similar al del especialista
  - orientado: perteneciente al mismo grupo de proceso diagnosticado por el especialista
  - erróneo: datos clínicos de enfermedad o proceso sin relación alguna con el emitido por el especialista
  - estudio familiar de enfermedad infecciosa o hereditaria o preoperatorio

### Material y Métodos

- no confirmado, al no haberlo emitido el especialista en base a los estudios realizados
- **Motivo de envío al especialista**, en relación con los hallazgos objetivados por el médico que hace la referencia. Se han designado los siguientes ítems:
  - síntoma
  - síndrome
  - enfermedad
  - signos o síntomas mal definidos
  - dato en la exploración física
  - estudio complementario
  - petición familiar o del propio enfermo
  - varios de los anteriores
- **Estudios complementarios** solicitados por el médico que deriva al paciente:
  - ningún estudio
  - básico completo. Aquéllos autorizados al médico que deriva y solicitados indicadamente: comprende hemograma completo, velocidad de sedimentación globular (VSG), estudio de coagulación, perfil bioquímico (glucemia, función renal, iones, lípidos y enzimas hepáticas) y hormonas tiroideas. Como pruebas de imagen rutinariamente Rx simple y electrocardiograma (E.C.G.)
  - básico incompleto. No se realiza algún estudio analítico necesario para fundamentar la interconsulta o el diagnóstico, disponible en el nivel de derivación
  - erróneo. Cuando los estudios no están indicados para el proceso que se sospecha
  - otros. Se añaden estudios distintos de los reseñados que ha podido obtener el médico que deriva al enfermo por otras vías
- **Tratamiento ambulatorio** prescrito e indicado por el médico, con relación al proceso que motiva la derivación del paciente:
  - no consta en la interconsulta
  - correcto etiológico. En relación directa con la causa o etiopatogenia del

- proceso, si se conoce
- incorrecto. No indicado o que pudiera alterar los estudios posteriores
- sin tratamiento, cuando viene indicado de esa forma en la hoja de derivación
- sintomático. Mejorar o tratar los síntomas del proceso nosológico

### **2.3. Historia Clínica cumplimentada por el especialista.**

Se han analizado los siguientes datos:

- **Antecedentes personales.** Recogidos por grupos de enfermedades o procesos, tal como se recoge en las historias clínicas, y regularizados:
  - no consta, cuando no está recogido en la historia
  - relacionado con el proceso que presenta el paciente
  - no relacionado con la enfermedad actual
  - ambos antecedentes
  - en los casos que se recogen los antecedentes se especifica el número total de ellos (números enteros)
  
- **Hábitos de vida:**
  - no consta
  - etilismo
  - tabaquismo
  - dieta
  - actividad deportiva
  - drogas ilegales
  
- **Situación socio-laboral:**
  - no consta
  - profesión
  - nivel de instrucción
  - estado civil
  
- **Antecedentes familiares:**
  - no consta
  - relacionado o no relacionado con la enfermedad actual
  - ambos antecedentes

- **Valoración o juicio clínico inicial** en base a la historia clínica y exploración física, y a los datos aportados por el médico que deriva al paciente, y su coincidencia con el juicio clínico del informe final:
  - no consta en la historia clínica
  - concordante o no concordante con el juicio clínico final
  - no determinado, al no haberse llegado a un diagnóstico final de certeza
- **Estudios complementarios** solicitados por el especialista de la consulta. Se han conceptualizado tres grupos de exploraciones complementarias dependiendo de su complejidad y lugar de realización, directamente proporcional al coste económico:
  - no consta en la documentación clínica del paciente
  - básico. Aquéllos estudios contenidos en la cartera de servicios del hospital, y que pueden ser solicitados por el médico que deriva al paciente: hemograma completo y VSG, coagulación, bioquímica básica, Rx simple, E.C.G., y hormonas tiroideas
  - 1er nivel. Determinaciones analíticas y estudios Rx realizados en el hospital o centro concertado, y no autorizados su solicitud por el médico que deriva al paciente (Rx con contraste, ecografía, resto de analítica); e interconsultas a otra unidad o servicio del hospital
  - 2º nivel. Estudios que requieren desplazamiento fuera del hospital (Medicina Nuclear, Hemodinámica, T.A.C., R.N.M.) e interconsultas a Hospital Virgen del Rocío
- **Tratamiento en la 1ª visita y en el informe clínico final:**
  - no consta, sin cumplimentación en los referidos documentos
  - sin tratamiento, al precisarse de esa manera por el médico especialista
  - correcto etiológico/patogénico: dirigido hacia la causa o mecanismo de la enfermedad según lo establecido en las publicaciones o textos habituales
  - sintomático: se tratan los síntomas
  - etiológico/patogénico y sintomático: se utilizan ambos grupos de medicamentos definidos en apartados anteriores

- incorrecto: no se encuentra establecido en los textos y publicaciones habituales en ese tiempo
- quirúrgico: se precisa cirugía
- **Grupos de medicamentos** en relación con su actividad intrínseca, codificándose por la Clasificación Anatómica de los Medicamentos <sup>(237)</sup>.
- **Seguimiento o no seguimiento** del enfermo, después de la 1ª visita y hasta su diagnóstico en el informe clínico final :
  - correcto o incorrecto, con relación a la asistencia o no a la siguiente cita, cumplimiento o no del tratamiento prescrito, y realización o no de las pruebas solicitadas
- **Demora diagnóstica.** Entendida como el tiempo transcurrido desde la 1ª visita y la emisión por el especialista de un informe clínico/diagnóstico final. Se ha establecido los siguientes rangos:
  - menos de 24 horas. Informe inmediato, el mismo día de la 1ª visita
  - de 2 a 7 días
  - de 8 a 21 días
  - de 22 a 45 días
  - de 46 días a 3 meses
  - de 3 a 6 meses
  - de 6 meses a 1 año
  - de 1 a 3 años
  - más de 3 años
- **Diagnóstico principal o de contacto.** Es aquél que justifica la consulta al especialista.
- **Diagnósticos secundarios.** Todos los demás. Generalmente van a tener una repercusión terapéutica, indicada por el médico consultado. Los diagnósticos se han codificado según la clasificación CIE-9 <sup>(238)</sup>.
- **Grupo de enfermedad.** En relación a la complejidad y duración se han contemplado tres tipos distintos:
  - aguda. Aquélla que se resuelve en menos de 1 mes espontáneamente o con tratamiento

### Material y Métodos

- crónica simple. No precisa para su manejo clínico, diagnóstico o terapéutico de medidas extraordinarias
- crónica compleja. Precisa de recursos sanitarios especiales
- **Evolución clínica de la enfermedad.** Va a depender del tipo de enfermedad definida en el anterior apartado:
  - no consta
  - aguda: resolución, no seguimiento, otros
  - crónica simple: a) mejoría objetiva y subjetiva; b) estable; c) sin mejoría evidente; d) evolución intrínseca de la enfermedad
  - crónica compleja: a) no consta; b) no mejoría; c) mejoría; d) evolución propia de la enfermedad; e) pérdida del seguimiento por abandono del enfermo
- **Educación sanitaria.** Indicación o no de medidas no farmacológicas en régimen o hábitos de vida
- **Duración del tratamiento,** indicado en el informe final.
  - no se hace constar
  - menos de 1 mes
  - de 1 a 6 meses
  - más de 6 meses
  - variable según evolución de la enfermedad
- **Fidelidad o cumplimiento del tratamiento prescrito**
  - no consta
  - sí cumplimiento
  - no cumplimiento: efectos 2º, dificultad económica o de otro tipo para acceder al mismo, larga duración, sin motivo preciso, voluntad propia
- **Cambio o modificación de hábitos:**
  - no consta
  - no modificación
  - modificación: tóxico, dietético, higiénico o no consta
- **Destino final** del paciente, una vez emitido el informe final:
  - no consta

- pérdida del seguimiento indicado en la consulta
  - atención primaria
  - consulta de la misma especialidad
  - otra consulta del hospital
  - hospital de 3er nivel
  - alta definitiva
  - centro de salud mental
  - ambulatorio de especialidades
  - otro hospital
  - ingreso hospitalario
- **Valoración final.** Emitida por el doctorando en relación a todos los datos reflejados en la base de datos, en una clasificación de 0 a 4:
    - 0, no precisa de la asistencia especializada
    - 1, se puede favorecer en un factor determinado
    - 2, se favorece, pero factores externos (demora, mal seguimiento o cumplimiento, etc.) lo desaprueban
    - 3, indicación clara
    - 4, máximo beneficio de la derivación al especialista

### **3. Análisis Estadístico**

Las variables más destacadas son: edad, sexo, procedencia de área reconvertida o no reconvertida, diagnóstico del médico que consulta y su coincidencia con el emitido por el especialista, demora en la cita y en el diagnóstico definitivo, diagnóstico y tratamiento finales, tipo de enfermedad y valoración final.

Para cada una de las variables del estudio se han aplicado técnicas de estadística descriptiva, relacionando las variables cualitativas dos a dos mediante la prueba de *chi cuadrado*. Se ha efectuado una depuración de los datos mediante la detección de valores ausentes o imposibles, que pudieran interferir en los procedimientos de análisis. Para la variables cuantitativas, como “valoración final”, se han calculado medidas de centralización (media, mediana y moda) y de dispersión (varianza, desviación estándar).

Se han llevado a cabo análisis univariante para variables cuantitativas y para las variables categóricas, y análisis bivariante aplicando el test de homogeneidad del porcentaje y la prueba del *chi cuadrado*.

La estimación del riesgo se ha considerado con el valor de riesgo relativo (r.r.), con objeto de determinar la relación causal. Todas las pruebas estadísticas y epidemiológicas se han calculado con un valor de  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$  y  $p < 0,001$ .

Todos los datos del estudio fueron introducidos en los programas estadísticos Epi-Info versión 6.04 en español y SPSS 9.0 para Windows versión en español, con los que se realizaron todos los análisis.

#### **4. Búsqueda de Información**

La búsqueda de referencias bibliográficas se ha llevado a cabo utilizando la base de datos *MEDLINE* (rango completo de años) mediante CD-ROM y a través del acceso a internet usando el servidor Nacom.es. El navegador utilizado ha sido *Internet Explorer* versión 5.0. Además se hicieron búsquedas manuales a partir de los artículos principales. Las sucesivas actualizaciones se llevaron a cabo acotando el periodo de tiempo al año vigente o inmediatamente anterior.

Las estrategias utilizadas y palabras claves empleadas para la obtención de las referencias y *abstracts* de la base de datos *MEDLINE* fueron las siguientes (español/inglés): organización/*organization*, consulta externa/*outpatient*, administración/*administration*, gestión/*management*, derivación/*referral*, asistencia ambulatoria/*ambulatory-care*, hospital/*hospital*. Las búsquedas se extendieron inicialmente para artículos pertenecientes a “idiomas inglés, francés y español”, “cualquier tipo de artículo”, “con o sin *abstract* posible”. En búsquedas posteriores se acotaron para “idioma inglés y español”, “con *abstract*”.

## 5. Conceptos de Gestión Sanitaria

- ☞ **Eficiencia:** conseguir los mejores servicios y beneficios para la población al mínimo coste
- ☞ **Efectividad:** prestación de una correcta atención según los conocimientos del momento
- ☞ **Eficacia:** capacidad del sistema sanitario para alcanzar los objetivos planeados
- ☞ **Referencia apropiada:** una derivación muy apropiada es aquella en la que el problema del paciente requiere la destreza y conocimiento del especialista. El no referir al paciente en esas circunstancias, puede ser catalogado de malpraxis <sup>(86)</sup>
- ☞ **Referencia inapropiada:** Se considera una derivación muy inapropiada la que el proceso del enfermo se puede manejar igualmente bien o mejor por el MG medio <sup>(86)</sup>
- ☞ **Primera visita:** se considera a la primera vez que un paciente acude a recibir atención médica a la consulta externa de una determinada especialidad, provenga de hospitalización, urgencias o lista de espera <sup>(39)</sup>
- ☞ **Revisión o segundas visitas:** se considera revisión a cada una de las consultas realizadas a un paciente que ya ha sido visto en primera consulta por la misma especialidad <sup>(39)</sup>
- ☞ **Actividad ambulatoria (A.A.):** representa el número total de enfermos atendidos en la consulta <sup>(39)</sup>:  
A.A. = nº de primera visitas + nº de revisiones
- ☞ **Cumplimiento:** grado en que el comportamiento por parte de los pacientes (acudir a citas, realizar cambios conductuales o tomar la medicación prescrita) coincide con el consejo dado por el profesional <sup>(149)</sup>

**V**

# **RESULTADOS**

## Resultados

En una primera parte se van a analizar los datos personales y administrativos del documento de derivación, y posteriormente la información aportada por el médico que deriva y su concordancia con el especialista. A continuación se va a estudiar lo reseñado por el especialista, con especial atención al diagnóstico y tratamiento. En la apartado final se establece el seguimiento y decisión definitiva con el paciente y la valoración global de la derivación.

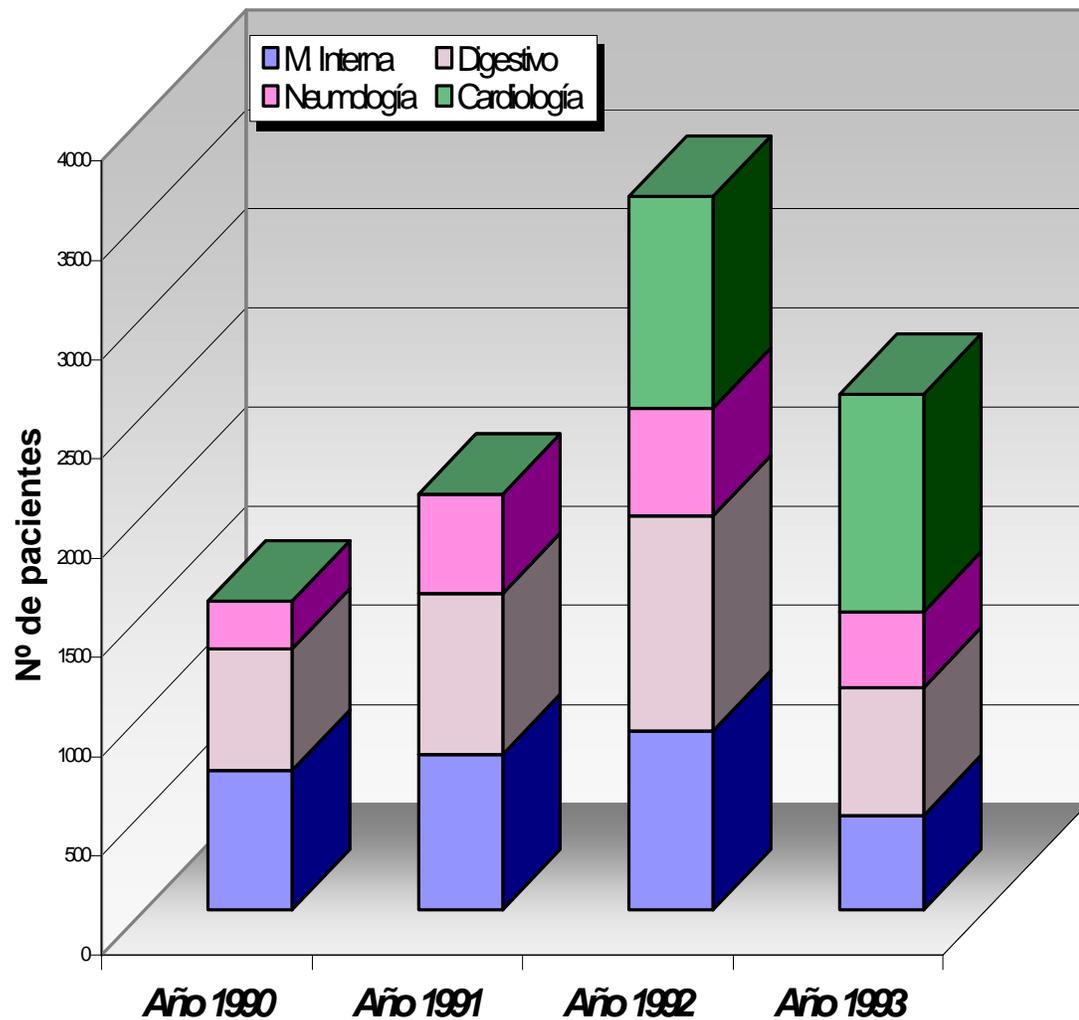
### **1. DATOS ADMINISTRATIVOS DEL DOCUMENTO DE DERIVACION**

**1. 1. Pacientes y consultas.** Se han atendido un total de 9.843 enfermos durante los años elegidos. La distribución por años y especialidad de estos pacientes, citados en las consultas externas del servicio de Medicina Interna, ha sido la siguiente (**Tabla 15** y **Figura 6**):

**Tabla 15:** Total de enfermos atendidos en consultas externas M. Interna. Por años

	Año 1990	Año 1991	Año 1992	Año 1993*	Total
M.Interna	702	786	898	477	<b>2863</b>
Digestivo	615	810	1085	643	<b>3153</b>
Neumología	240	498	543	382	<b>1663</b>
Cardiología	0	0	1069	1095	<b>2164</b>
<b>Total</b>	<b>1557</b>	<b>2094</b>	<b>3595</b>	<b>2597</b>	<b>9843</b>

\* De enero a junio para M. Interna, Digestivo y Neumología. De enero a diciembre en Cardiología

**Figura 6: 1ª visitas en C. externa de Sº M. Interna**

**1. 2. Fecha de cita.** Se ha podido obtener la fecha de citación de consultas en 1.797 pacientes (99,88%). Por años se han distribuido de la siguiente forma: año 1.990,

### Resultados

442 pacientes (24,59%); año 1.991, 364 pacientes (20,25%); año 1.992, 589 pacientes (32,92%); y año 1.993, 402 pacientes (22,3%).

En la siguiente **Tabla** se puede observar la disposición por especialidades y año, y el porcentaje sobre el total de enfermos atendidos en consultas en ese año (entre paréntesis):

**Tabla 16: Pacientes de consulta analizados por especialidad y año**

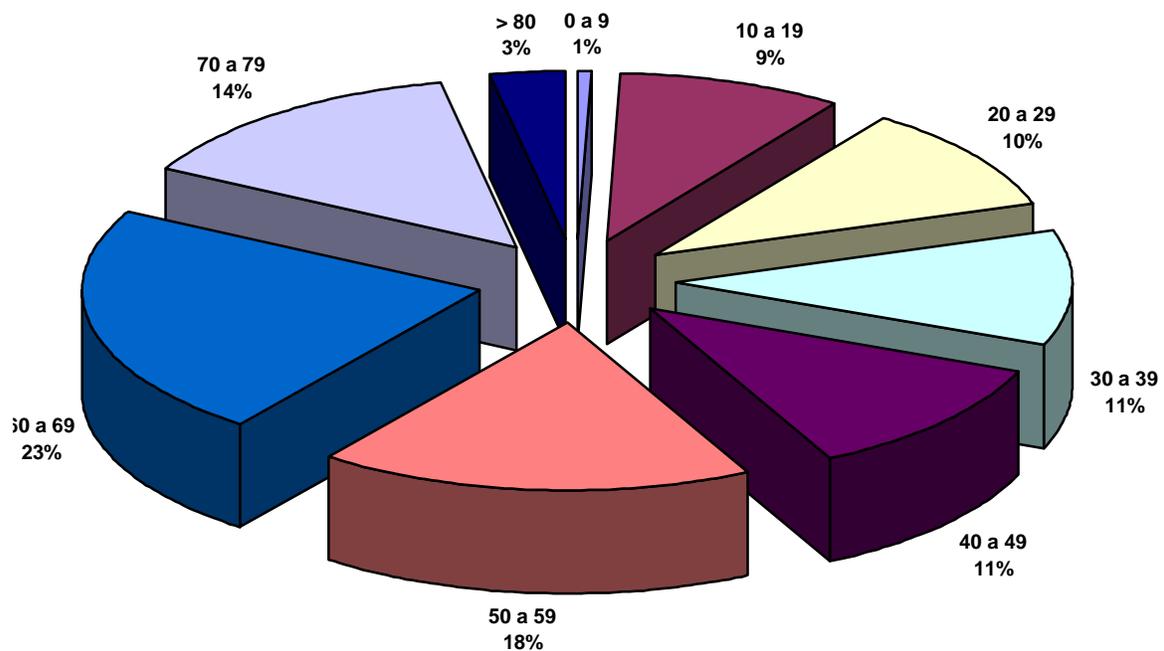
<b>Año</b>	<b>M. Interna</b>	<b>Cardiología</b>	<b>Digestivo</b>	<b>Neumología</b>	<b>Total</b>
<b>1.990</b>	166 (23,64)	0	192 (31,21)	84 (17,87)	<b>442</b>
<b>1.991</b>	162 (20,61)	0	148 (18,27)	54 (10,84)	<b>364</b>
<b>1.992</b>	169 (18,81)	179 (16,74)	155 (14,28)	86 (15,83)	<b>589</b>
<b>1993</b>	70 (14,67)	159 (14,52)	98 (15,24)	75 (19,63)	<b>402</b>
<b>Total</b>	<b>567 (19,8)</b>	<b>338 (15,61)</b>	<b>593 (17,8)</b>	<b>299 (17,97)</b>	<b>1797</b>

Las consultas de M.Interna, Digestivo y Neumología se han analizado los años 1.990, 1.991, 1.992 y del 1 de enero al 30 de junio de 1.993. La consulta de Cardiología, al integrarse en febrero de 1.992, se ha estudiado a partir de esa fecha y durante el año 1.993 completo.

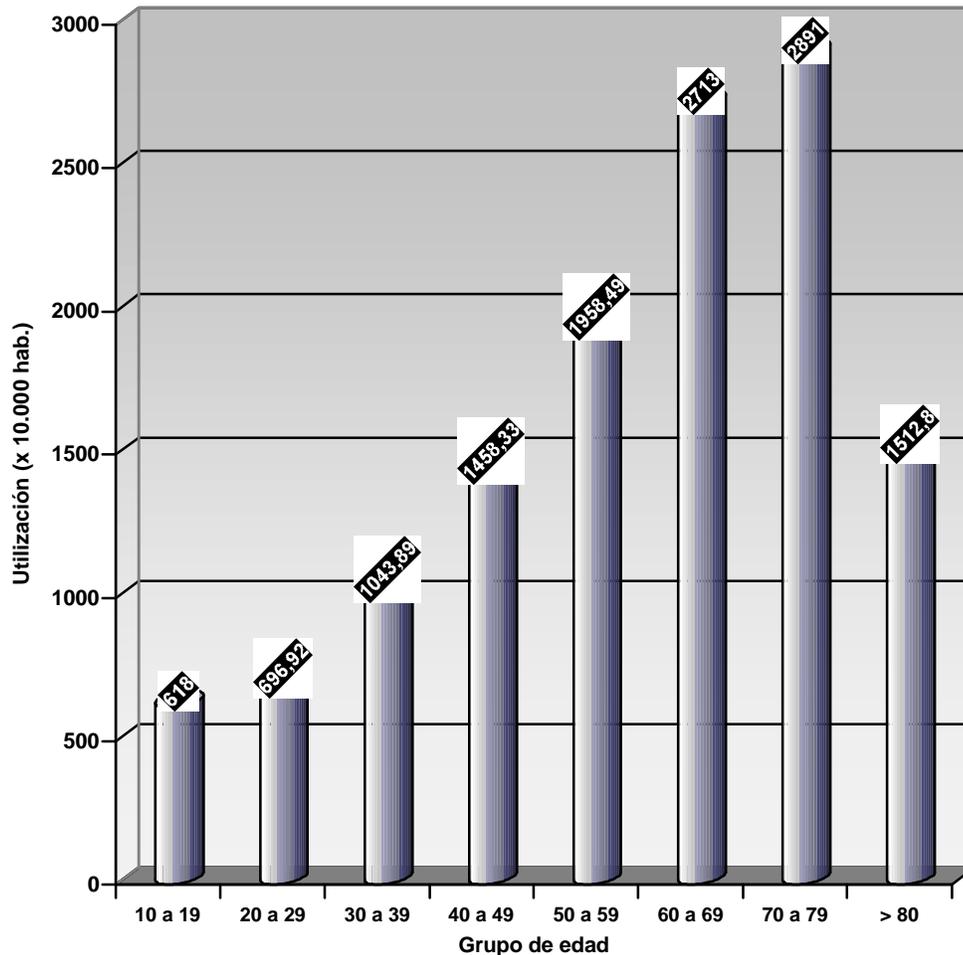
**1. 3. Edad.** Se ha podido obtener la edad en 1.768 de los pacientes, lo que representa el 98,2% de los casos. Aunque el servicio de M. Interna atiende enfermos mayores de 12 años, sin embargo el rango de edad está comprendido entre 3 y 97 años. El 1,69% de los enfermos atendidos tienen menos de 12 años. La edad media es de 50,189 años, con una varianza de 389,707 y una desviación estándar (SD) de +/- 19,741 años. La mediana es de 55 años y la moda de 60 años. Los pacientes procedentes de Atención Primaria tienen una edad media de 48,67 años (SD +/- 19,87), las Interconsultas de otros servicios o unidades del hospital 48,23 +/- 18,94 años, los referidos desde Urgencias 49,17 +/- 20,05 años, las derivaciones de otro hospital de mayor nivel 57,31 +/- 16,91 años, los del C.E.P. 54,41 +/- 18,37 años y los enviados desde hospitalización 57,58 +/- 18,74 años.

Por grupos de edad, los que más acuden a las consultas son los comprendidos entre los 50 y 59 años (17,7%) y entre los 60 y 69 años (22,5%). Entre ambos ocupan más del 40% de los pacientes atendidos como nuevos. En la ***Figura 7*** se puede ver gráficamente. Sin embargo, este grupo de edad, de los 50 a 69 años, representa el 20,35% de la población del D.S. de Osuna, consumiendo, por tanto, la mayor proporción de recursos sanitarios en las consultas del S° de Medicina Interna.

**Figura 7: Pacientes en consultas. Por grupo de edad**



La demanda de las consultas va aumentando con la edad, siendo la más alta la correspondiente al grupo de 70 a 79 años. En este grupo de edad, la utilización, durante el periodo de estudio, de las consultas del S° de M. Interna ha sido de 2.891/1.000 habitantes. En la **Figura 8** se puede ver gráficamente la utilización de las consultas por grupos de edad.

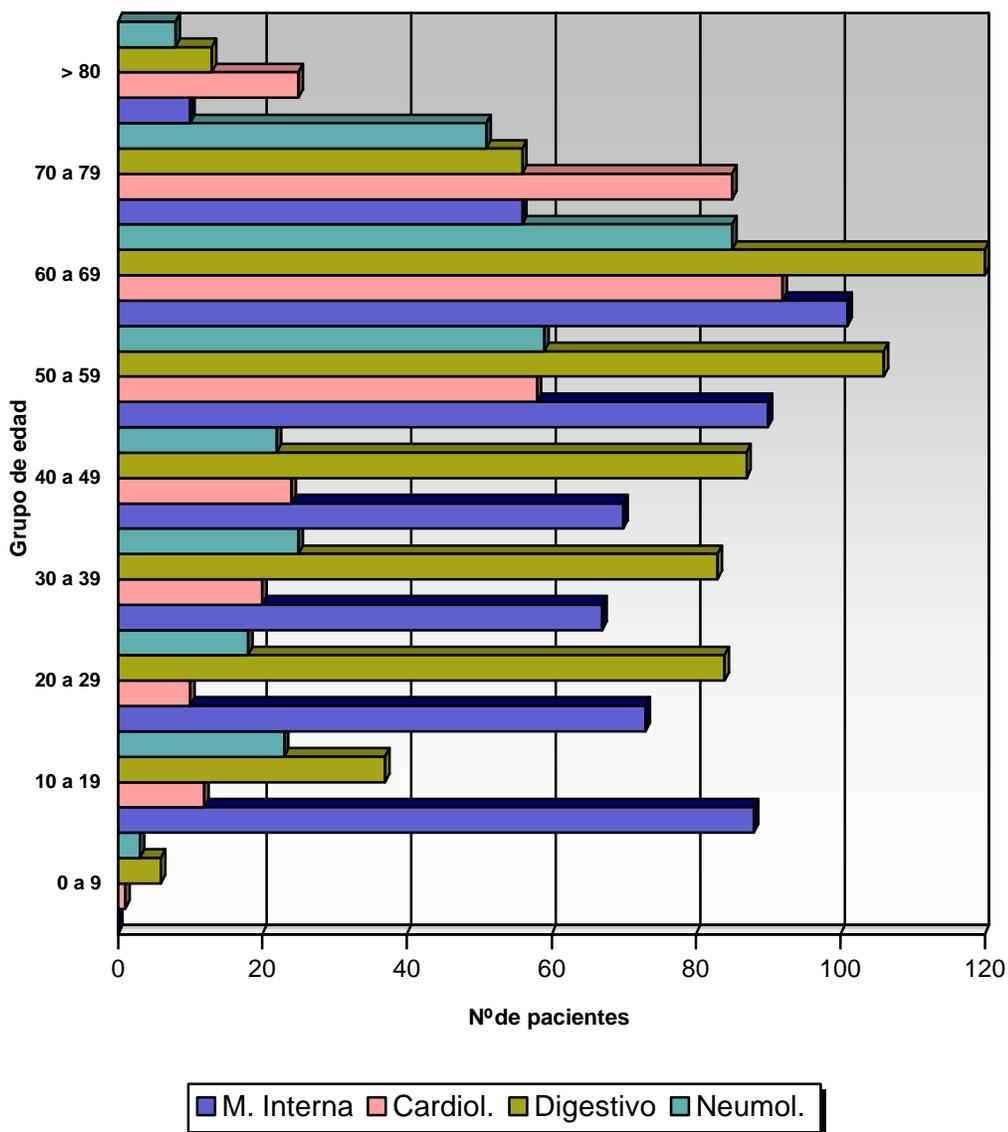
**Figura 8: Utilización de las consultas S<sup>o</sup> M. Interna**

Se observan diferencias estadísticamente significativas entre las distintas consultas, según el rango de edad. Se aprecia en las 4 especialidades un aumento progresivo del número de pacientes atendidos con el incremento de la edad, hasta los 70 años, con descenso en el grupo de 70 a 79 años y en el de más de 80 años (*Figuras 9 y 10* y *Tabla 17*). En M. Interna se evidencia una curva bimodal, con un primer pico a los 10-19 años, y otro a los 50-69 años. Algo similar ocurre en Digestivo, pero con un pico algo más tardío, entre los 20 y 29 años. En Cardiología y Neumología la curva está claramente desviada hacia la

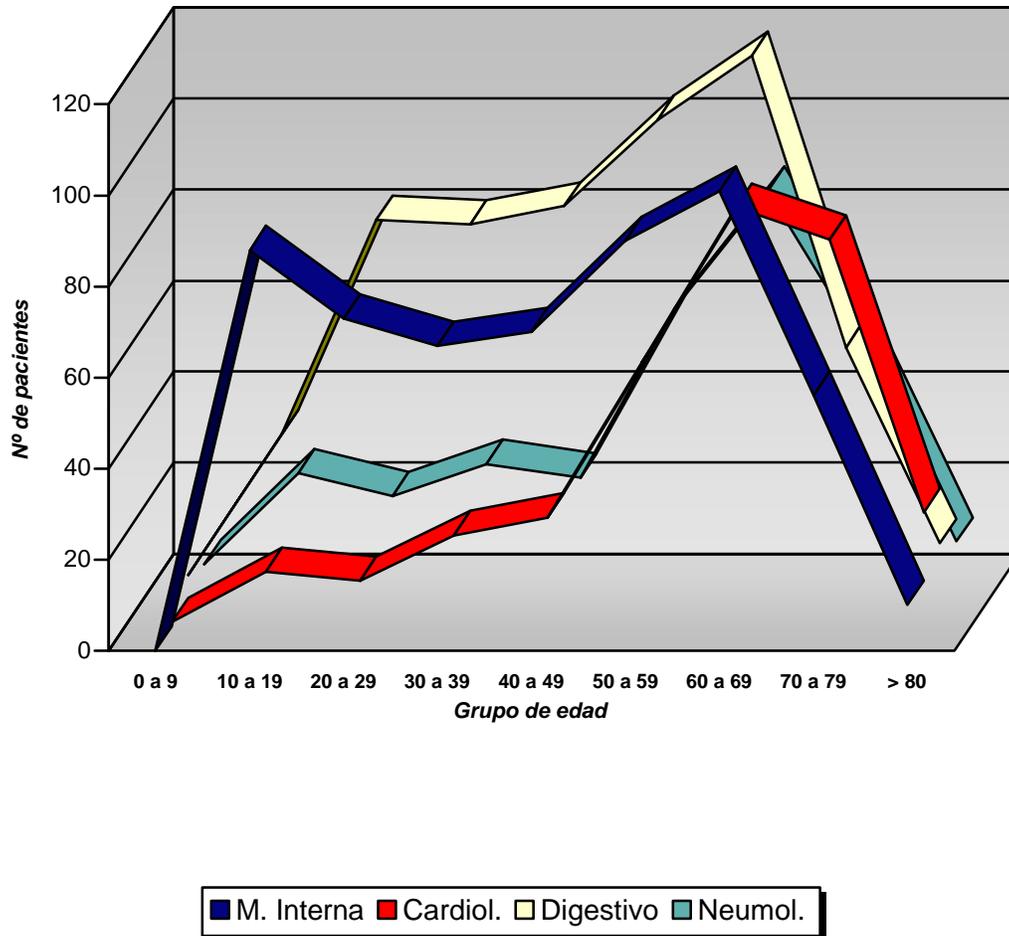
Resultados

derecha, entre los 50 y 69 años de edad para Neumología y entre los 60 y 79 años en Cardiología (*Figuras 11 a 14*).

**Figura 9: Pacientes en consultas, por grupo de edad y especialidad**



**Figura 10: Pacientes en consultas, por grupo de edad y especialidad**

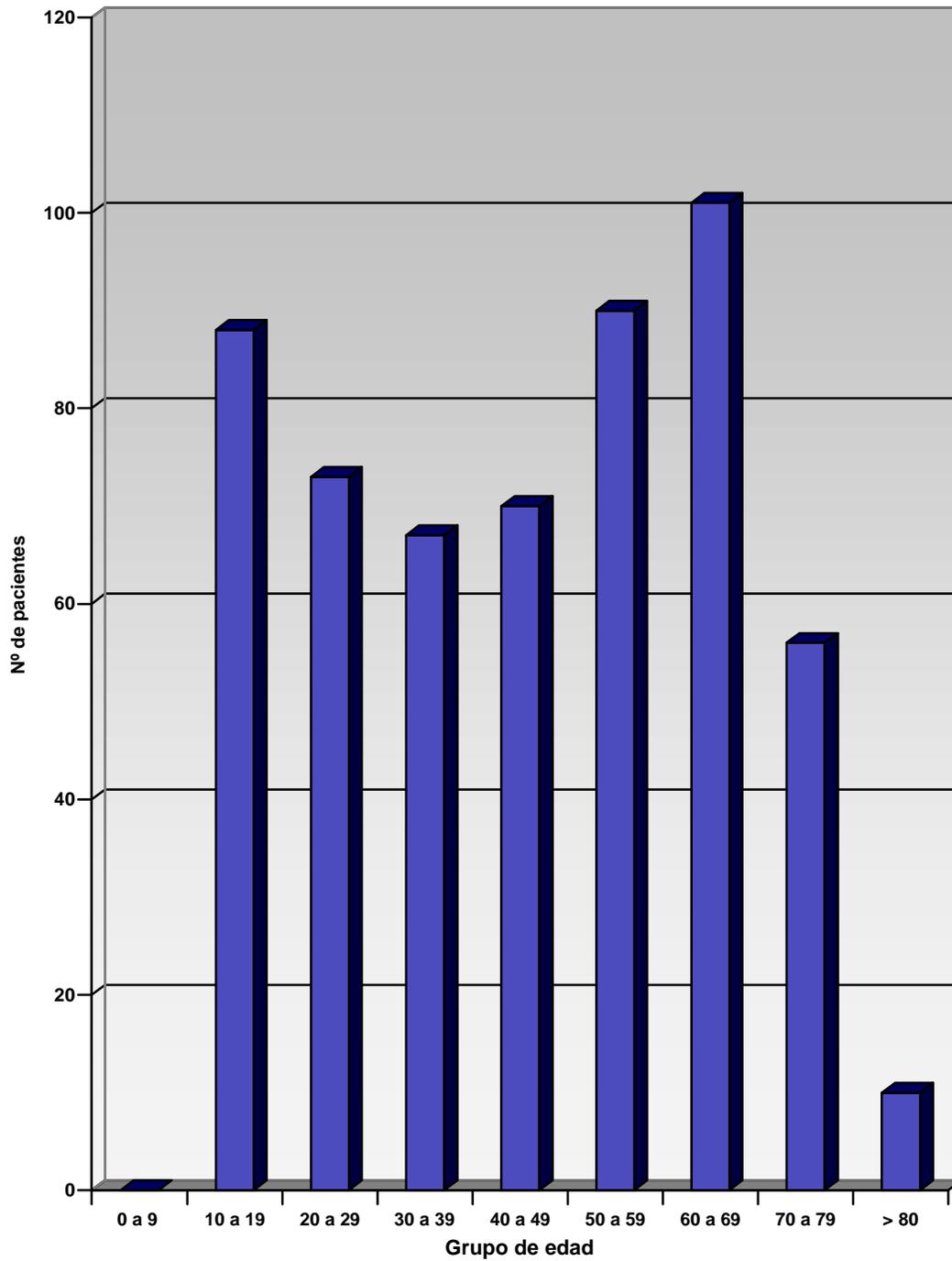


Resultados

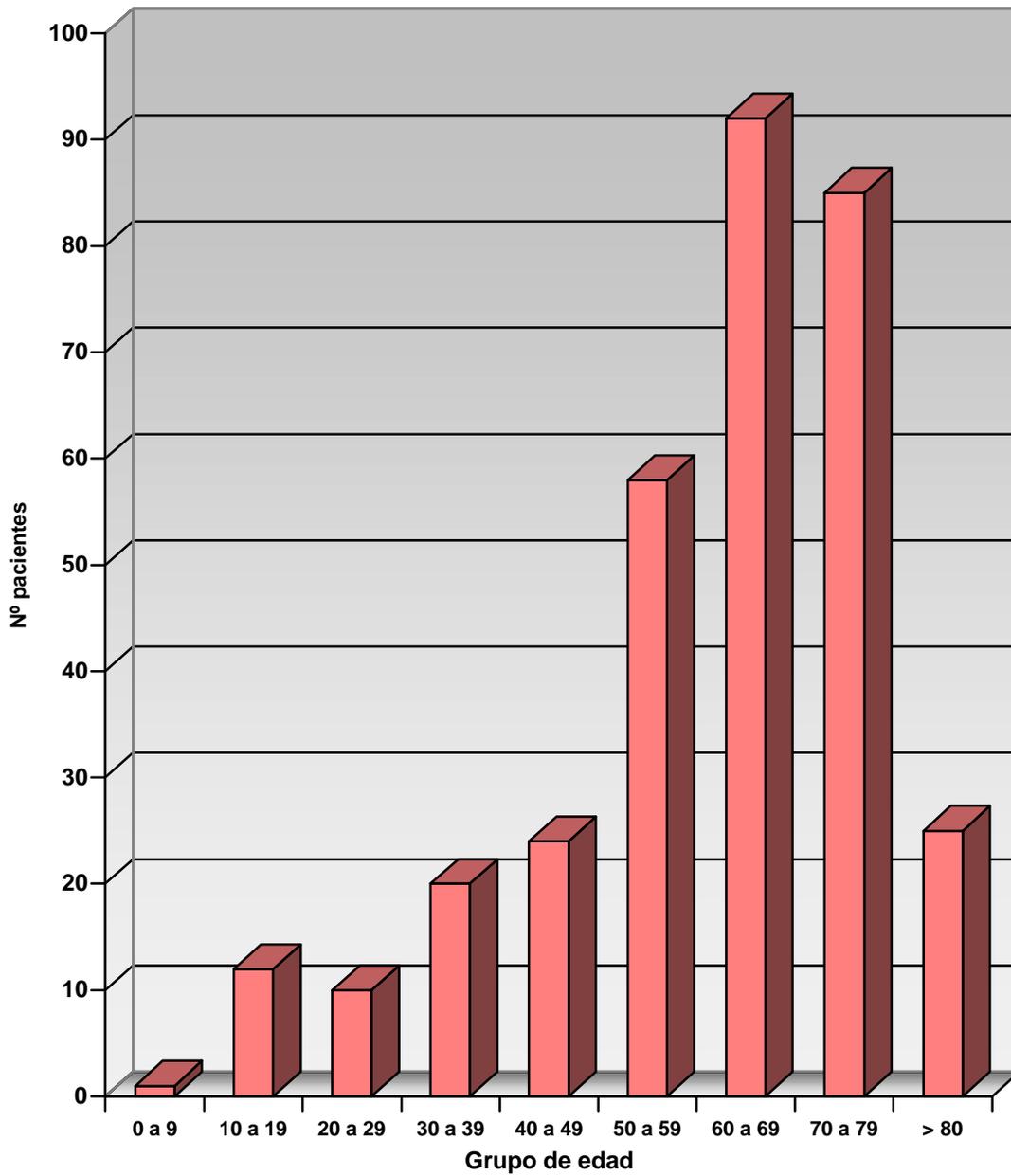
**Tabla 17: Pacientes en consultas externas. Por especialidad y grupo de edad**

<b>Especialidad</b>	<b>0-9</b>	<b>10-19</b>	<b>20-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-59</b>	<b>60-69</b>	<b>70-79</b>	<b>&gt;80</b>	<b>Total</b>
<b>M. Interna</b>	0	88	73	67	70	90	101	56	10	<b>555</b>
<b>Cardiología</b>	1	12	10	20	24	58	92	85	25	<b>327</b>
<b>Digestivo</b>	6	37	84	83	87	106	120	56	13	<b>592</b>
<b>Neumología</b>	3	23	18	25	22	59	85	51	8	<b>294</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>160</b>	<b>185</b>	<b>195</b>	<b>203</b>	<b>313</b>	<b>398</b>	<b>248</b>	<b>56</b>	<b>1768</b>

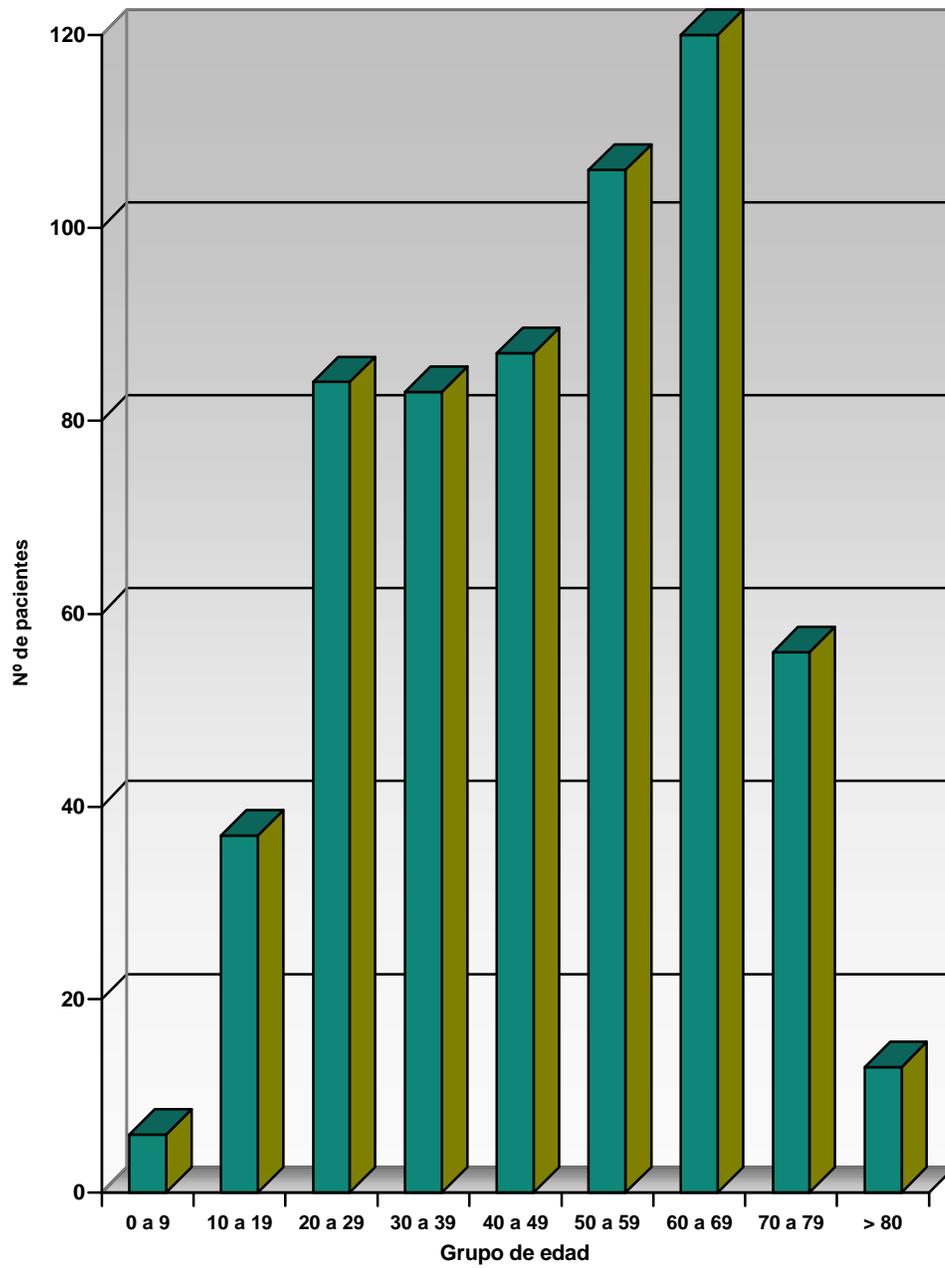
**Figura 11: Pacientes en consulta. Por grupo de edad:**  
**Medicina Interna**



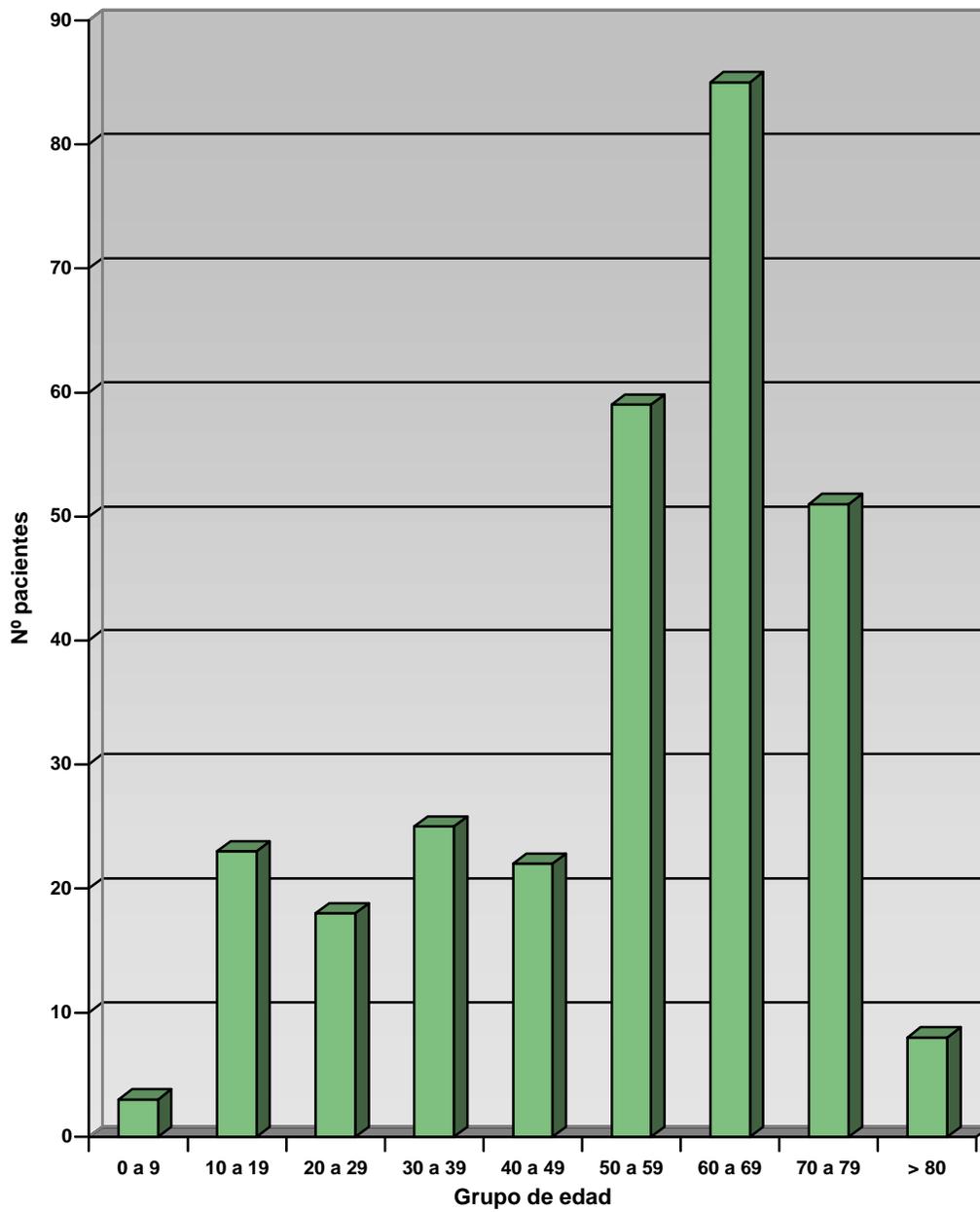
**Figura 12: Pacientes en consultas. Por grupo de edad:**  
**Cardiología**



**Figura 13: Pacientes en consultas. Por grupo de edad:**  
**Digestivo**



**Figura 14: Pacientes en consultas. Por grupo de edad:**  
**Neumología**



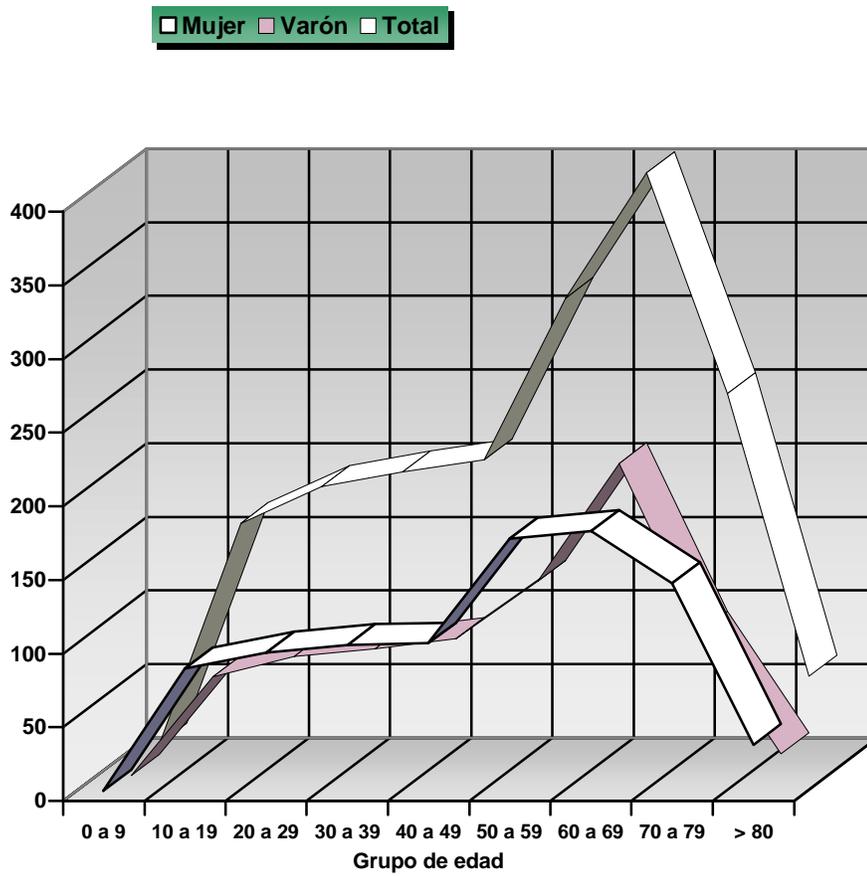
No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre la edad y el nivel asistencial que deriva al paciente, con la zona básica de salud, con el acierto en el diagnóstico emitido por el médico que deriva al paciente, con el tratamiento indicado por el mismo, con el tipo de antecedentes personales recogidos por el especialista, con la valoración inicial, con el número de revisiones hasta el diagnóstico, con la necesidad de estas revisiones y la indicación de éstas y los estudios complementarios, con la demora diagnóstica y con el destino final del paciente.

**1. 4. Sexo.** Se ha podido conocer el sexo de los pacientes en los 1.799 casos aleatorizados. La proporción de mujeres citadas en las consultas es superior al de varones: 53,8% y 46,2%, respectivamente, para el total de la muestra. Al igual que para el total, aumenta el número de mujeres con la edad (hasta los 70 años), siendo el grupo de 50 a 59 años y el de 60 a 69, con 178 y 183 pacientes, respectivamente, los más numerosos. En los hombres es el grupo de edad de 60 a 69 años el más importante, significando el 26,54% de los pacientes (215 hombres). El siguiente en número es el de 50 a 59 años con 135 pacientes (16,66%)., Las mujeres predominan en todos los grupos etarios, excepto en el de 60 a 69 años, en el que prevalecen los hombres, de tal manera que la preponderancia de pacientes en este grupo de edad sobre los demás se hace fundamentalmente a expensas de los varones. Sobre el total de pacientes derivados a las consultas, se obtiene una significación estadísticamente entre los grupos de edad y el sexo ( $p < 0,05$ ) (**Tabla 18 y Figura 15**). Sin embargo, cuando se analizan por separado los distintos niveles de procedencia, únicamente es significativo en los pacientes procedentes de las consultas de especialidad. ( $p < 0,05$ ) (**Figura 16**).

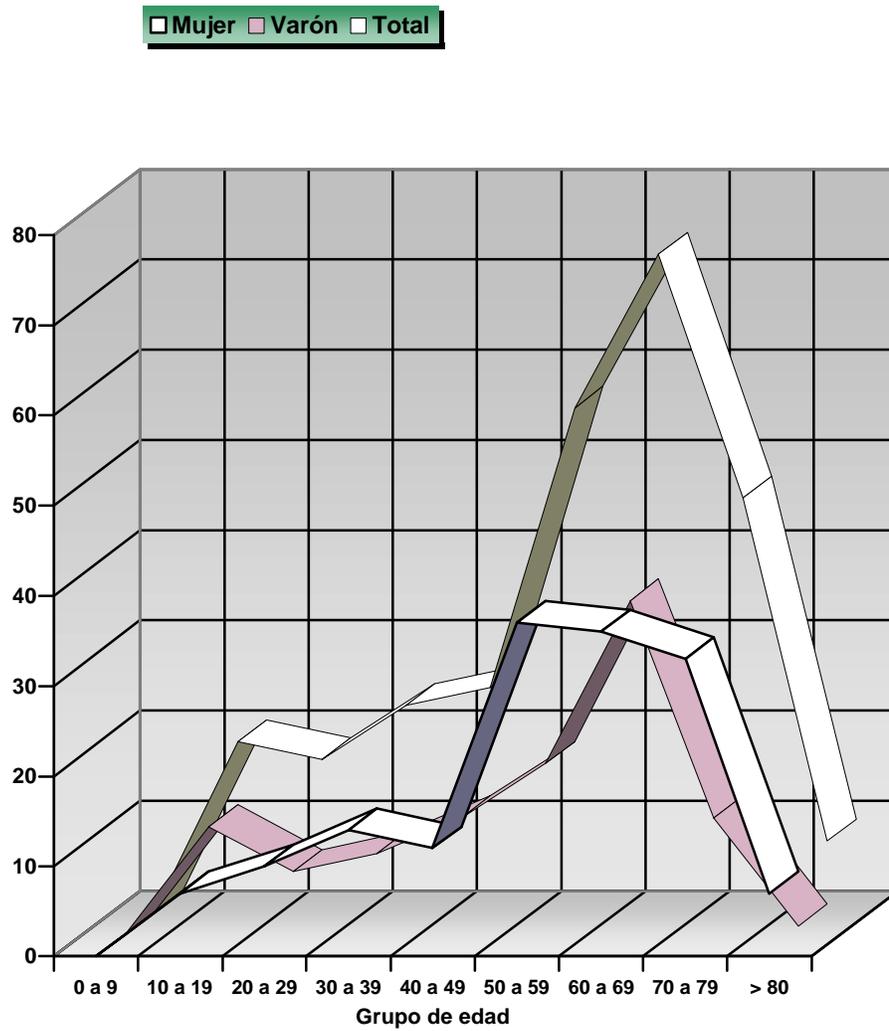
**Tabla 18: Pacientes en consultas. Por grupo de edad y sexo**

<b>Sexo</b>	<i>0-9</i>	<i>10-19</i>	<i>20-29</i>	<i>30-39</i>	<i>40-49</i>	<i>50-59</i>	<i>60-69</i>	<i>70-79</i>	<i>&gt;80</i>	<b>Total</b>
Mujer	7	90	101	106	107	178	183	148	38	<b>958</b>
Varón	3	70	84	89	96	135	215	100	18	<b>810</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>160</b>	<b>185</b>	<b>195</b>	<b>203</b>	<b>313</b>	<b>398</b>	<b>248</b>	<b>56</b>	<b>1768</b>

**Figura 15: Pacientes en consultas. Por grupo de edad y sexo**



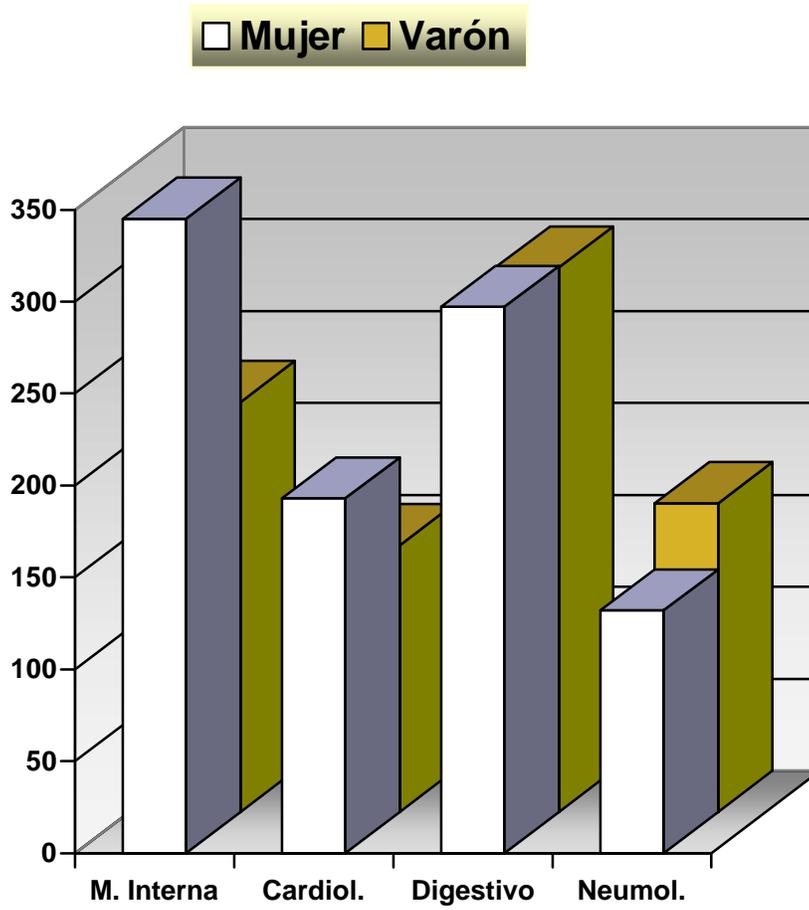
**Figura 16: Pacientes en consultas. Por grupo de edad y sexo. Derivados de C.E.P.**



### Resultados

Por especialidades, existen diferencias significativas entre las mismas ( $p < 0,05$ ). La especialidad que más contribuye al predominio del sexo femenino es la de M. Interna con el 60,7%, seguido de Cardiología con el 57,1%. En Digestivo están equilibrados los sexos al 50%, y en Neumología se invierten, con predominio de los varones con un 56%. Si analizamos el grupo de edad y el sexo con la especialidad, observamos que el predominio de varones en la década de 60 a 69 años se realiza a expensas de las especialidades de Digestivo (predominio significativo en ese grupo de edad) y Neumología (predominio en la mayoría de los grupos de de edad) (***Figura 17***).

**Figura 17: Pacientes en consultas. Por sexo y especialidad**



## Resultados

**1. 5. Zona Básica de Salud y Distrito Sanitario.** Se ha obtenido la localidad de procedencia en el 99,2% de los casos (1.784 pacientes). De estos 1.784 pacientes, la distribución por Z.B.S. ha sido la siguiente: Osuna 549 (30,5%); Estepa 814 (45,2%); El Saucejo 278 (15,5%); Puebla de Cazalla 103 (5,7%); Ecija “Virgen del Valle” 30 (1,7%); Ecija “Almorrón” 6 (0,6%); y La Luisiana 2 (0,2%). Por D.S., Osuna abarca el 97,75% (1.744) de los pacientes atendidos en las consultas de M. Interna y Ecija el 2,25% (40 pacientes).

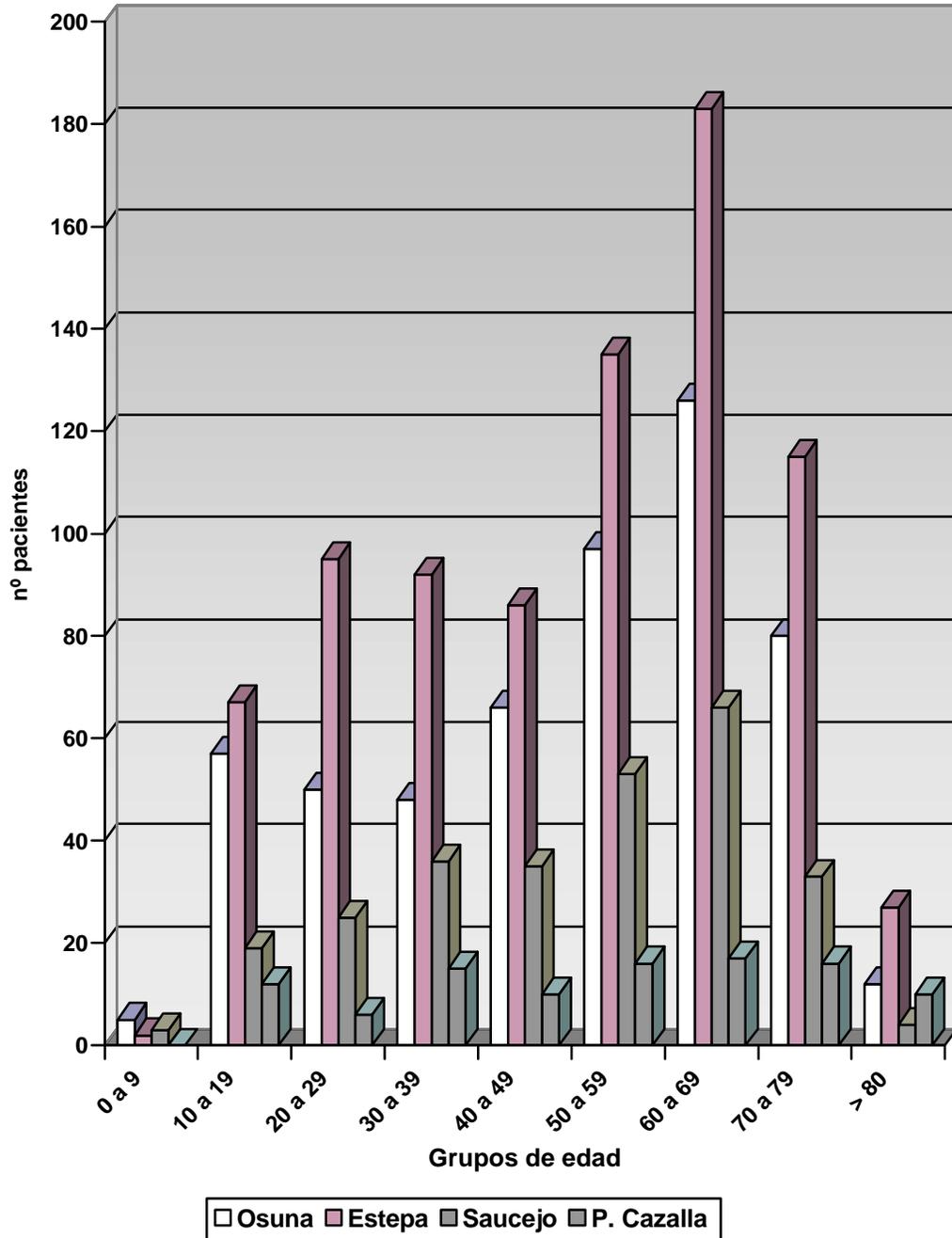
En el D.S. de Osuna se ha podido conocer la edad de los pacientes en 1.719 casos. La distribución de pacientes por grupo de edad ha sido la siguiente (**Tabla 19**):

*Tabla 19: Pacientes en consultas. Por grupo de edad y Z.B.S.: D. S. de Osuna*

Z.B.S.	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> 80	Total
<b>Osuna</b>	5	57	50	48	66	97	126	80	12	<b>541</b>
<b>Estepa</b>	2	67	95	92	86	135	183	115	27	<b>802</b>
<b>El Saucejo</b>	3	19	25	36	35	53	66	33	4	<b>274</b>
<b>P. Cazalla</b>	0	12	6	15	10	16	17	16	10	<b>102</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>160</b>	<b>185</b>	<b>195</b>	<b>203</b>	<b>313</b>	<b>398</b>	<b>248</b>	<b>56</b>	<b>1719</b>

Se aprecian diferencias significativas estadísticamente ( $p < 0,05$ ) entre los distintos grupos de edad en las 4 Z.B.S. El grupo de 60 a 69 años es el predominante en las 4 Z.B.S.: Osuna 23,3%; Estepa 22,8%; El Saucejo 24,1% y P. De Cazalla 16,7%. Los de 60 años ó mayores suponen el 40,3% en Osuna; el 40,5% en Estepa; el 37,6% en El Saucejo y el 42,2% en Puebla de Cazalla. Llama la atención el distinto comportamiento de esta última Z.B.S. con respecto a los grupos de edad, con un porcentaje muy superior de aquéllos pacientes de 80 años ó más (9,8%), y con unos porcentajes en todos los grupos de edad con escasas diferencias de unos a otros: 9,8% de 40 a 49 años y 15,7% de 50 a 59 años. El grupo menos numeroso es el de 20 a 29 años (5,9%) (**Figura 18**).

**Figura 18: Consultas de M. Interna. Grupos de edad en el D.S. de Osuna**



### Resultados

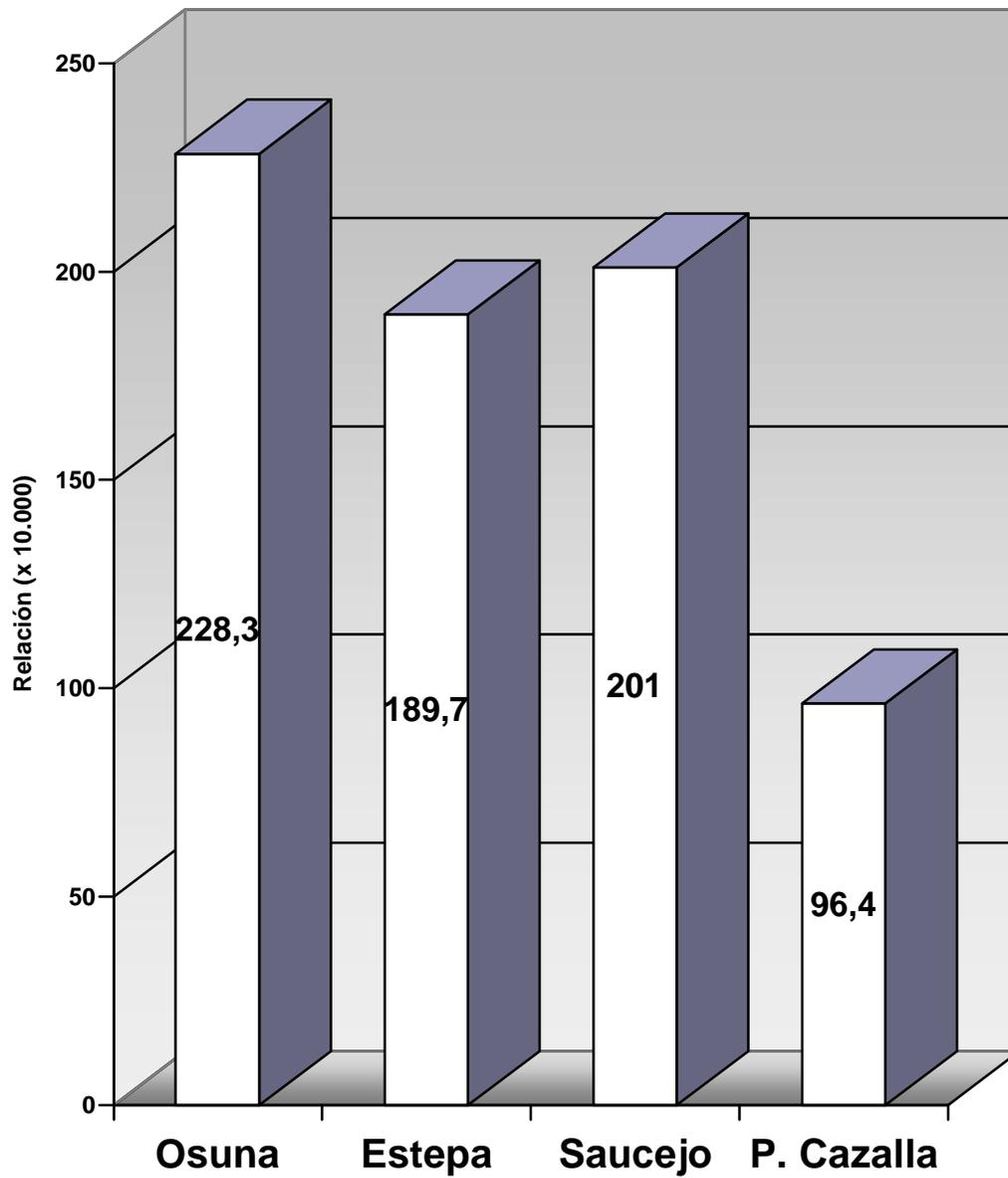
No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre la zona básica de salud y el sexo ( $p > 0,05$ ), como se expresa en la **Tabla 20**.

***Tabla 20: Pacientes en consultas. D. S. de Osuna. Según sexo***

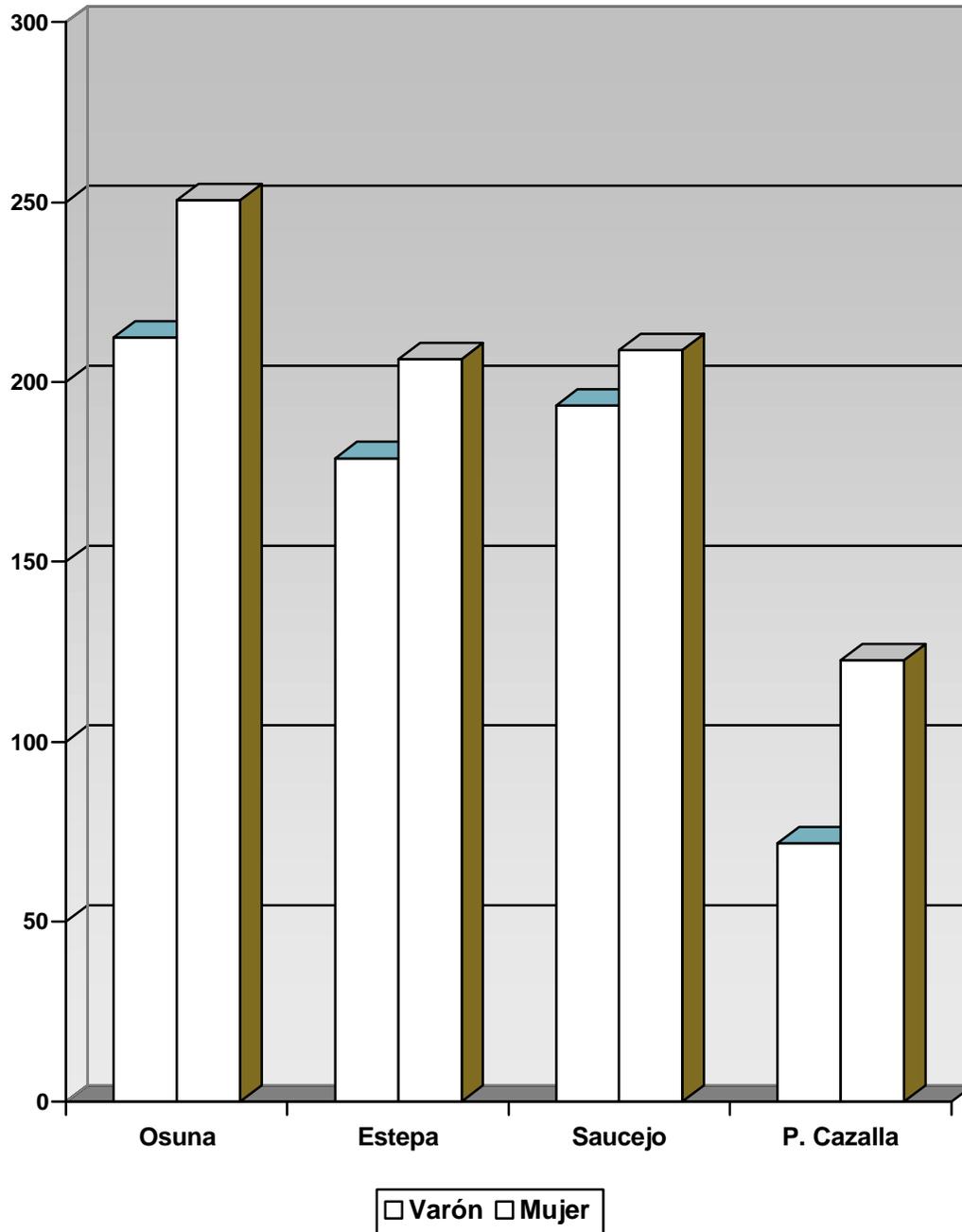
<b><u>Z. B. S.</u></b>	<b><u>Mujer</u></b>	<b><u>Varón</u></b>	<b><u>Total</u></b>
<b>Osuna</b>	299	250	549
<b>Estepa</b>	436	378	814
<b>El Saucejo</b>	141	137	278
<b>Puebla Cazalla</b>	65	38	103
<b>Total</b>	<b>941</b>	<b>803</b>	<b>1744</b>

La utilización de la consulta, en el periodo evaluado, es muy homogéneo en las Z.B.S. de Osuna, El Saucejo y Estepa. Existe diferencia apreciable con Puebla de Cazalla, sobretodo en los varones. En todas las Z.B.S. predominan las mujeres sobre los varones (***Figuras 19 a 22***).

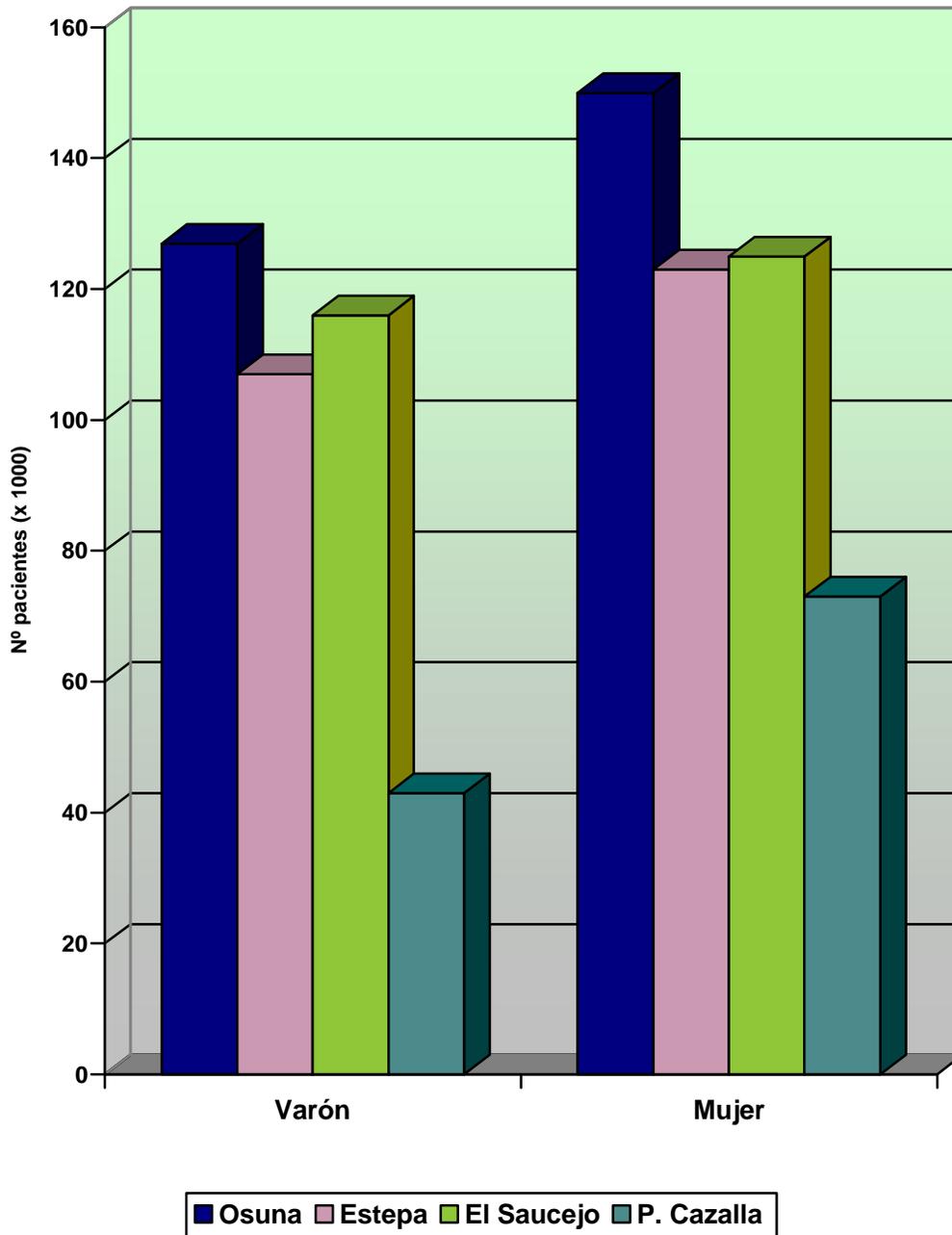
**Figura 19: D.S. de Osuna. Relación de la muestra poblacional con la población total. Periodo de estudio completo. Por Z.B.S.**



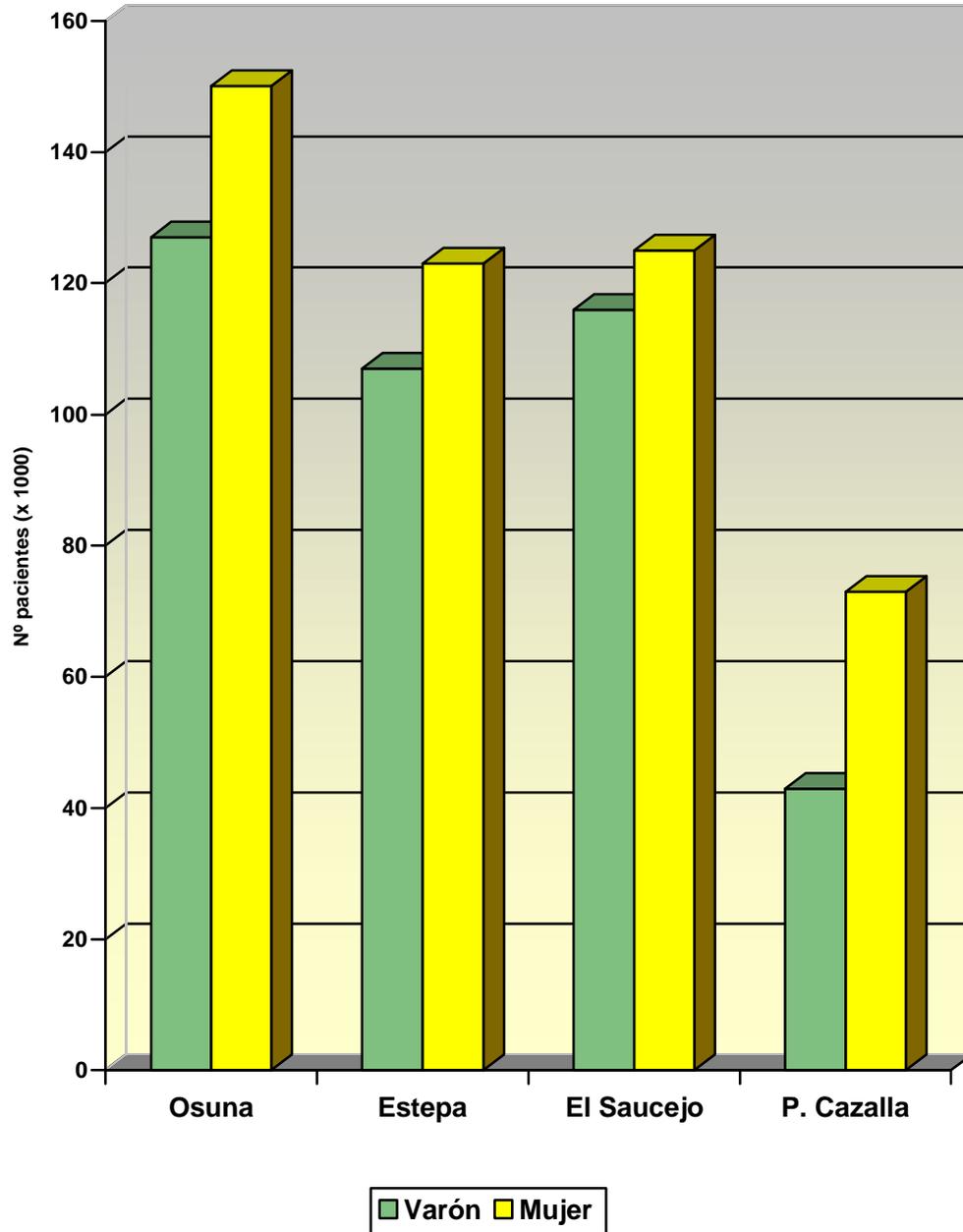
**Figura 20: D.S. de Osuna. Relación muestra poblacional con la población total. Periodo de estudio completo. Por Z.B.S. y sexo**



**Figura 21: Utilización de la consulta en D.S. de Osuna. Por sexos (1.990-93)**



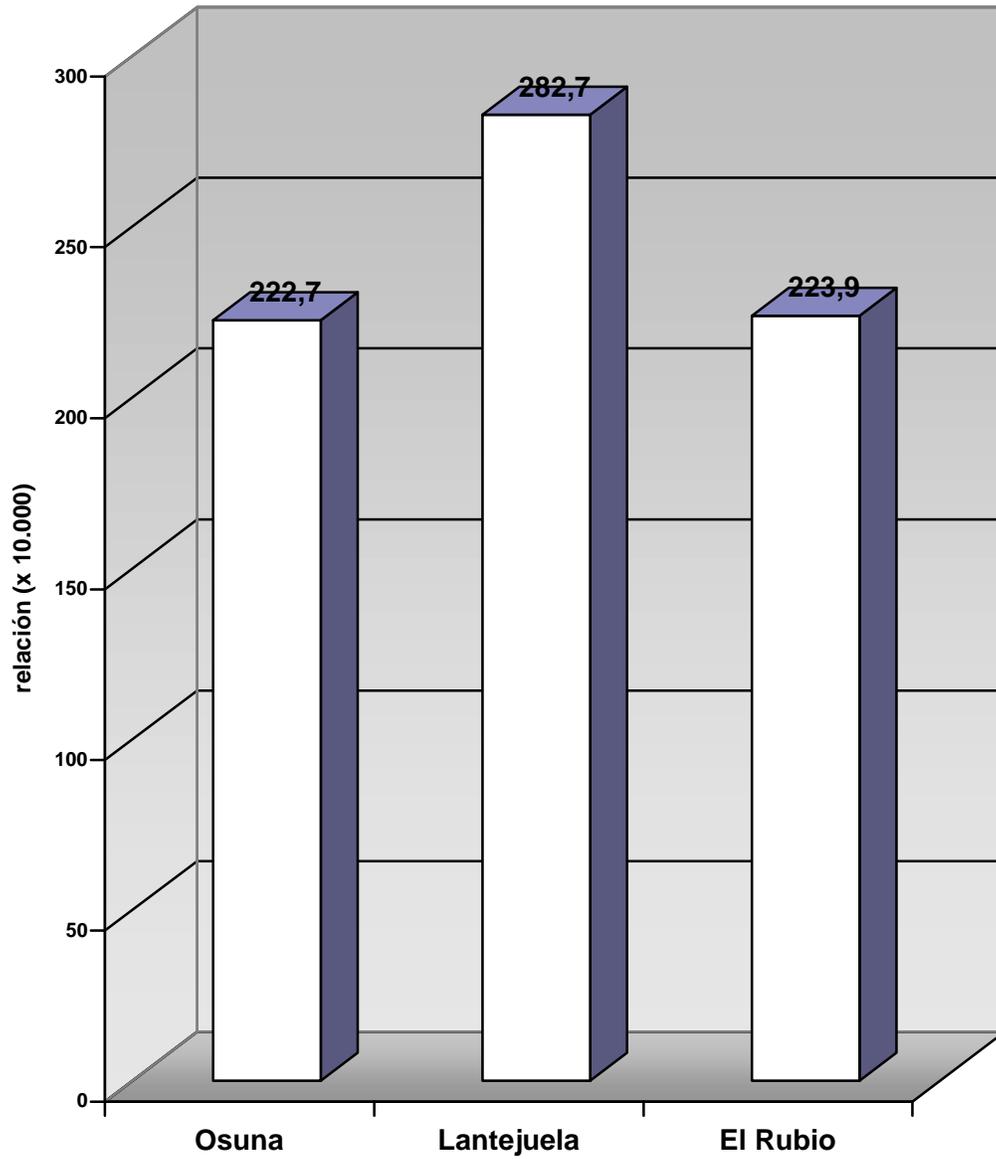
**Figura 22: Utilización de la consulta en D.S. de Osuna.**  
**Por sexos (1.990-93)**



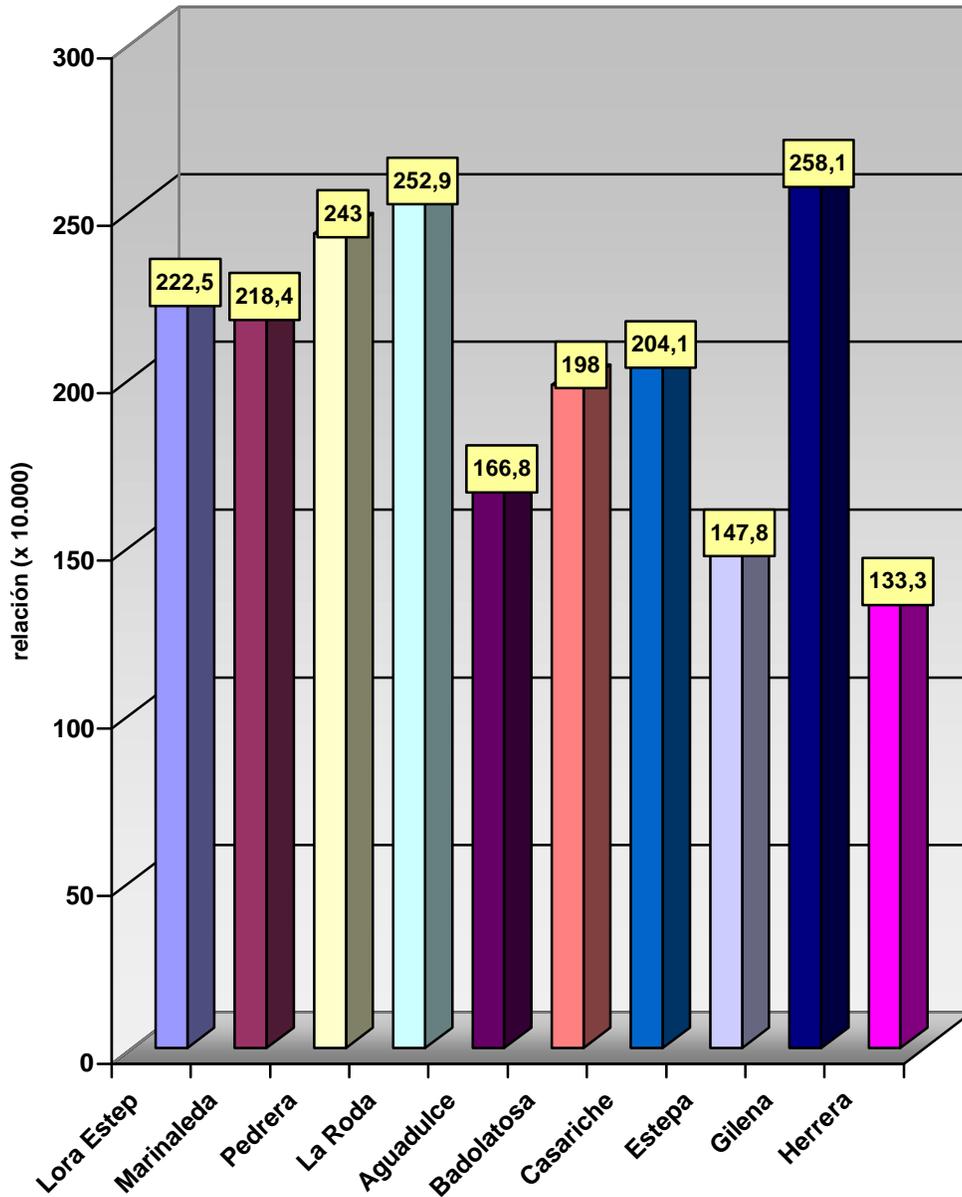
Básicamente, la utilización de la consulta del S° de M. Interna es mayoritaria por el D.S. de Osuna, siendo muy homogénea en las 4 Z.B.S., a excepción de Puebla de Cazalla, que disminuye significativamente, por su integración posterior en el Area Sanitaria. La utilización regular de la consulta por la población de la Z.B.S. de Puebla de Cazalla se consolida en los años 1.992 y 1.993, coincidiendo con la incorporación de dicha localidad al Area Hospitalaria de Osuna en enero de 1.992, perteneciendo anteriormente al Area Hospitalaria de Valme. La atención especializada se realizaba hasta entonces en el C.E.P. de Morón de la Frontera y en el Hospital de Valme. De esta manera, durante los años 1.990 y 1.991 un total de 10 pacientes pertenecían a dicha localidad, del total analizado. En el año 1.992 se aleatorizaron 49 enfermos, y 44 en el año 1.993. El uso de la consulta por el D.S. de Ecija es anecdótica, no modificándose significativamente durante el periodo estudiado.

Si analizamos la relación entre la muestra poblacional y la población total en las distintas localidades de las Z.B.S. obtenemos conclusiones importantes. La relación de la muestra atendida en la consulta con la población (x 10.000) da una cifra muy similar para Osuna y El Rubio (222,7 y 223,9; respectivamente), llegando hasta 282,7 para La Lantejuela. En la Z.B.S. de Estepa, son Herrera (133,3) y Estepa (147,8), las localidades con menor relación entre la muestra poblacional y la población. Esta última donde se encuentra el Centro de Salud. En el resto de poblaciones esta relación se sitúa en torno a 200, siendo Gilena la que mayor relación tiene, con 258,1. También en esta Z.B.S. predominan la mujeres sobre los hombres: 437 y 378, respectivamente. Las localidades de la Z.B.S. de El Saucejo la razón mujer a hombre es cercana a la unidad (141 y 137, respectivamente), mostrando una relación muestra/población muy similares, en torno a 200, excepto Algámitas que baja hasta 162,4 (***Figuras 23 a 25***).

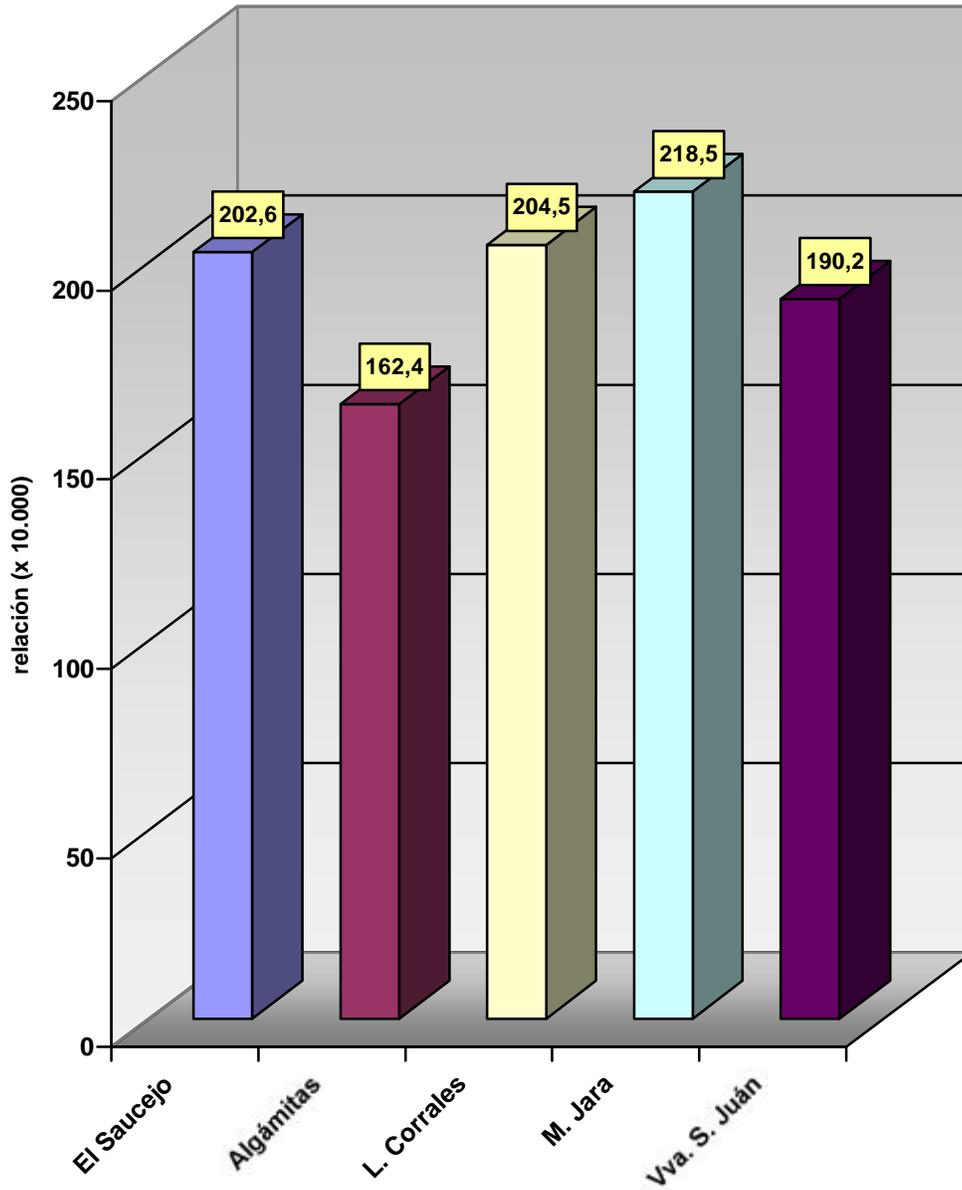
**Figura 23: Z.B.S. de Osuna. Relación muestra/población (x 10.000). Comparación entre las localidades**



**Figura 24: Z.B.S. de Estepa. Relación muestra/población (x 10.000). Comparación entre localidades**

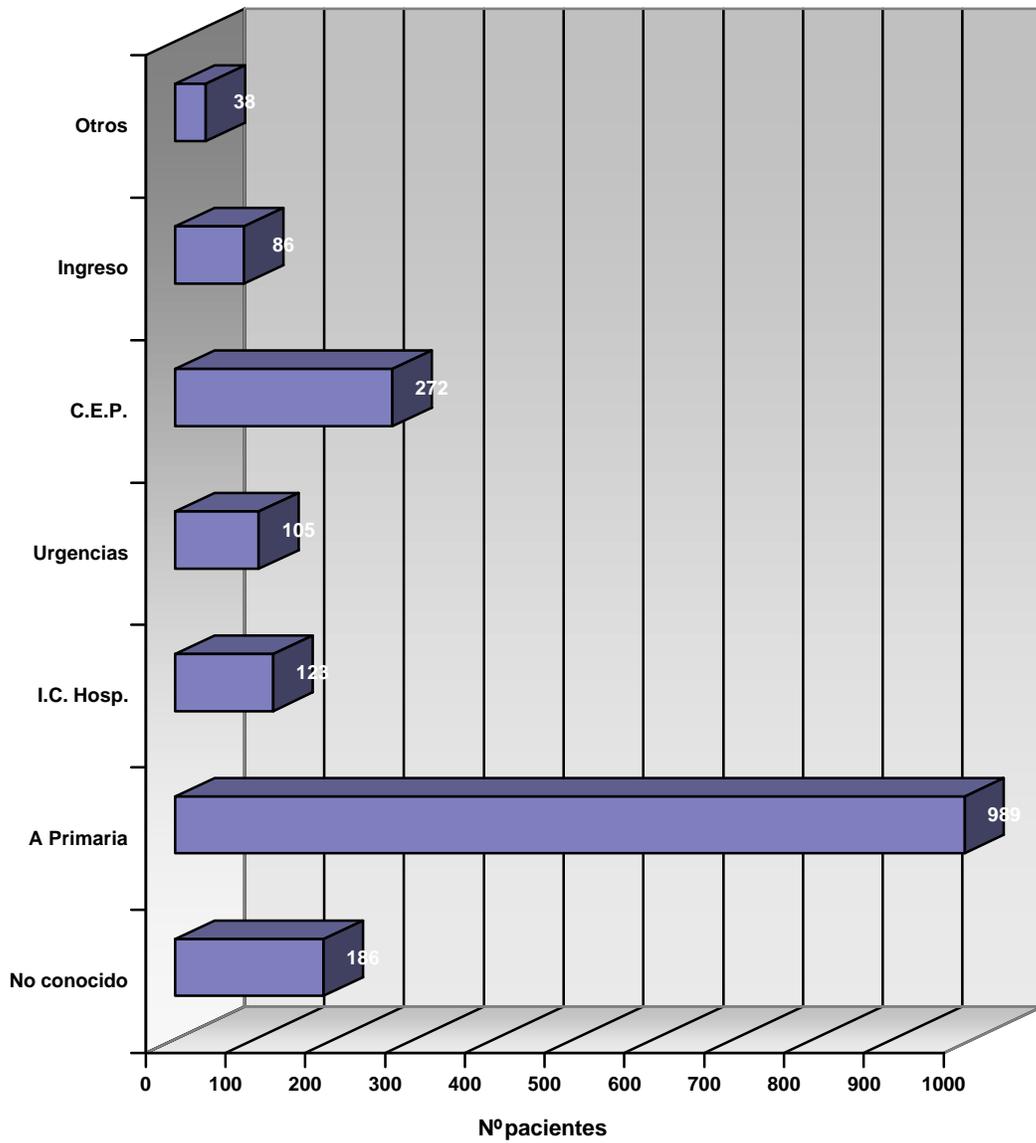


**Figura 25: Z.B.S. de El Saucejo. Relación muestra/población (x 10.000). Comparación entre localidades**



**1. 6. Nivel asistencial que deriva al enfermo.** En 186 casos (10,33%) se desconoce, con los datos aportados en la historia clínica, la procedencia del enfermo (médico que realiza la interconsulta). Atención Primaria es el nivel asistencial que mayor número de enfermos deriva a las consultas del S° de Medicina Interna, con un 55% del total (incluyendo los de procedencia desconocida). Si descontamos estos últimos, supone el 61,31% de los pacientes. Aquéllos conceptuados como revisión de ambulatorio (C.E.P.) ocupan el 2° lugar con 272 pacientes (15,1% del total; 16,86% de los conocidos). Las interconsultas de otros servicios o unidades hospitalarios, y el Area de Urgencias ocasionan el 6,8% (7,62% de los conocidos) y el 5,8% (6,5%), respectivamente, de la demanda total en la consulta del S° de Medicina Interna. Las derivaciones desde el Area de hospitalización de M. Interna suponen el 4,8% de los pacientes atendidos en la consulta (5,33% de los de derivación conocida) (***Figura 26***).

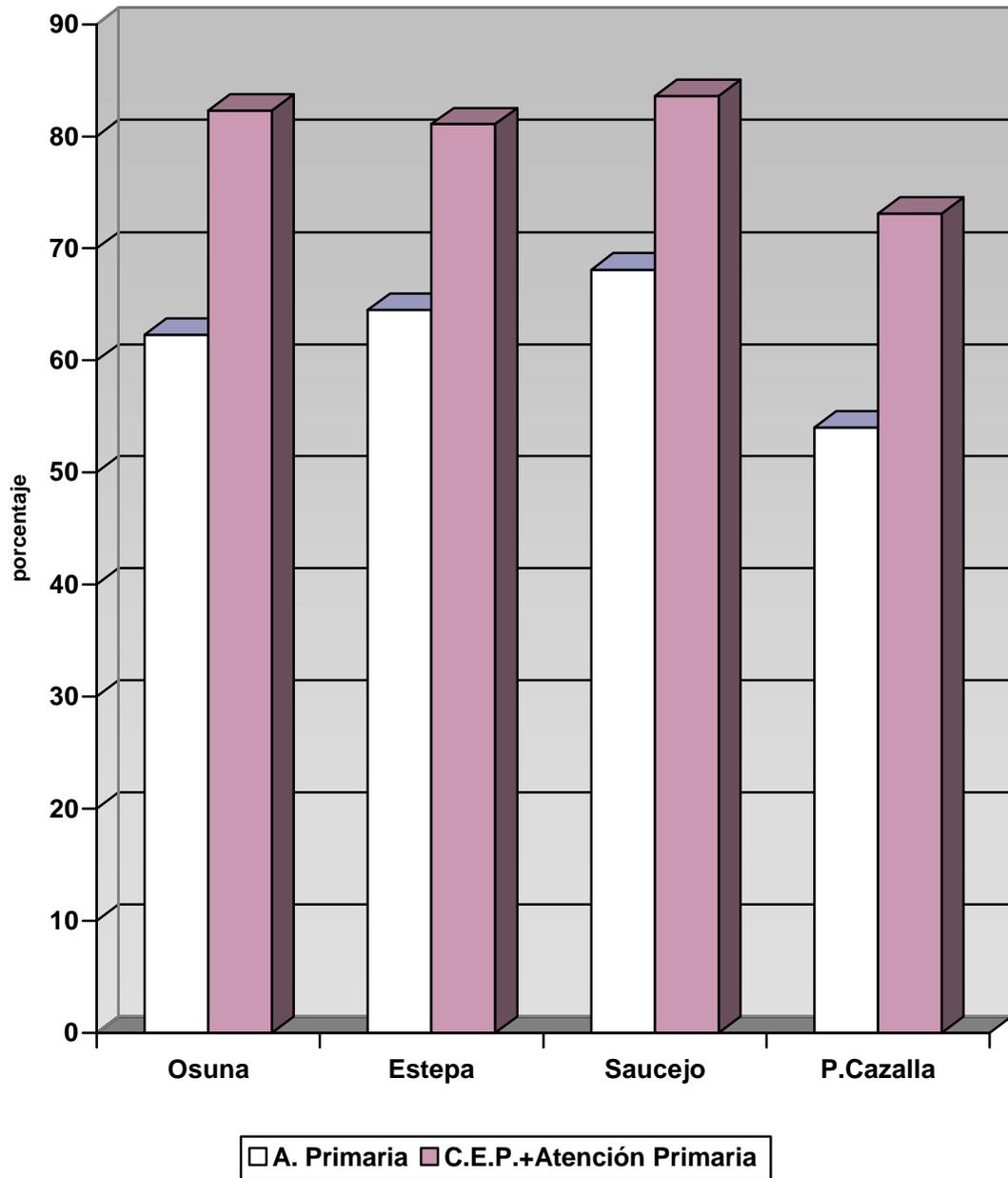
**Figura 26: Nivel asistencial que deriva al paciente**



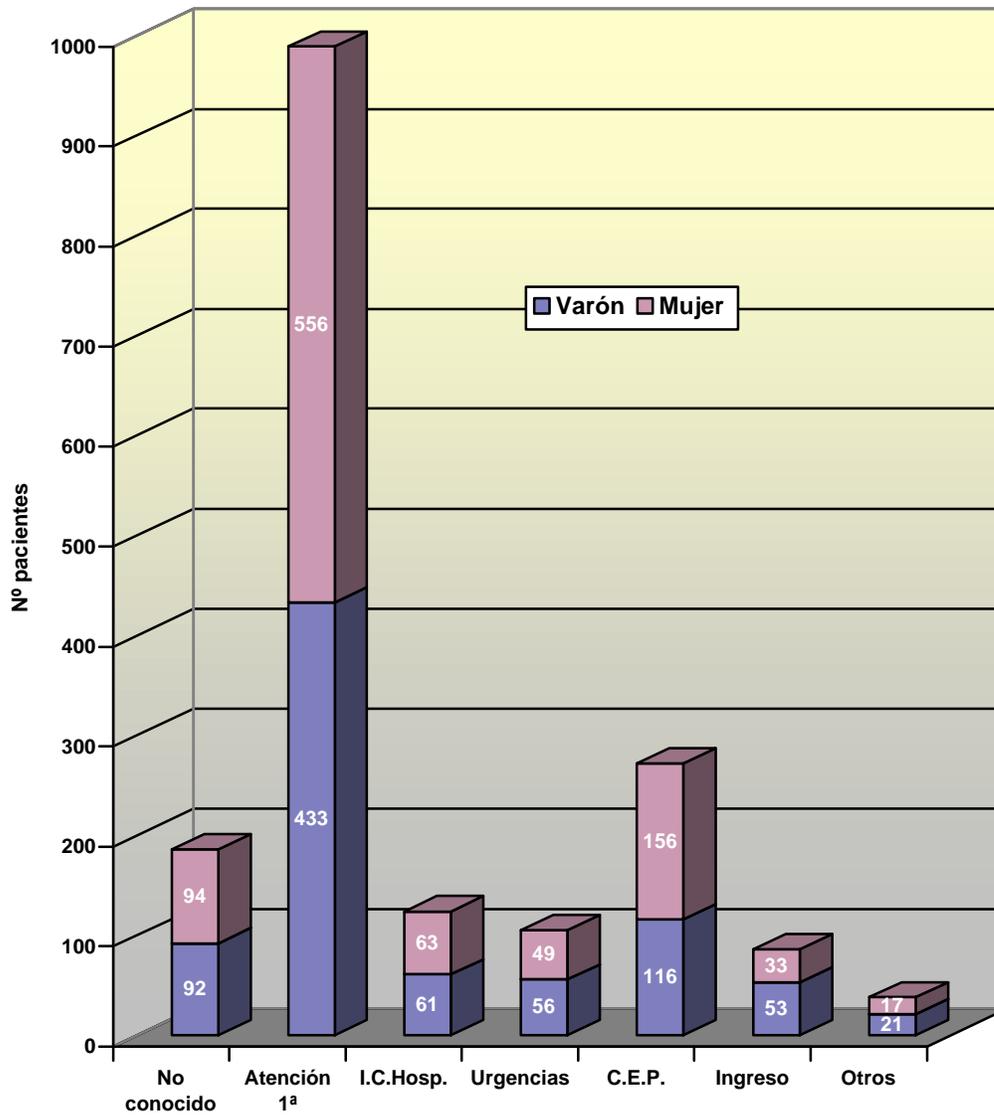
Se observan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en la derivación de pacientes desde los diferentes niveles asistenciales, con respecto al sexo ( $p < 0,05$  si se eliminan aquellas casillas con valor menor de 5). Atención Primaria remite enfermos a las consultas del Sº de Medicina Interna en un porcentaje más destacado de mujeres (56,21%) respecto a los varones (43,78%), en relación al total de pacientes analizados. Algo similar ocurre con las revisiones del antiguo ambulatorio, llegando en este caso el porcentaje de mujeres al 57,35%. Los enfermos procedentes del propio hospital (interconsulta de otros servicios o unidades) la razón mujer:hombre es de 1,01. En los pacientes de procedencia asistencial desconocida esta relación mujer:hombre es de 1,02. En los pacientes enviados desde el Area de Urgencias esta relación es de 0,87. Aquéllos enfermos referidos desde el Area de hospitalización del Sº de M. Interna, se invierte también la razón, con un valor de 0,62. (***Figuras 28 y 30***). Sin embargo, analizando las distintas especialidades, esta significación estadística se mantiene únicamente para la consulta de Neumología ( $p < 0,05$ )

Si contabilizamos únicamente aquéllos pacientes del D.S. de Osuna, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre las distintas Z.B.S. ( $p > 0,05$ ), una vez depurada la base de datos para tabla con casillas con valor superior a 5. El porcentaje de pacientes derivados desde A. Primaria supone entre el 54% de P. De Cazalla y el 68,1% de El Saucejo. Si le añadimos los procedentes del C.E.P. (a veces vehiculados por el médico de Atención Primaria) este porcentaje oscila entre el 73,1% y el 83,6%, respectivamente (***Figura 27***).

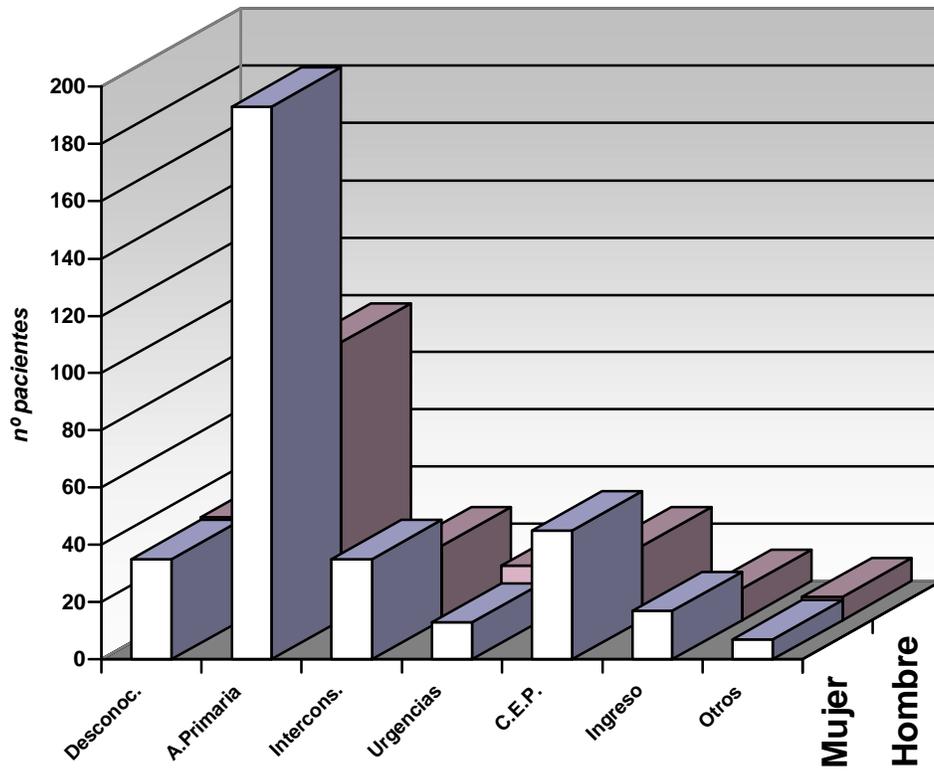
***Figura 27: D.S. de Osuna. Derivaciones desde A. Primaria y C.E.P. Porcentaje sobre el total***



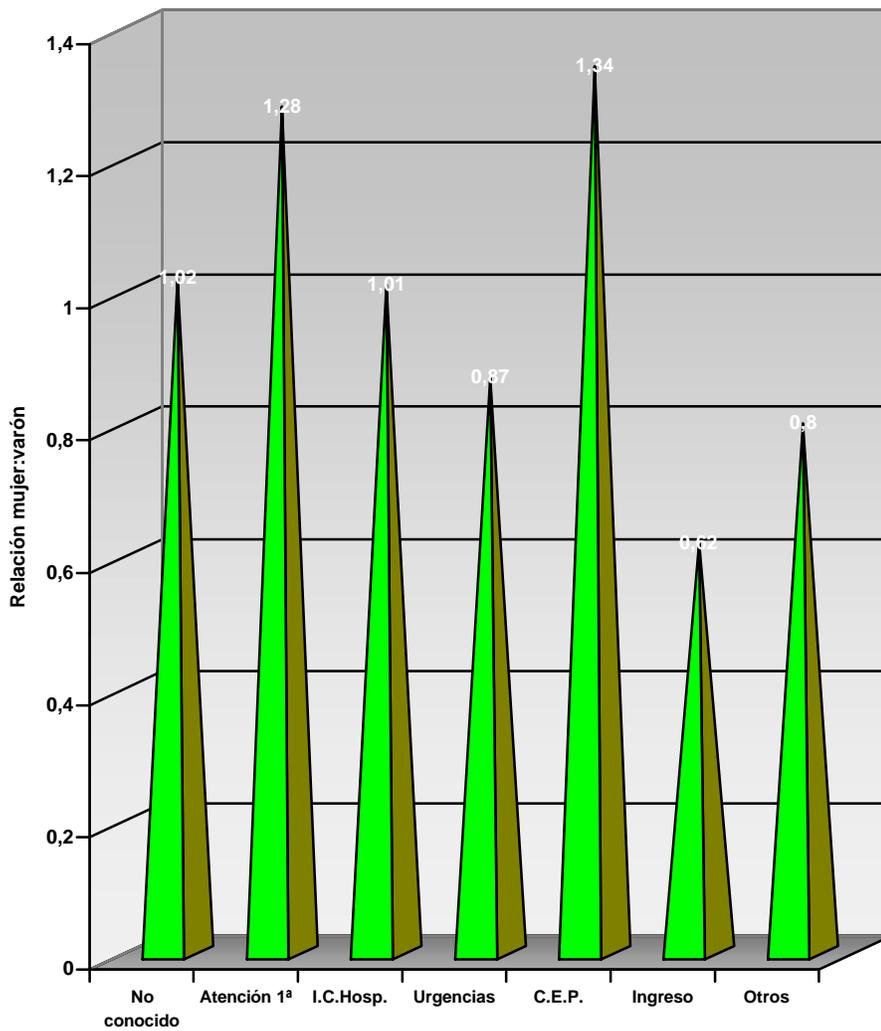
**Figura 28: Nivel asistencial que deriva al paciente. Por sexos**



**Figura 29: Nivel de procedencia de los pacientes. Según sexo. Consulta de M. Interna**



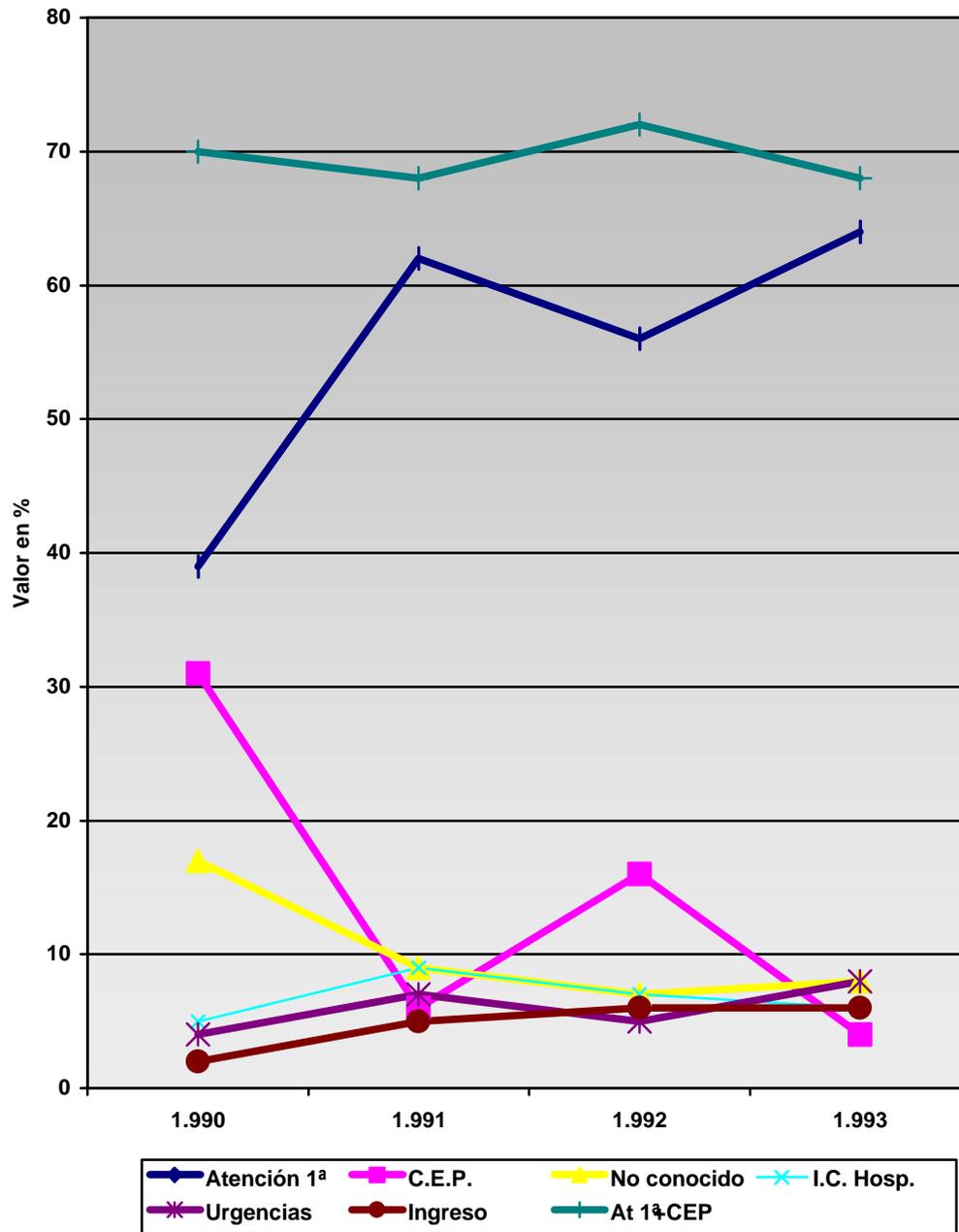
**Figura 30: Nivel asistencial que deriva al paciente.**  
**Relación mujer:varón**



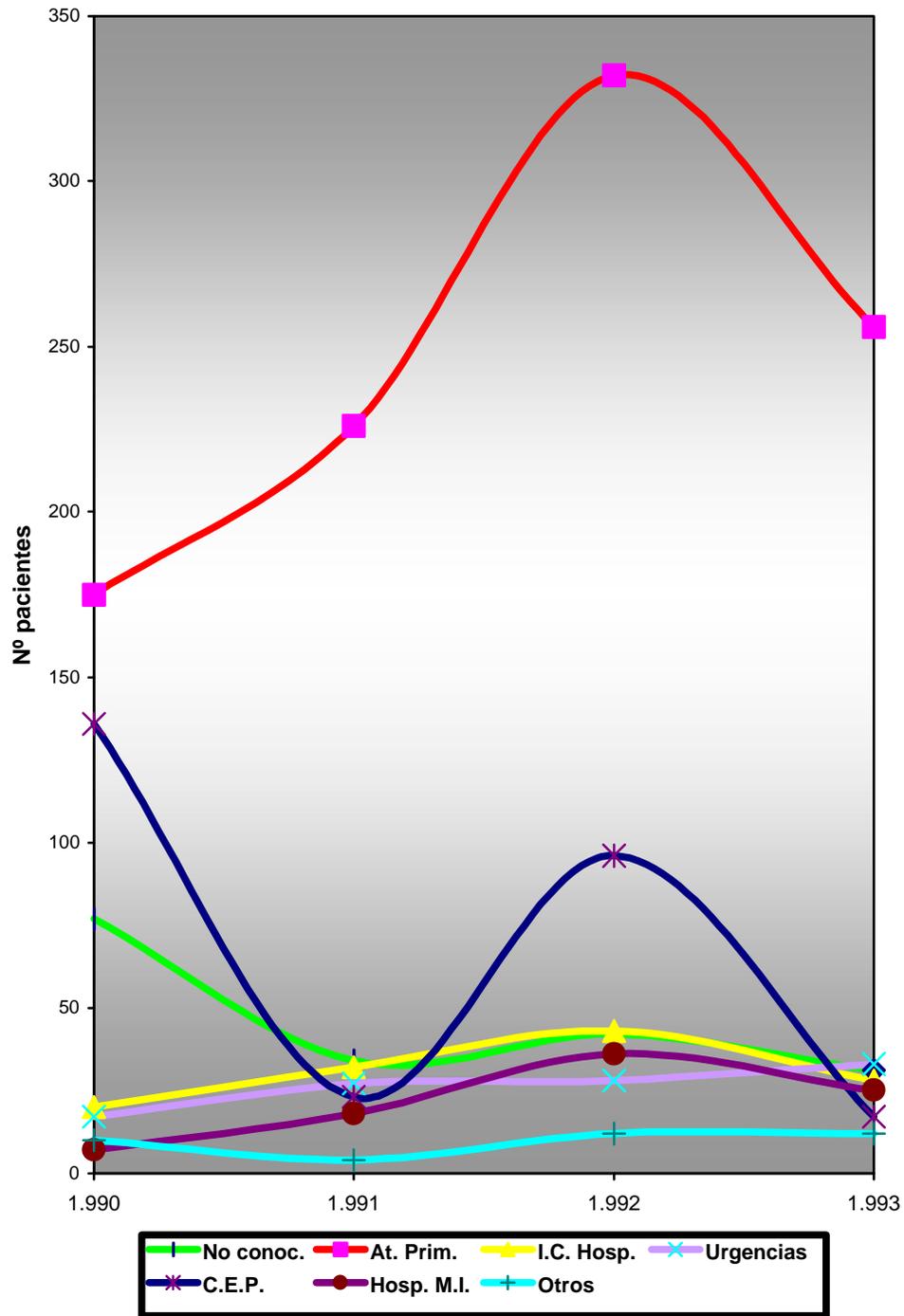
### Resultados

Si se analiza por fechas, durante el año 1.990 Atención Primaria derivó el 39% (175 pacientes) de los enfermos atendidos en las consultas de M. Interna durante ese año, suponiendo las revisiones del antiguo ambulatorio la otra cifra mayoritaria, con el 30,7% (136 pacientes), repartidas por igual entre las tres consultas en funcionamiento. En los años posteriores, se mantiene estable la proporción en las derivaciones desde Atención 1ª : 62% en 1.991 (226 pacientes); 56% en 1.992 (332 pacientes) y 63,7% en 1.993 (256 pacientes). Las revisiones del antiguo Ambulatorio de Especialidades sufren un descenso en los años 1.991 y 1.993 (6,3% y 4,2%, respectivamente), con un ligero incremento en el año 1.992 (16,3%) debido a la integración de la consulta de Cardiología en el Sº de M. Interna, suponiendo el 87,5% de las revisiones de ambulatorio en las consultas, durante ese año. Si se suman los porcentajes de revisión de ambulatorio y de Atención 1ª , la proporción de las derivaciones a las consultas del Sº de M. Interna se mantiene estable en torno al 70%. Los pacientes procedentes del Area de Hospitalización de M. Interna ascienden del 1,6% en 1.990 al 6,2% en 1.993, mientras que los remitidos desde otros servicios o unidades del hospital y el Area de Urgencias, oscilan entre el 4% y el 9%, dependiendo de los años. Los pacientes de nivel asistencial de derivación no conocido lo fueron mayormente durante el año 1.990, para mantenerse estables en los años siguientes (77, 34, 42 y 31, respectivamente). Esta situación se repite en las 4 especialidades, excepto Cardiología, que se jerarquizó en 1.992, con un número total muy escaso (16) de procedencia desconocida (Figura 31 y 32).

**Figura 31: Derivación a las consultas de M. Interna por año. Nivel asistencial (en porcentaje)**

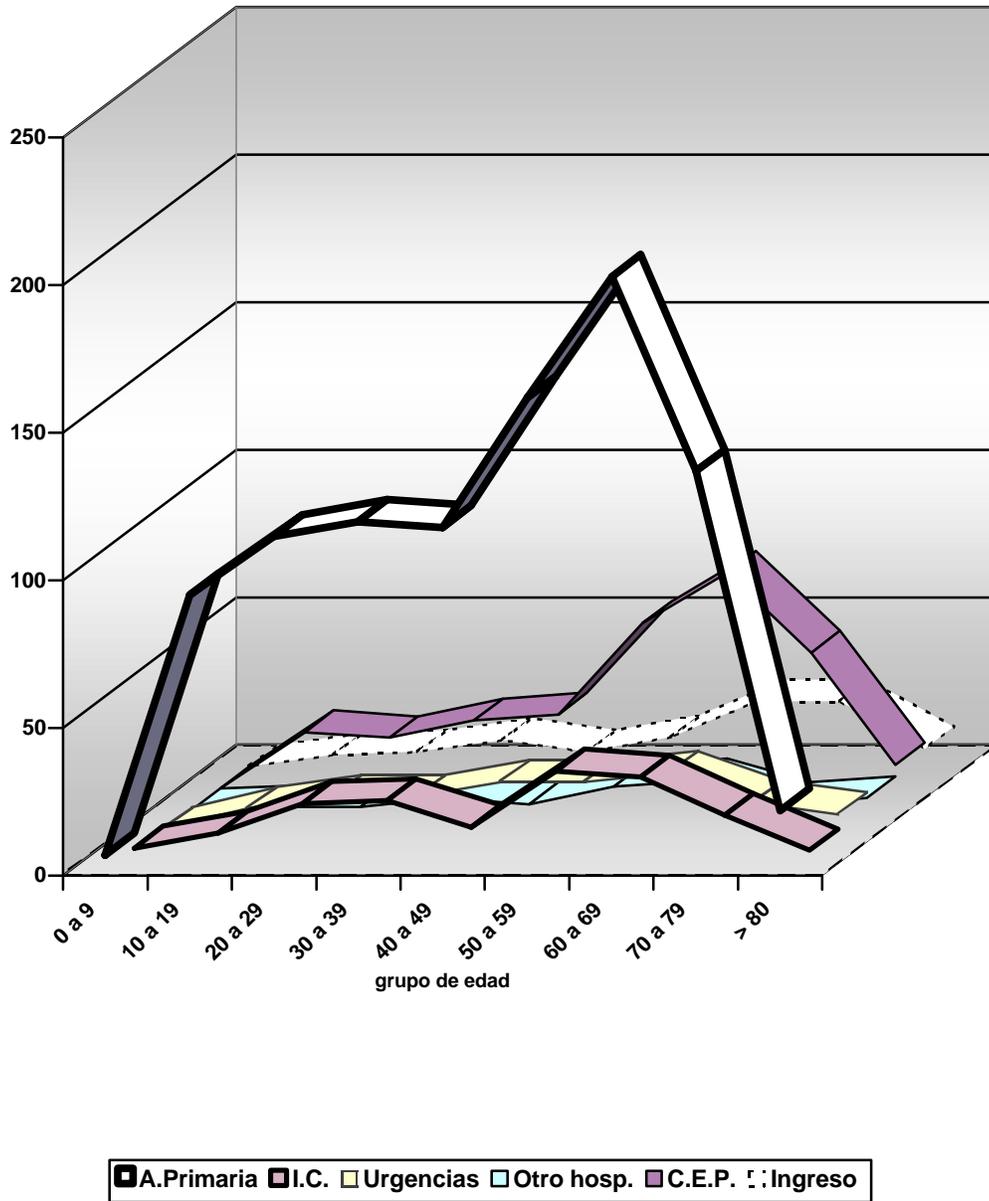


**Figura 32: Procedencia de las derivaciones a las consultas. N° total pacientes por año**

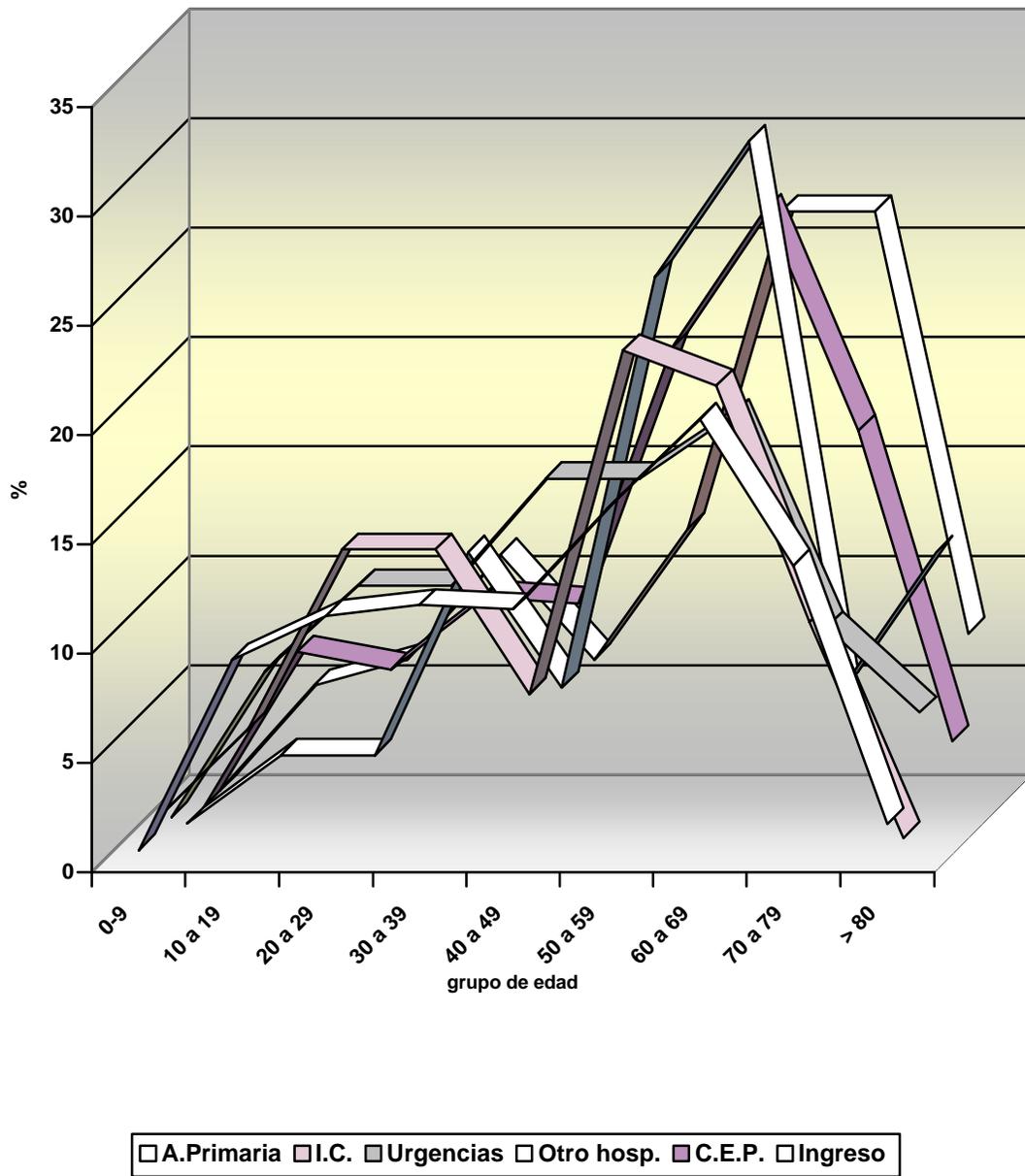


Los pacientes de nivel de procedencia conocida han mostrado una significación estadística respecto al grupo de edad. Atención Primaria, C.E.P y otros hospitales envían enfermos mayoritariamente de la 7ª década de la vida ( 20,7%, 27,3% y 31,2%, respectivamente) y en menor medida de 50 a 59 años (16,5%, 21% y 25%, respectivamente). En los pacientes derivados desde Urgencias el grupo de edad es mucho más variable: siendo también el grupo de 60 a 69 años el más numeroso (19,4%), la proporción de edades inferiores es también significativa, con el 16,5% en el rango de 40 a 49 y de 50 a 59 años. En las interconsultas del hospital se obtiene una curva bimodal en la 3ª y 4ª década de la vida (14%, 14,9%) y en la 6ª (23,1%) y 7ª décadas (21,5%). Los pacientes procedentes de ingresos en M. Interna, en el 53% de los casos tienen entre 60 y 79 años de edad. En los pacientes de procedencia desconocida se aprecia una mayor dispersión, con un primer ascenso en la 2ª década (14,6%), para decaer posteriormente, con un 2º ascenso a partir de los 50 años: 50 a 59 años, 16,8%; 60 a 69 años, 24,1%. (***Figuras 33 y 34***).

**Figura 33: Nivel asistencial de derivación a consultas. Por grupo de edad**



**Figura 34: Nivel asistencial de derivación a consultas. Por grupo de edad. Nº pacientes (en porcentaje)**



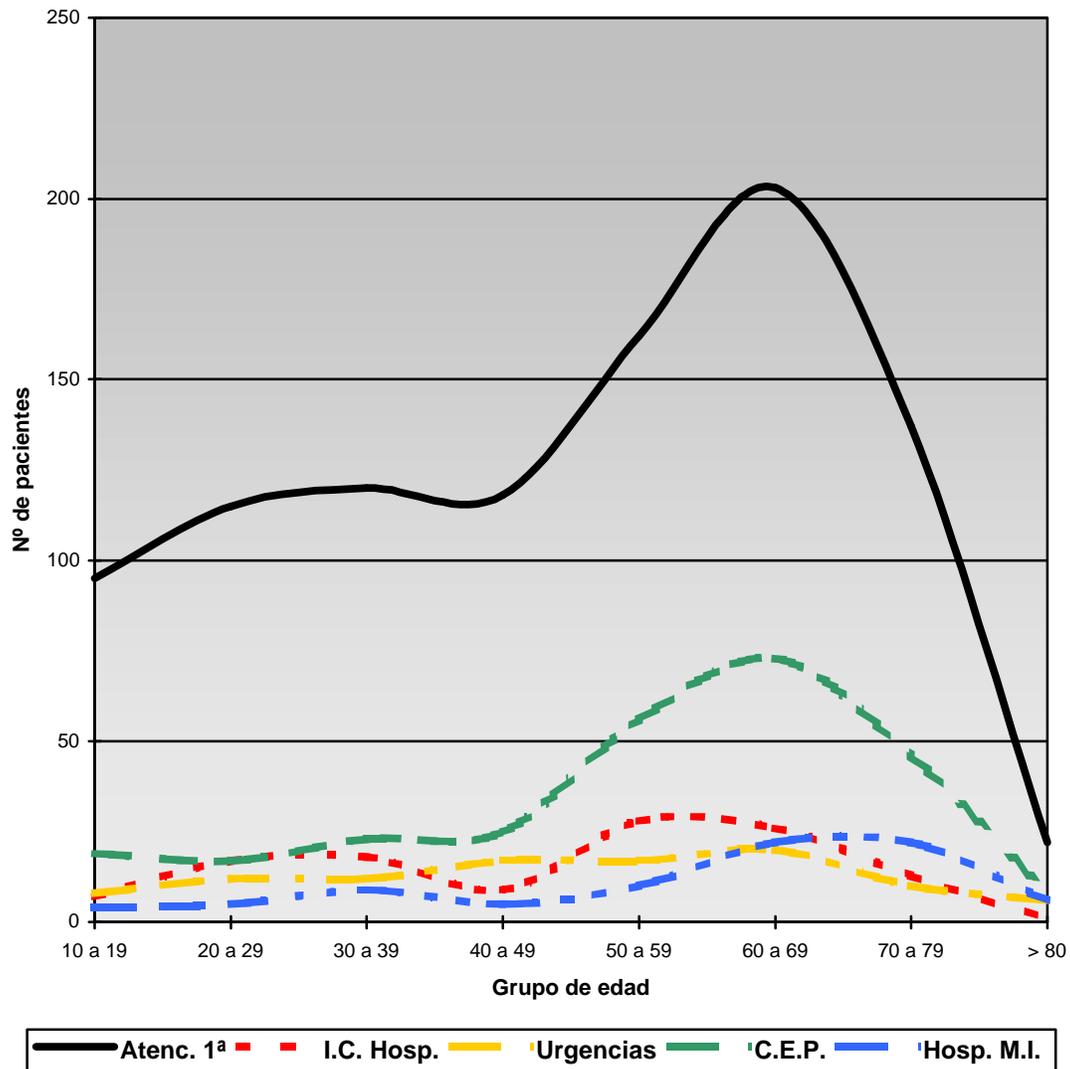
## Resultados

La edad no es un factor discriminatorio para la derivación de enfermos desde Atención 1ª a las consultas de M. Interna, excepto para aquéllos pacientes de más de 80 años (39%). El porcentaje se encuentra entre el 51% del total de derivados (de 60 a 69 años) y el 62% (20 a 29 años). Las otras unidades y servicios del hospital envían pacientes entre 20 y 39 años (9% cada grupo etario), y el Area de Urgencias entre 40 y 59 años (8,5%-9%). La proporción mayor de enfermos procedentes del Ambulatorio de Especialidades se da entre los 50 y 69 años (18% cada grupo etario). La hospitalización de M. Interna remite enfermos aún de mayor edad, proporcionalmente con los demás niveles asistenciales, siendo los mayores de 80 años, con un 11% de ese grupo etario, y los de 70 a 79 años, con un 9% los más significativos (Figura 35 y Tabla 21).

**Tabla 21:** Nivel de derivación de pacientes a las consultas de M. Interna. Por grupo de edad.

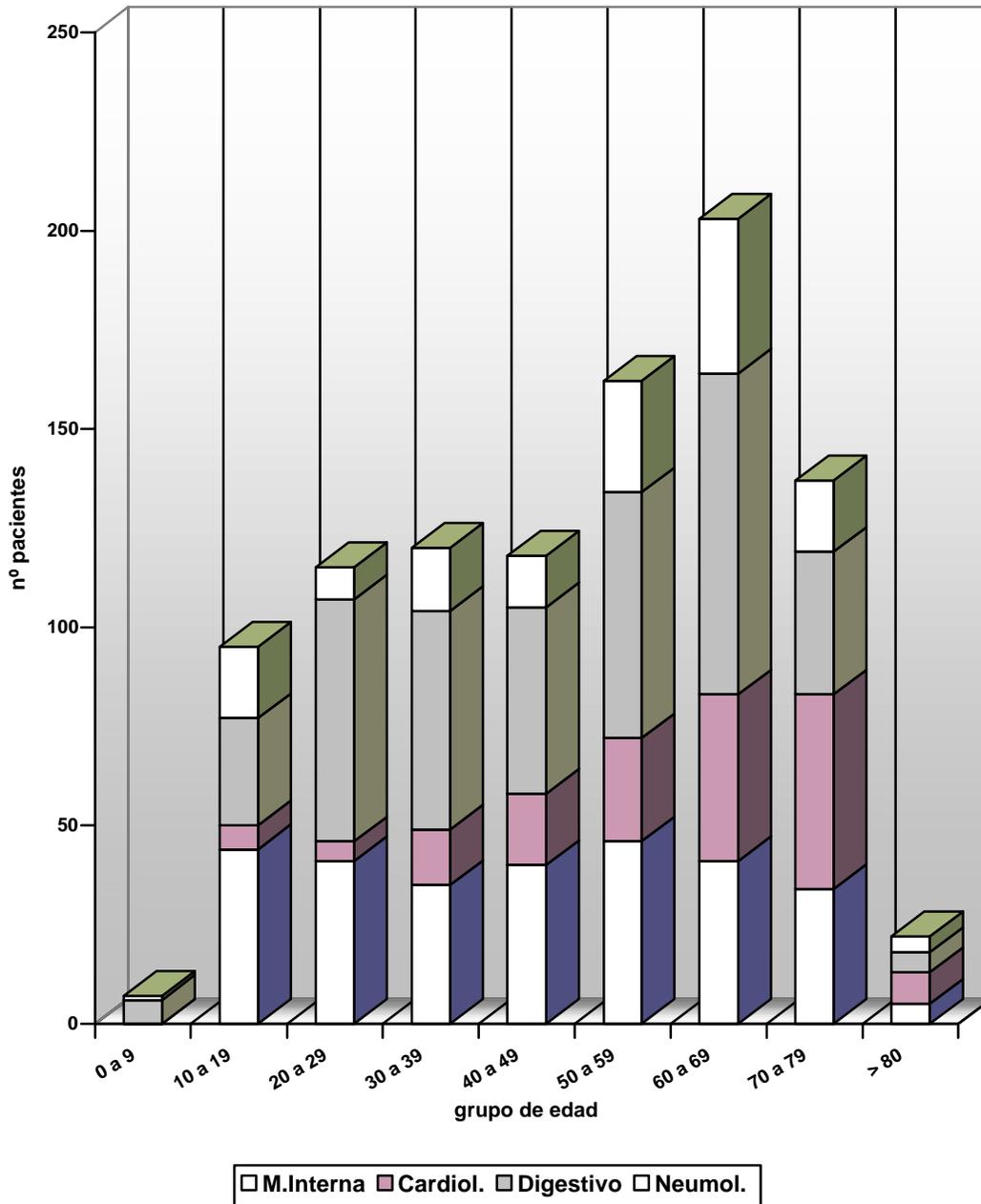
<b>Derivación</b>	<b>0-9</b>	<b>10-19</b>	<b>20-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-59</b>	<b>60-69</b>	<b>70-79</b>	<b>&gt;80</b>
<b>No conocida</b>	0	26	18	8	26	30	43	18	9
<b>Atención 1ª</b>	7	95	115	120	118	162	203	137	22
<b>I.C. Hosp.</b>	2	7	17	18	9	28	26	13	1
<b>Urgencias</b>	1	8	12	12	17	17	20	10	6
<b>C.E.P.</b>	0	19	17	23	25	56	73	46	8
<b>Hosp. M.I.</b>	0	4	5	9	5	10	22	22	6
<b>Otros</b>	0	1	1	5	3	10	11	2	4
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>160</b>	<b>185</b>	<b>195</b>	<b>203</b>	<b>313</b>	<b>398</b>	<b>248</b>	<b>56</b>

**Figura 35: Derivaciones a consultas de M. Interna. Por grupos de edad**

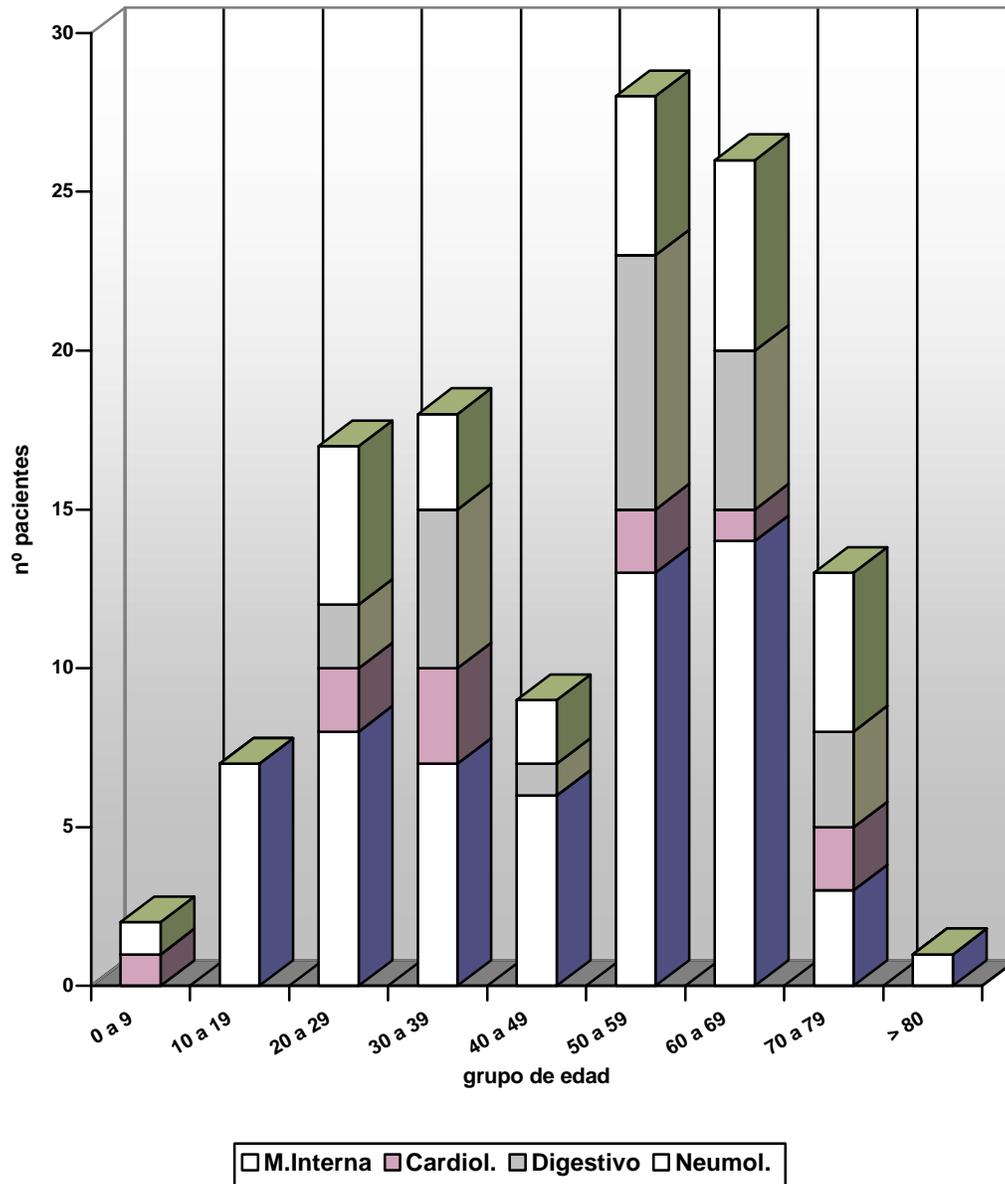


Si analizamos separadamente las derivaciones desde los distintos niveles asistenciales en relación con el grupo de edad y la especialidad, se obtienen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en todas ellas, excepto en aquéllos pacientes procedentes de la Interconsulta del propio hospital (*Figuras 36 a 41*).

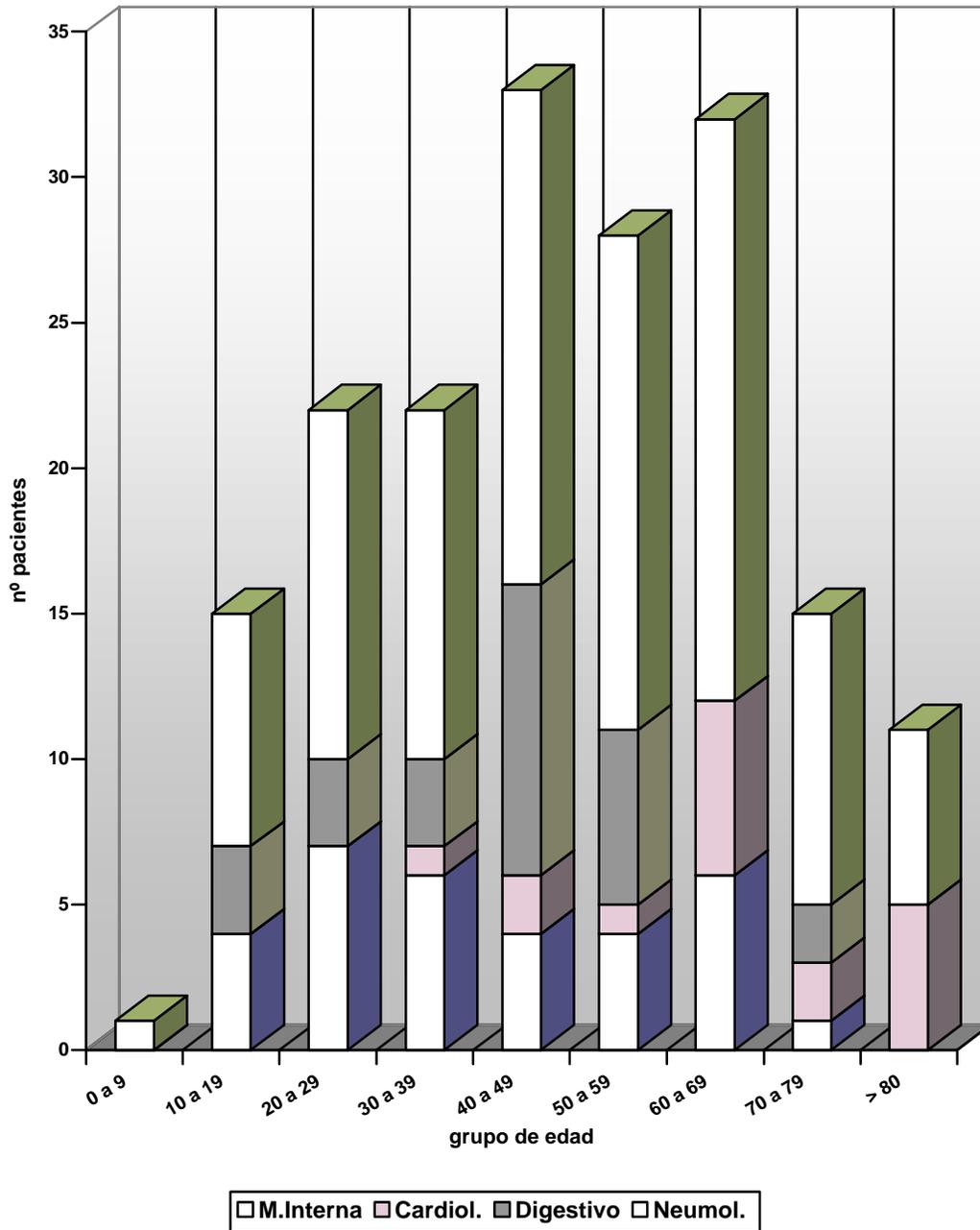
**Figura 36: Derivaciones desde Atención 1ª. Por especialidad y grupo de edad**



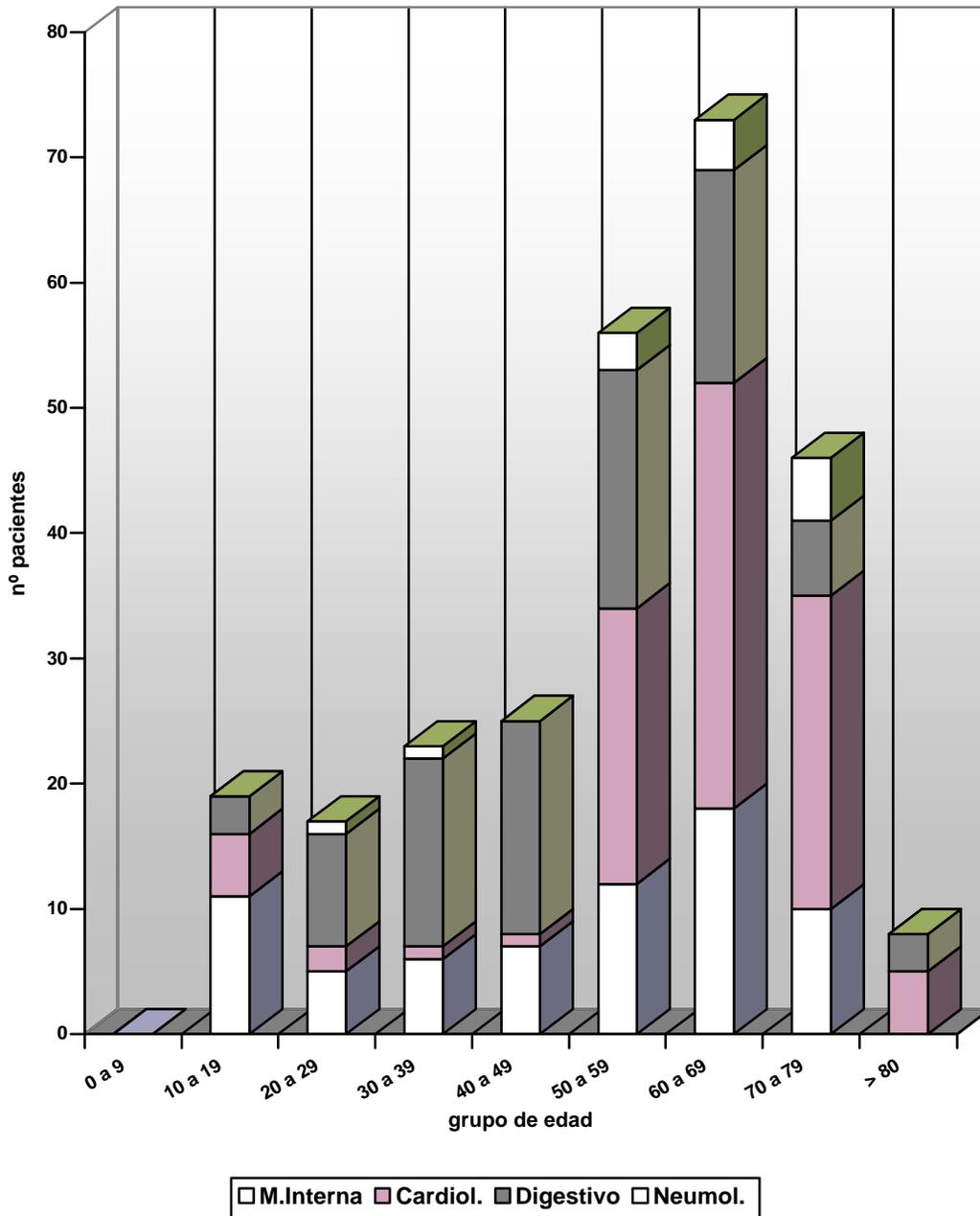
**Figura 37: Derivaciones desde Interconsulta del hospital.  
Por especialidad y grupo de edad**



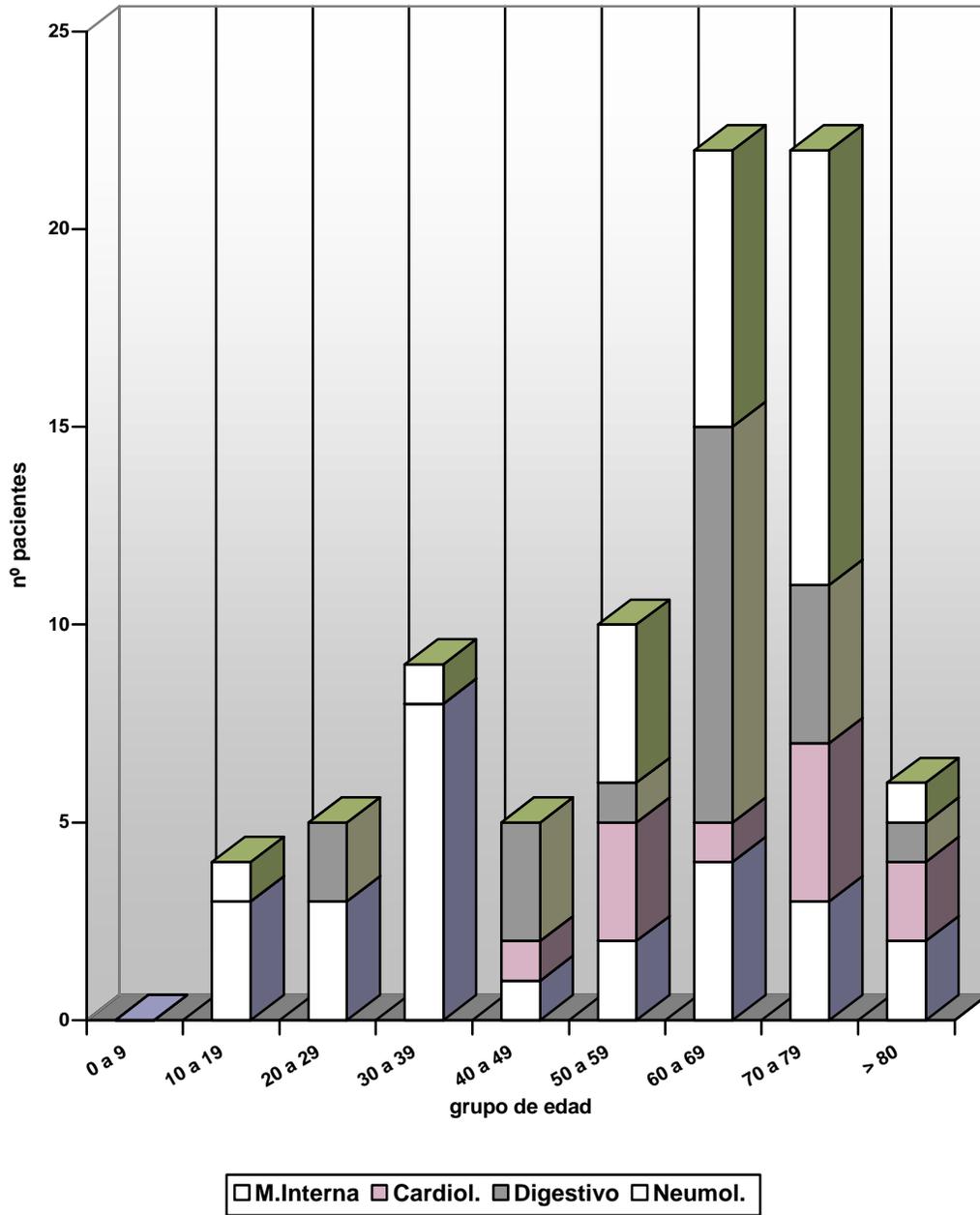
**Figura 38: Derivaciones desde Urgencias. Por especialidad y grupo de edad**



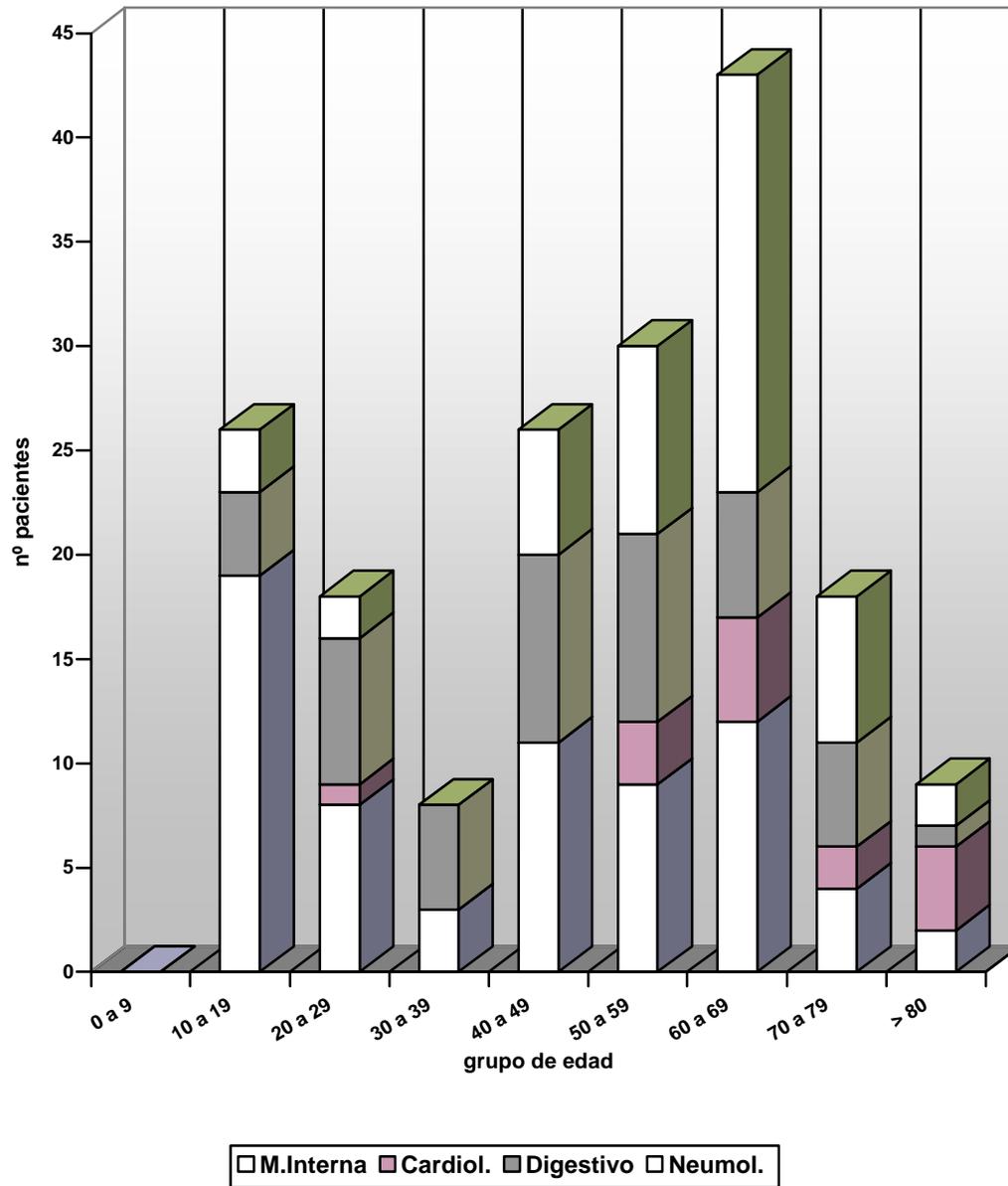
**Figura 39: Derivaciones desde C.E.P. Por especialidad y grupo de edad**



**Figura 40: Derivaciones desde Ingreso M. Interna. Por especialidad y grupo de edad**



**Figura 41: Derivaciones de procedencia desconocida. Por especialidad y grupo de edad**



### Resultados

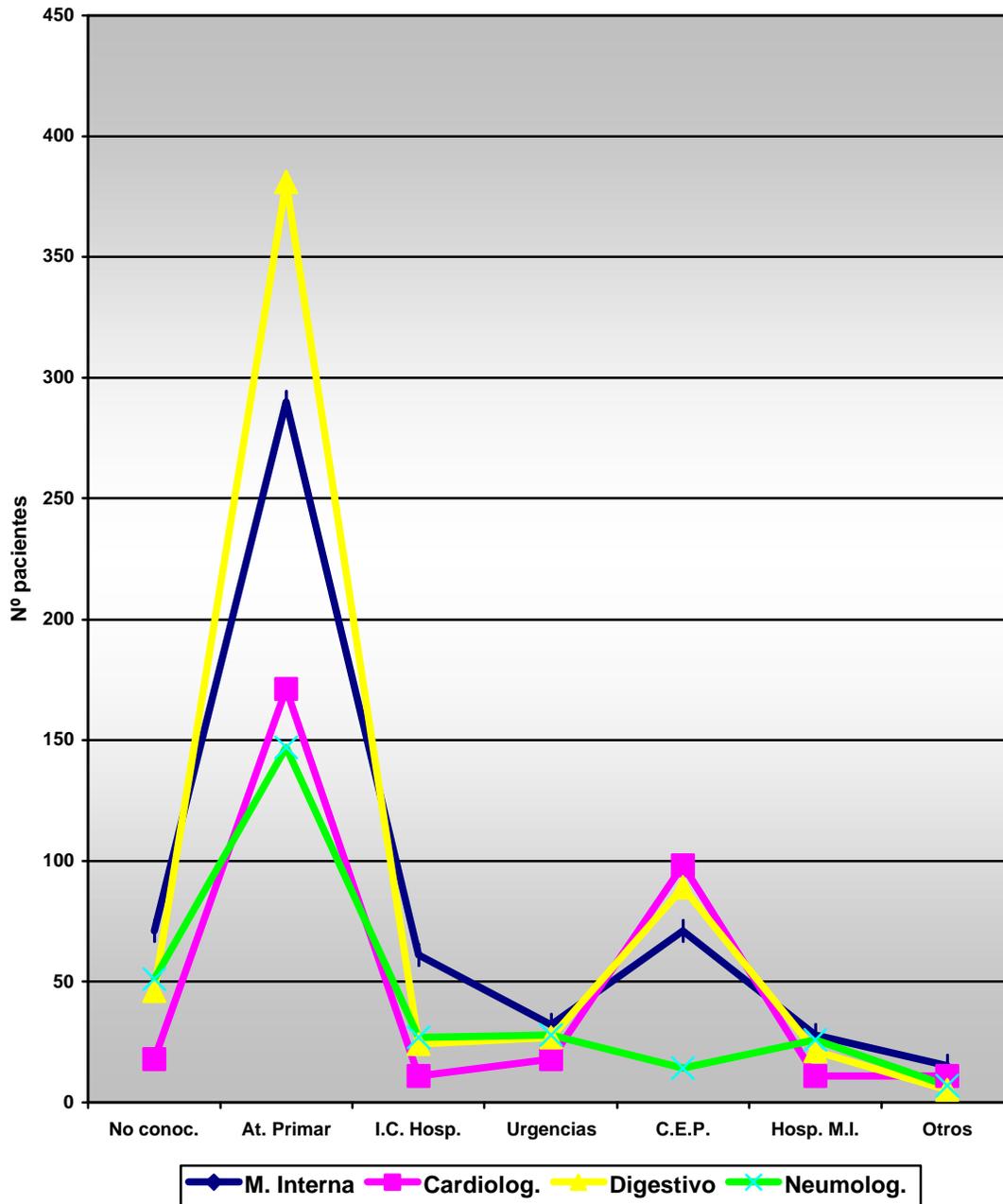
Las consultas de M. Interna, Cardiología y Neumología mantienen un porcentaje de derivación desde Atención 1<sup>a</sup>, sobre el total de enfermos referidos, muy similar, en torno al 50%. A la consulta de Digestivo le supone una cifra superior, el 64,2% de los enfermos atendidos en la misma. El desconocimiento de la procedencia del paciente es más alta en Neumología (17%), aunque el 44% de los pacientes están citados en el año 1.990, por lo que probablemente provengan de la consulta de ambulatorio de Pulmón y Corazón. A la consulta de M. Interna le ocurre una circunstancia similar, con un 12,5% de pacientes de procedencia desconocida, con el 42% de los mismos en el año 1.990. La explicación puede ser la misma: procedentes de las consultas no jerarquizadas de Neuropsiquiatría y Endocrinología. La consulta de Cardiología es la que menos se da esa circunstancia (5,3% de procedencia no conocida), justificándose por la citación en los años 1.992 y 1.993, una vez asumido el cambio organizativo por los distintos niveles asistenciales.

Las Interconsultas de otros servicios o unidades del hospital a M. Interna oscila entre el 3,3% de Cardiología y el 10,7% para M. Interna, fundamentada esta última, probablemente por la versatilidad y amplia cobertura clínica de esta especialidad. El Area de Urgencias contribuye, en mayor proporción, con sus derivaciones, a la consulta de Neumología (9,3%), y en segundo lugar a M. Interna (5,6%).

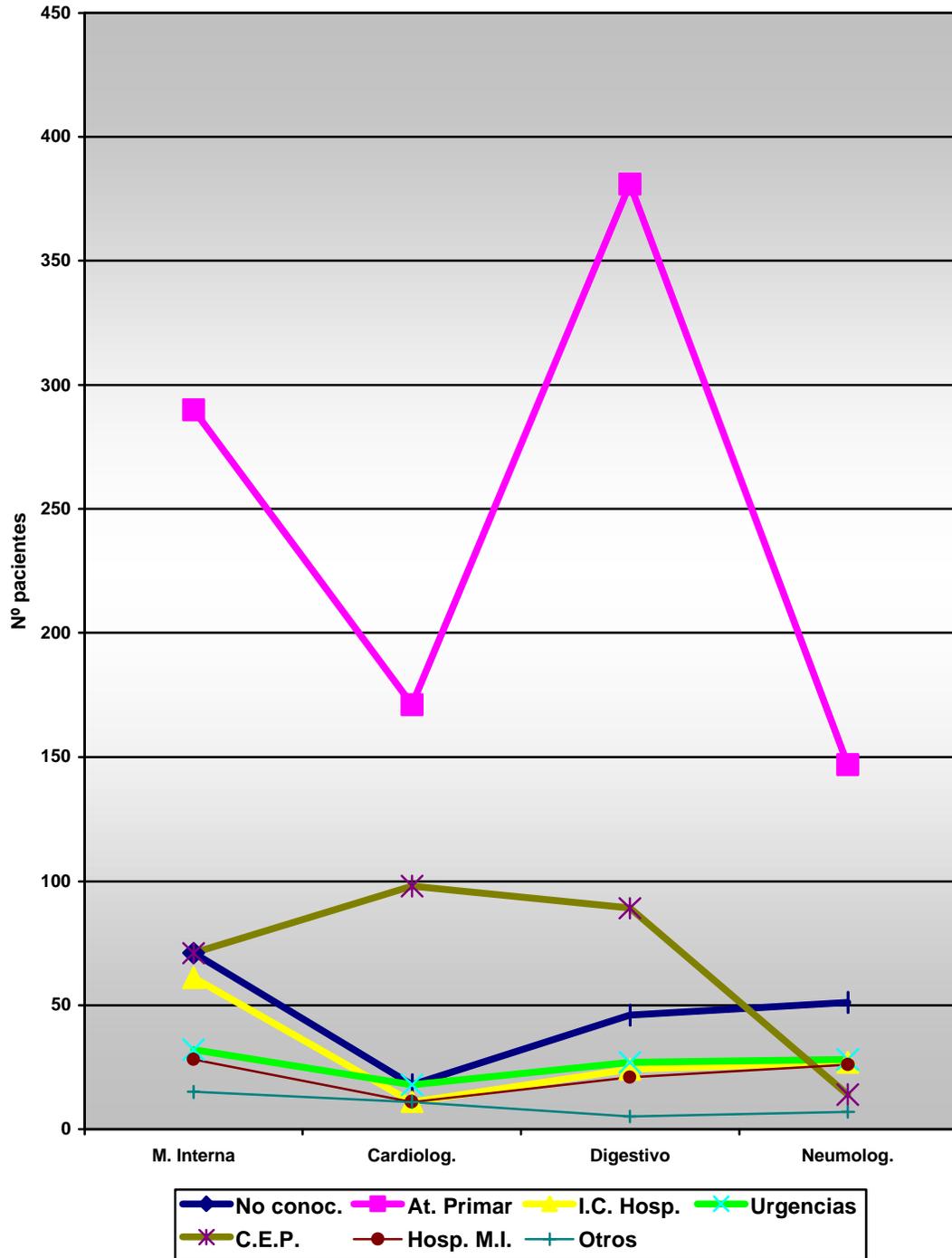
La procedencia de las consultas de ambulatorio no jerarquizadas compone entre el 8,7% de los pacientes en Neumología y el 29% de Cardiología. En la primera, la explicación puede estar en que se incluyan en las de procedencia desconocida, como se ha expresado anteriormente. La jerarquización de la consulta de Cardiología en el año 1.992 y el conocimiento preciso del cambio organizativo por los demás niveles asistenciales, pueden explicar este hecho, ya que en la información del médico de Atención 1<sup>a</sup> vendría claramente consignado este detalle.

La hospitalización de M. Interna remite enfermos en mayor proporción a las consultas de Neumología (8,7%) y M. Interna (4,9%), presumiblemente por el tipo de enfermo ingresado, y la responsabilidad de la planta de dichas especialidades. En las **Figuras 42 y 43** se puede observar gráficamente.

**Figura 42: Procedencia de las derivaciones a las consultas de M. Interna. Por especialidades**



**Figura 43: Procedencia de las derivaciones a las consultas de M. Interna. Por especialidades**

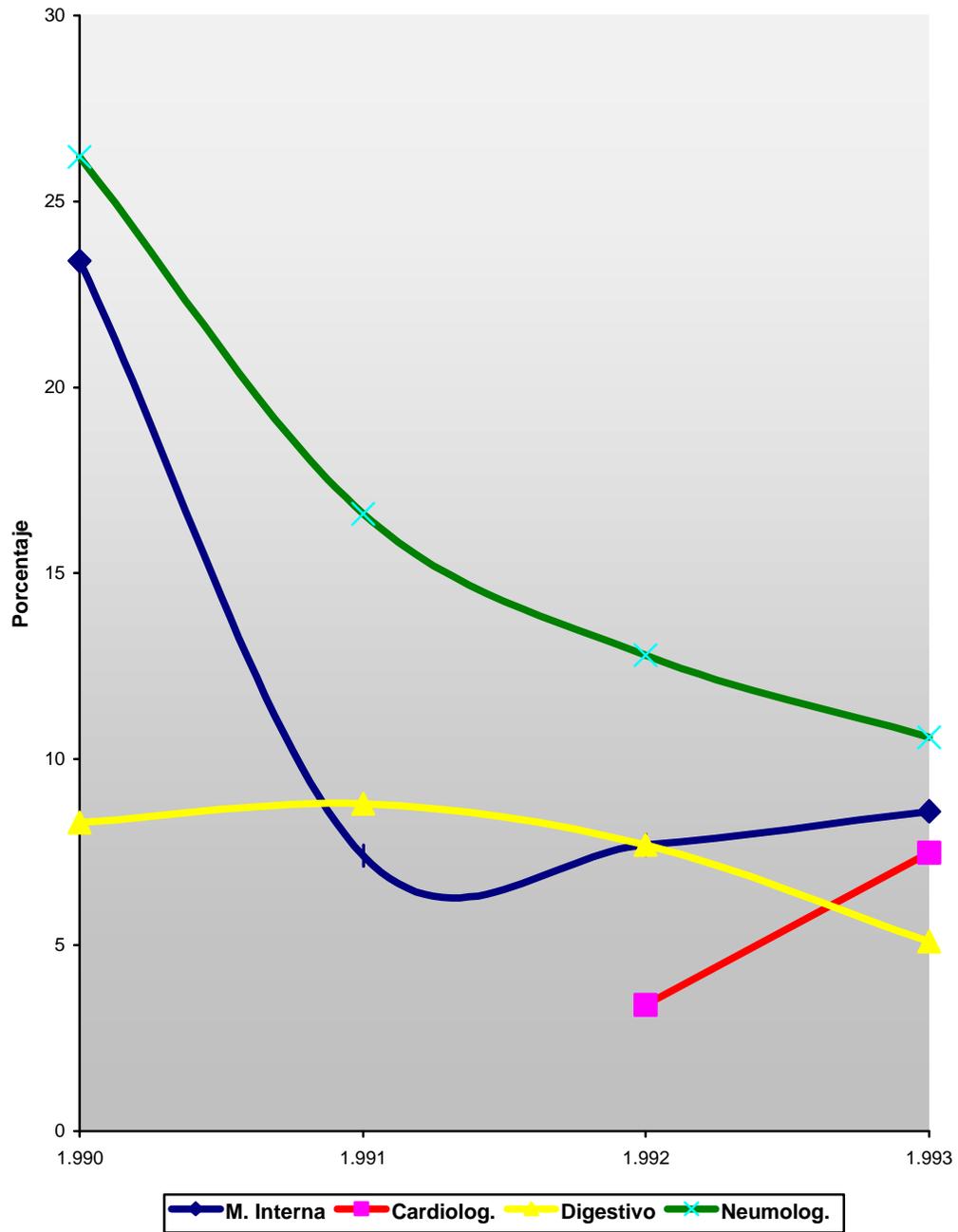


La proporción de pacientes derivados a las consultas de M. Interna entre los distintos niveles asistenciales se modifica con el paso del tiempo, una vez conocida la sistemática del nuevo modelo de asistencia en el nivel especializado. De esta manera, el porcentaje de pacientes de procedencia desconocida ha descendido en todas las consultas, aunque es más significativo en la consulta de M. Interna, del 23,4% en 1.990 al 8,6% en 1.993. La derivación desde Atención 1ª se incrementa también en todas las consultas, duplicándose en M. Interna, del 26,5% en 1.990 al 64,5% en 1.992. El porcentaje más elevado de derivación desde Atención 1ª lo tiene la consulta de Digestivo en el año 1.992, con el 73%.

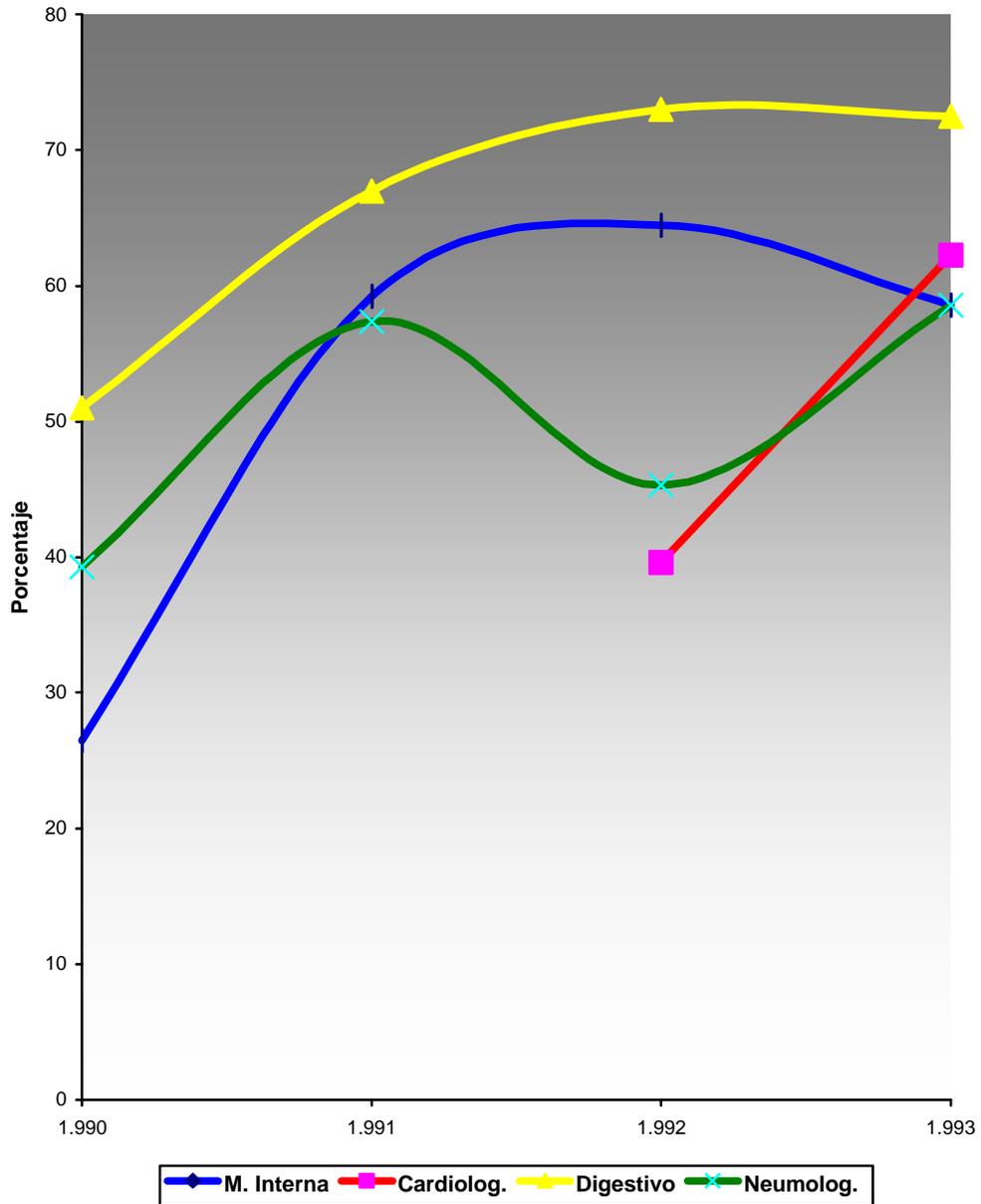
Las Interconsultas desde el propio hospital se muestran con ligera tendencia ascendente en las 4 consultas, aunque ante el escaso número obtenido, se hace difícil extraer conclusiones. La misma circunstancia ocurre en las derivaciones desde el Area de Urgencias y desde el Area de Hospitalización de M. Interna, muy variables temporalmente y en escaso número, aunque para la consulta de M. Interna tiene tendencia al ascenso, del 0,6% e el año 1.990 al 8,6% en 1.993. Es llamativo el casi 19% de derivaciones, sobre el total de pacientes del año 1.992, en la consulta de Neumología.

El descenso de los pacientes procedentes de consultas de ambulatorio no jerarquizados desciende drásticamente con los años en todas las consultas, hasta proporciones insignificantes. En M. Interna disminuye del 36,7% en 1.990, al 2,4% en 1.992. En Cardiología, el 85,7% de esas revisiones se atienden en el primer año de funcionamiento (1.992). en Digestivo pasa del 34,4% en 1.990 al 1% en 1.993, y en Neumología no se obtiene ningún paciente del ambulatorio. Este descenso coincide con el aumento de las derivaciones desde Atención 1ª (***Figuras 44 a 49***).

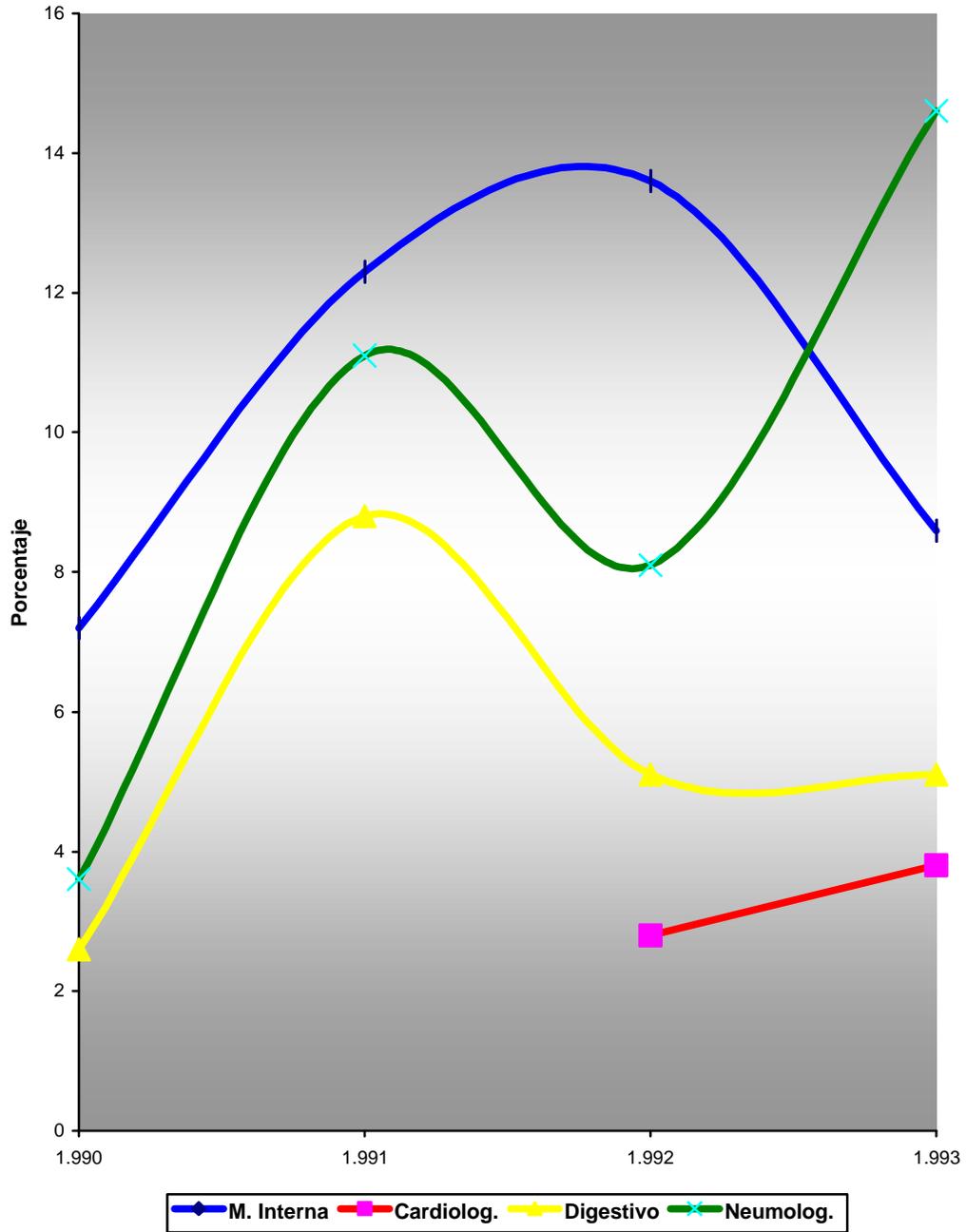
**Figura 44: Derivaciones de origen desconocido. Por especialidad y por año (porcentaje sobre el total anual)**



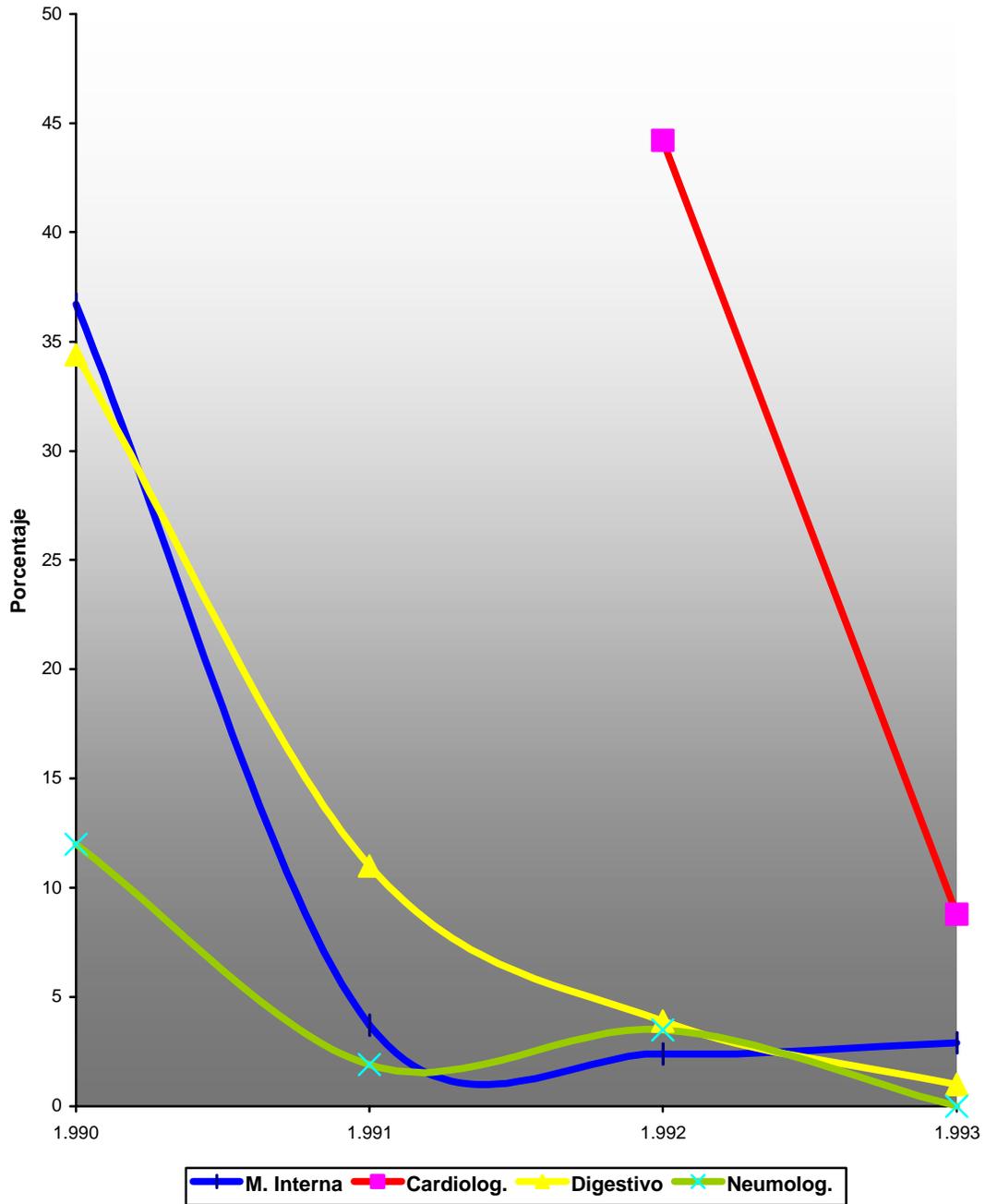
**Figura 45: Derivaciones desde Atención 1ª. Por especialidad y por año (porcentaje sobre el total anual).**



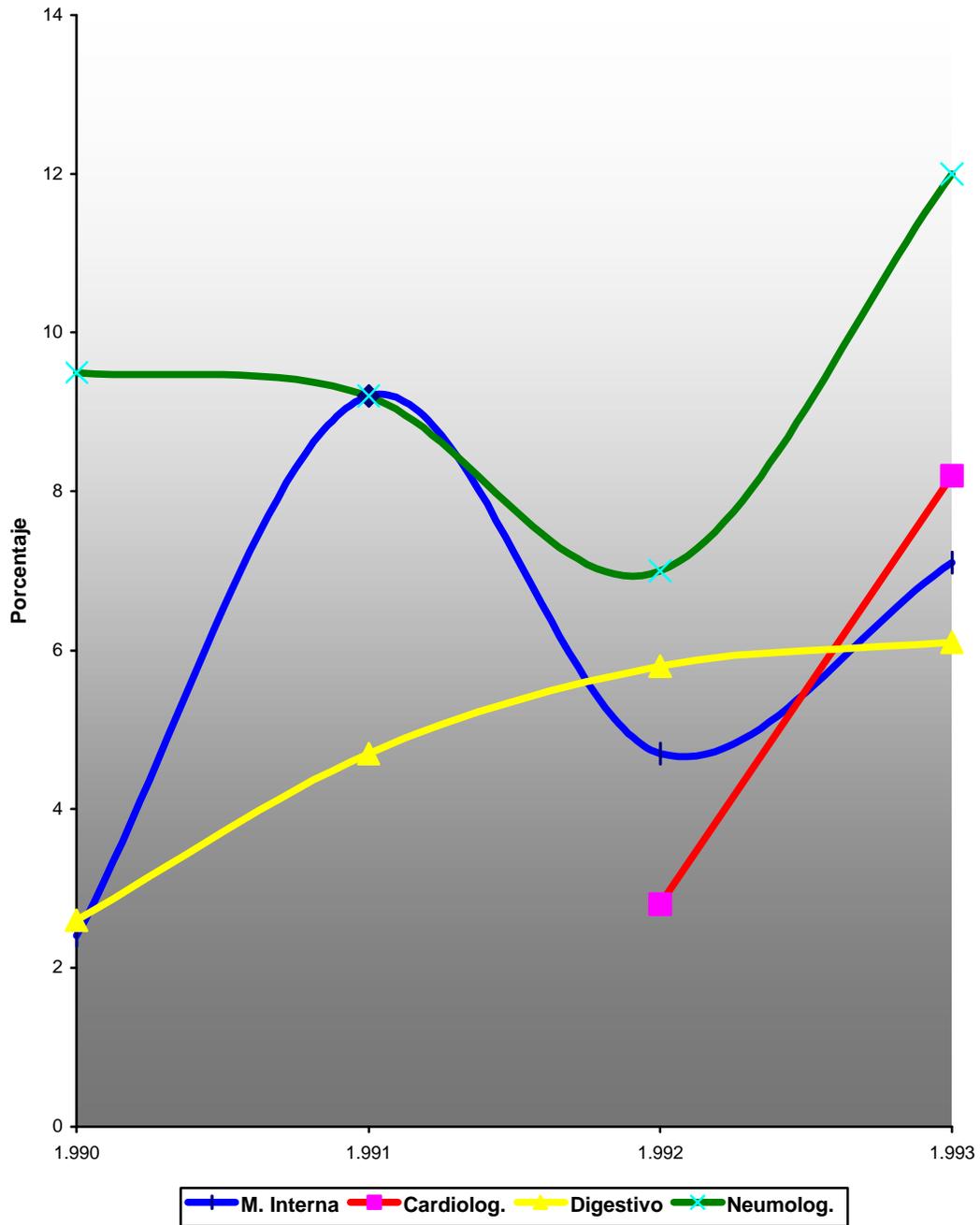
**Figura 47: Interconsultas del hospital. Por especialidad y por año (porcentaje sobre el total anual)**



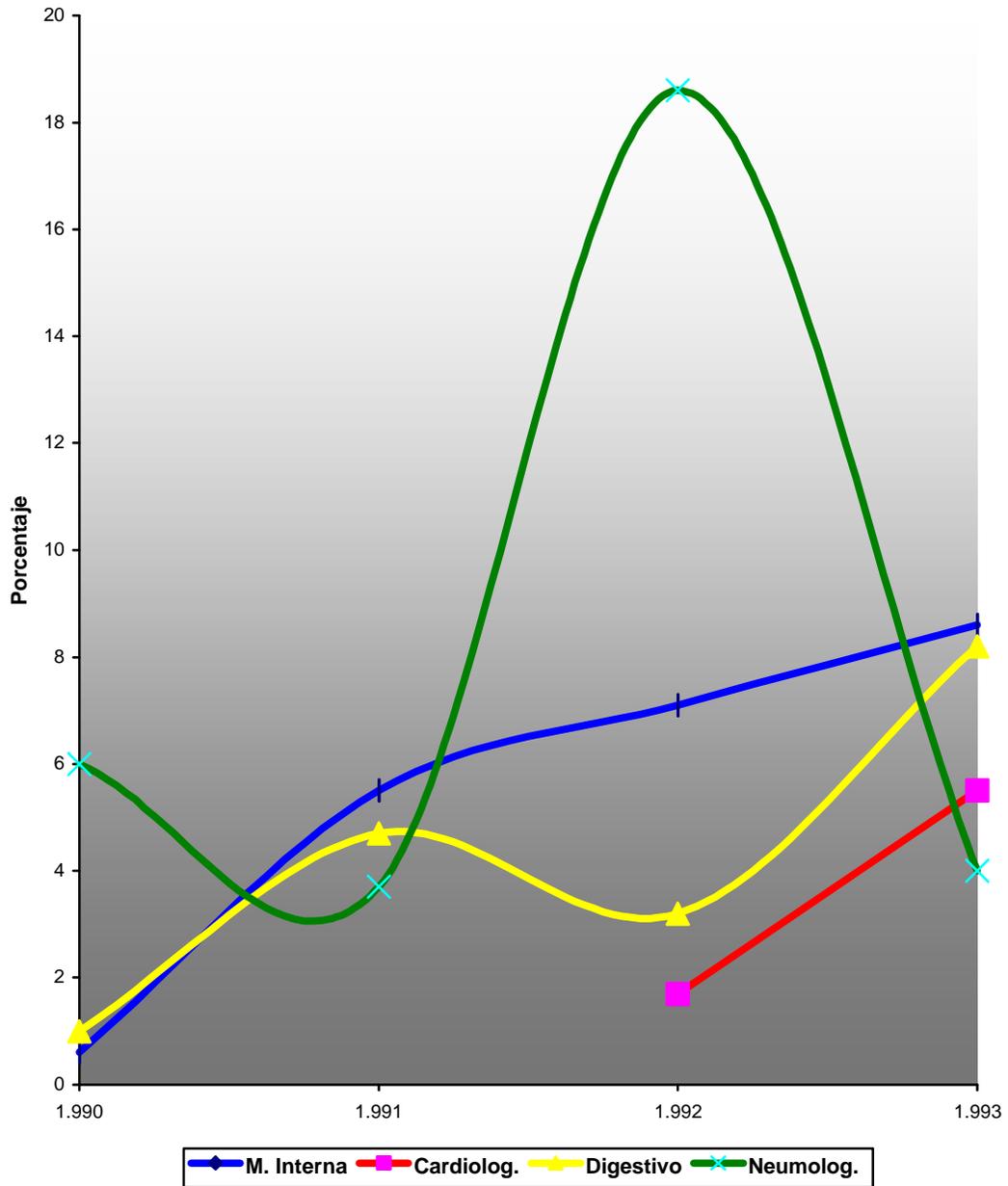
**Figura 46: Revisiones del C.E.P. Por especialidad y por año (porcentaje sobre el total anual)**



**Figura 48: Derivaciones desde el Area de Urgencias. Por especialidad y por año (porcentaje sobre el total anual)**



**Figura 49: Derivaciones desde Hospitalización de M. Interna. Por especialidad y por año (porcentaje sobre el total anual)**

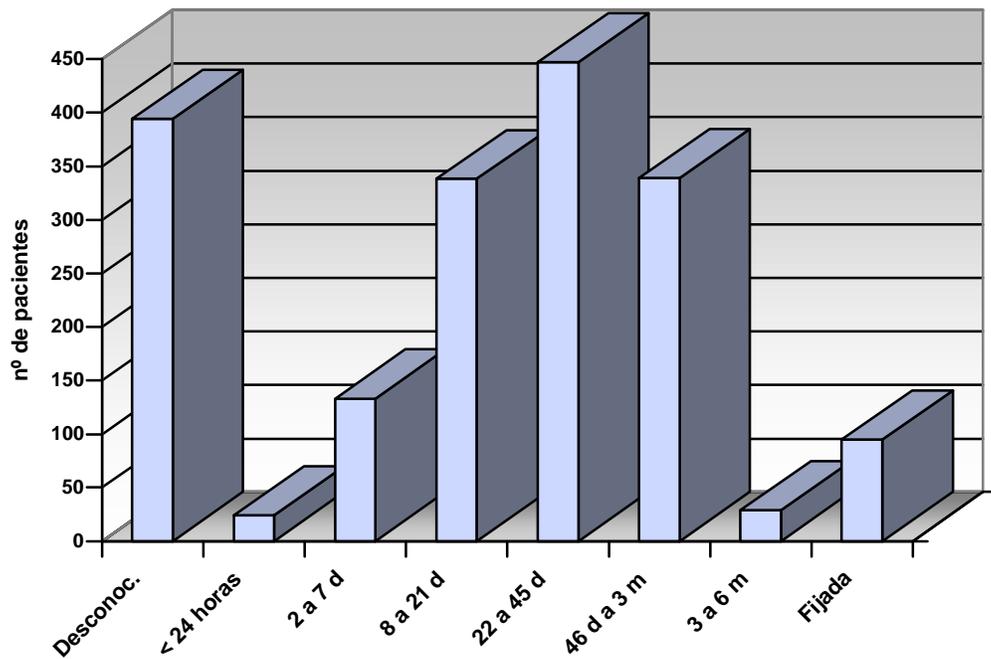


**1. 7. Demora en la primera visita.** En el 21,9% de los casos (394 pacientes) no se ha podido determinar ese periodo, por no disponer de la fecha de salida en el documento emitido por el médico que remite al paciente, o no existir esa hoja de derivación. En los 1.405 pacientes restante (78,1%) se ha podido establecer ese periodo. De éstos, en el 32% de los casos la espera se encuentra entre 22 y 45 días hasta ser atendido en la consulta de M. Interna, desde su solicitud por el nivel asistencial que deriva al paciente. Entre 8 y 21 días es la demora para el 24% de los pacientes, misma cifra para una demora entre 46 días y 3 meses. Solamente en el 2% de los casos el periodo de espera se encontraba entre 3 y 6 meses. La atención en un periodo menor de 24 horas se ha dado en un 1,7% de los enfermos, circunstancia lógica al ser una consulta programada, no urgente. En el 6,8% de los pacientes la demora se encontraba fijada desde el nivel de derivación, fundamentalmente Area de Hospitalización de M. Interna (61% de los casos) (**Figuras 50 y 51**).

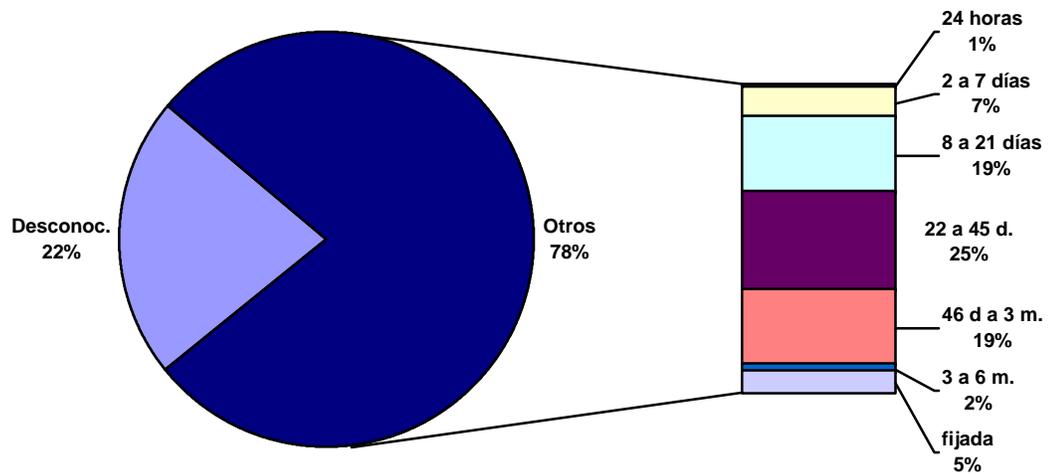
Existen diferencias significativas de la demora para la primera visita entre las distintas consultas de especialidad de M. Interna. El desconocimiento de la demora oscila entre el 27,7% para Neumología y el 15,1% de Cardiología. En los casos que se ha podido conocer la demora, en la consulta de M. Interna el orden ha sido el siguiente: 33% entre 46 días y 3 meses; 28% entre 22 y 45 días; 22,5% de 8 a 21 días; 4,4% de 1 a 7 días; 2,1% de 3 a 6 meses y en menos de 24 horas en el 0,46%. La fecha se encontraba decidida en el 9,4% de las citas.

En la consulta de Cardiología, el 41,1% de los pacientes eran atendidos entre 22 y 45 días, y el 30,7% entre 8 y 21 días. Porcentajes menores se encuentran entre 46 días y 3 meses (16%) y de 1 a 7 días (6,3%). La consulta de Digestivo atiende con más frecuencia a sus pacientes entre 22 y 45 días (34,4%), y cifras inferiores entre los 46 días y 3 meses (24,5%), y de 8 a 21 días (21,5%). En la consulta de Neumología, el 24% de sus enfermos son atendidos entre 8 y 21 días y el 21,2% entre 22 y 45 días. Cifras inferiores se encuentran entre 46 días y 3 meses (16,6%) y de 1 a 7 días (14,3%) (**Figuras 52 y 53**).

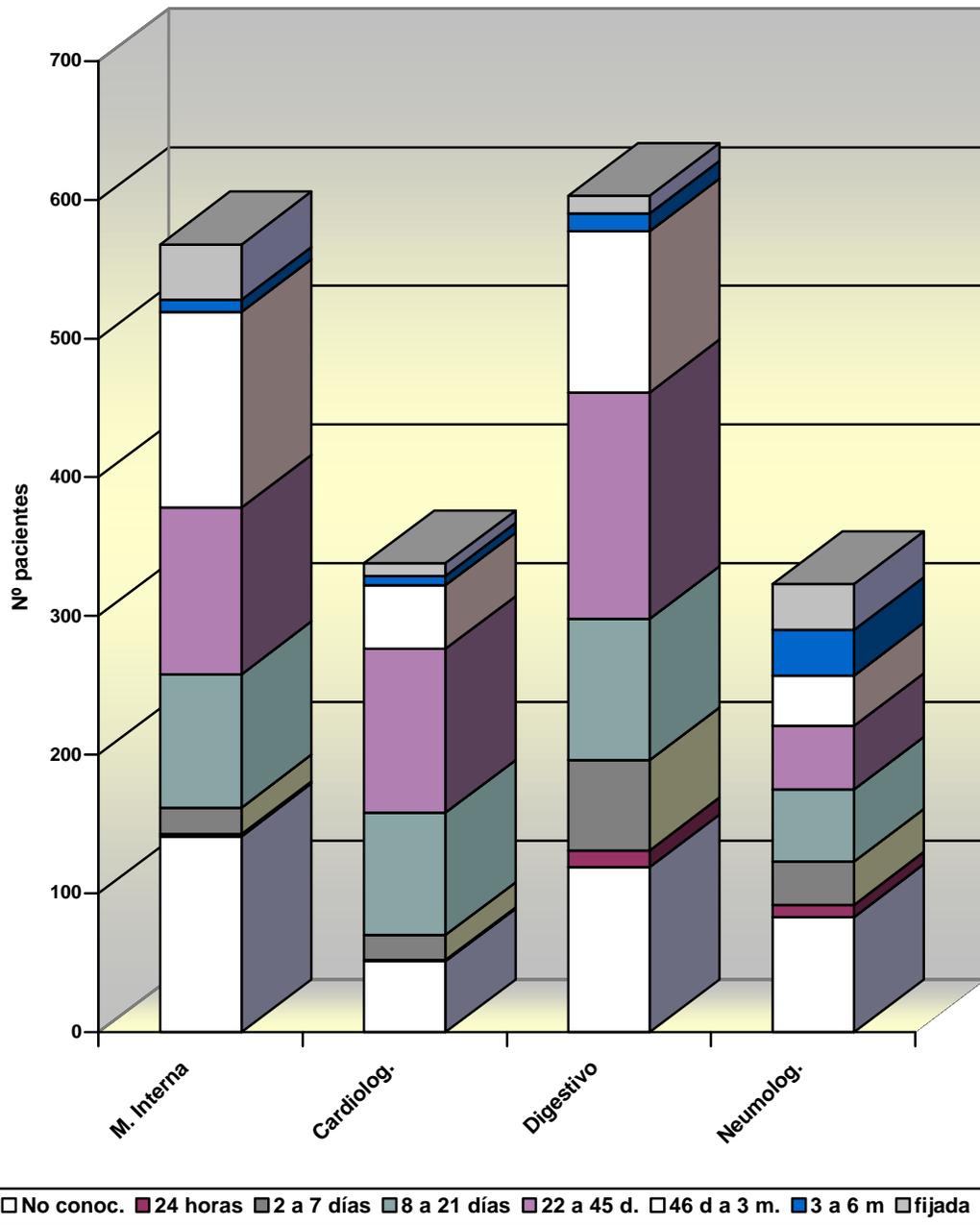
**Figura 50: Demora en la 1ª visita. Total pacientes por periodo de tiempo**



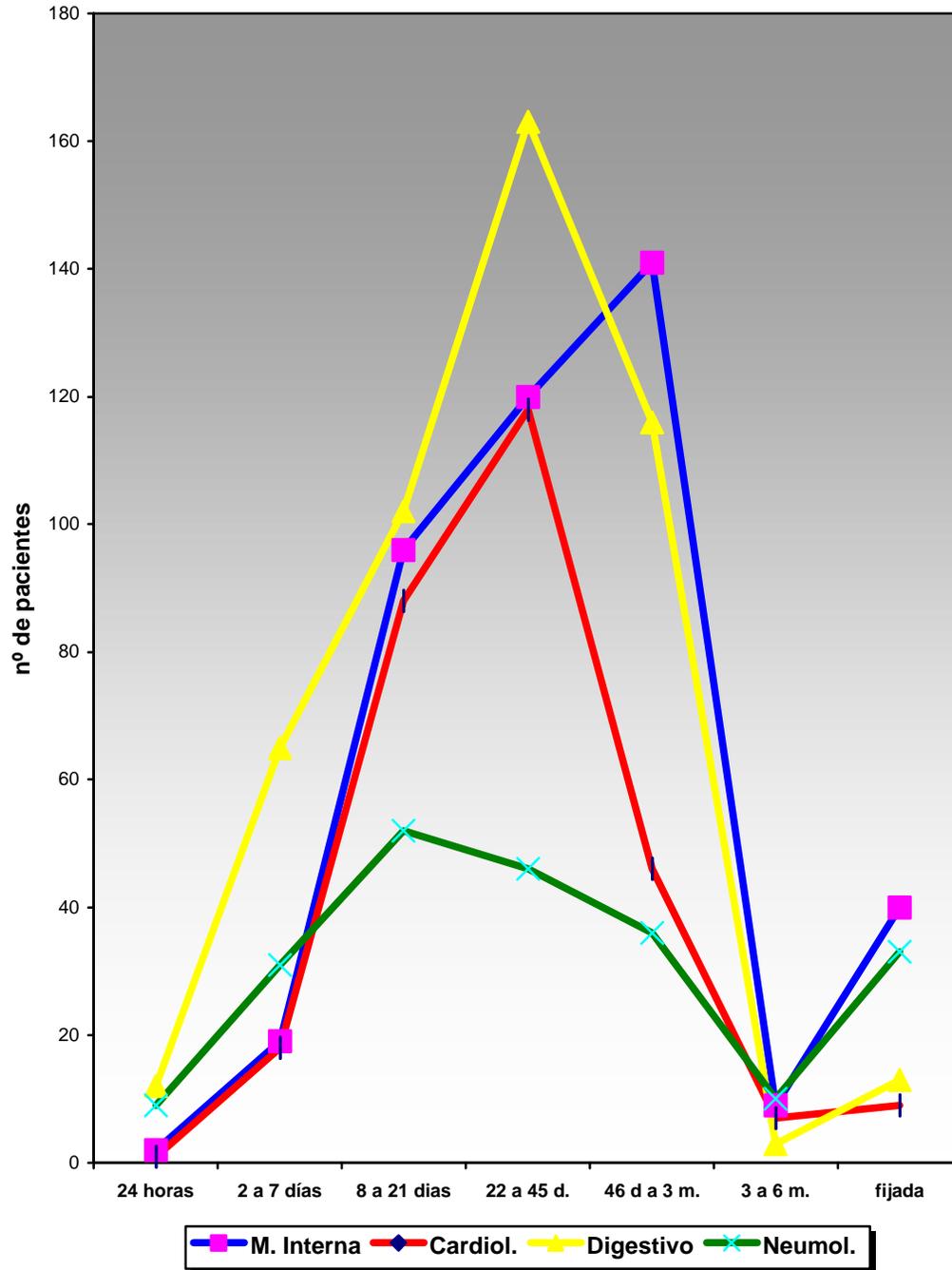
**Figura 51: Demora en la 1ª visita. Conocida y no conocida. Por periodos de tiempo**



**Figura 52: Demora en la 1ª visita. Por especialidades y periodos de tiempo.**



**Figura 53: Demora conocida en la 1ª visita. Por periodos de tiempo y especialidad.**



**1. 8. Evolución de la demora para la 1ª visita en los años analizados.** Durante los 4 años estudiados se ha modificado significativamente el tiempo de demora conocida y no conocida. Casi el 50% de la demora no conocida ocurrió en el año 1.990, en relación con el nivel asistencial que deriva desconocido o las revisiones procedentes del antiguo ambulatorio. Entre ambas suponen el 73% de la demora no conocida (***Figura 54*** y ***Tabla 22***).

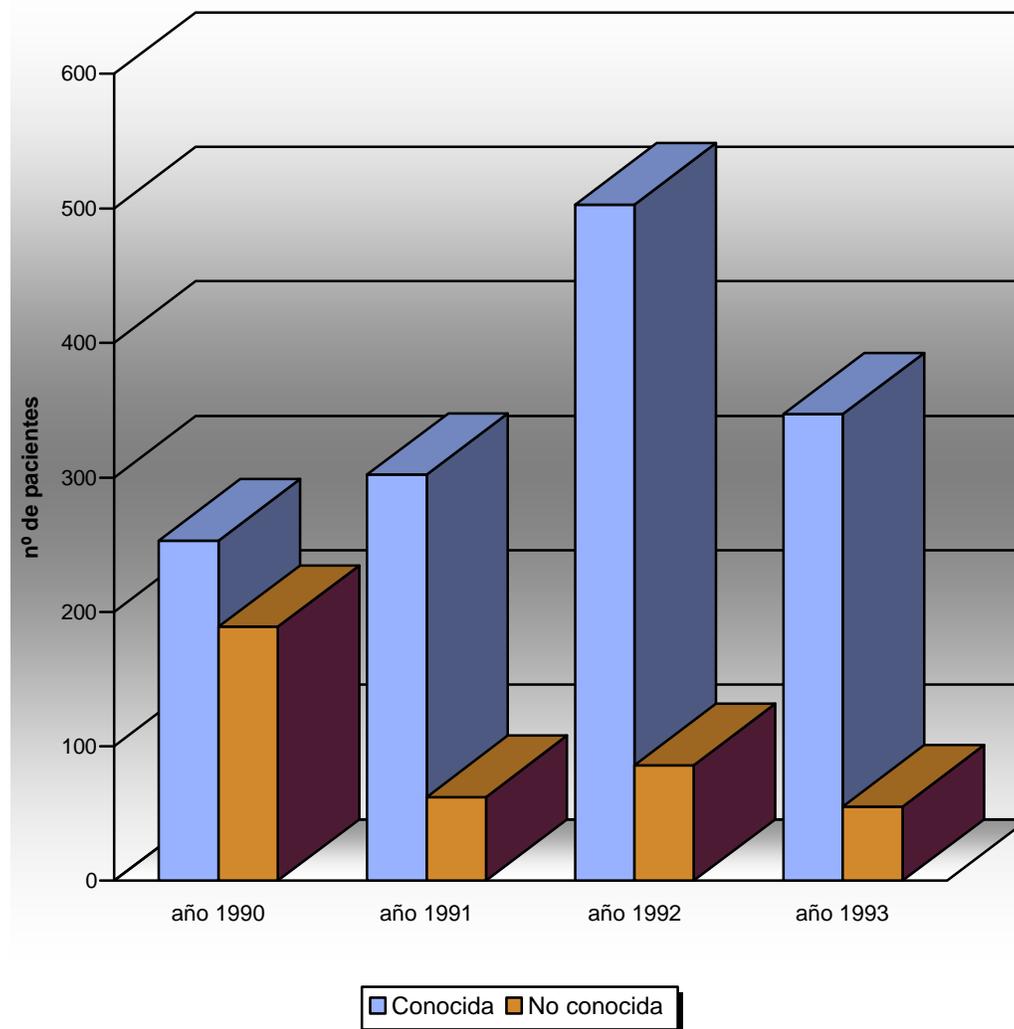
Con el paso de los años, la demora se ha ido prolongando. Durante el año 1.990, el mayor porcentaje de la demora se encontraba entre los 8 y los 21 días (32%), seguido del periodo de 2 a 7 días, con el 23,3%. En el año 1.991, aunque el orden es similar, sin embargo las diferencias son menores, con un 31% y 28%, respectivamente. En el año 1.992, este orden se modifica significativamente: el periodo de 22 a 45 días ya supone el 40% de las citas, el de 46 días a 3 meses el 32% y el de 2 a 7 días sólo llega al 13%. El año 1.993 sufre también modificaciones, con el mayor número de citas entre los 22 y 45 días (34,6%), seguido de los 8 a los 21 días (29%) y de los 46 días a 3 meses (16,8%) (***Figuras 55 y 56***).

Si analizamos las distintas consultas de forma independiente los resultados obtenidos muestran grandes diferencias entre los diferentes años y las diversas especialidades. La consulta de M. Interna oscila para el periodo de 8 a 21 días entre el 4% del año 1.992 y el 43% de 1.991. Para el periodo de 22 a 45 días entre el 20,9% de 1.990 y el 37,3% de 1.992. Igualmente, entre 46 días y 3 meses esta variación es del 16,6% de 1.991 al 49,3% de 1.992. En la consulta de Cardiología lo más significativo en los 2 años analizados es el variable porcentaje de enfermos atendidos entre 8 a 21 días (23,3% en el año 1.992 y 38,7% en 1.993) y entre 22 y 45 días (53,3% en 1.992 y 27,7% en 1.993). La consulta de Digestivo ha aumentado su demora en la 1ª visita durante los años analizados. De esa forma, en el año 1.990 el 75,6% de los pacientes eran atendidos en menos de 22 días y en el año 1.993 tan solo suponía el 19,1% de los mismos. Inversamente, el porcentaje de pacientes atendidos entre 22 y 45 días ha ido aumentando desde el año 1.990 a 1.993: 10,4%; 35,9%; 42,1% y 57,3%, sucesivamente. El periodo entre 46 días y 3 meses ha oscilado entre el 10,4% de 1.990 al 37,6% de 1.992. La consulta de Neumología ha podido atender a sus pacientes mayoritariamente en un plazo menor de 22 días durante los años 1.990 (51%) y

### Resultados

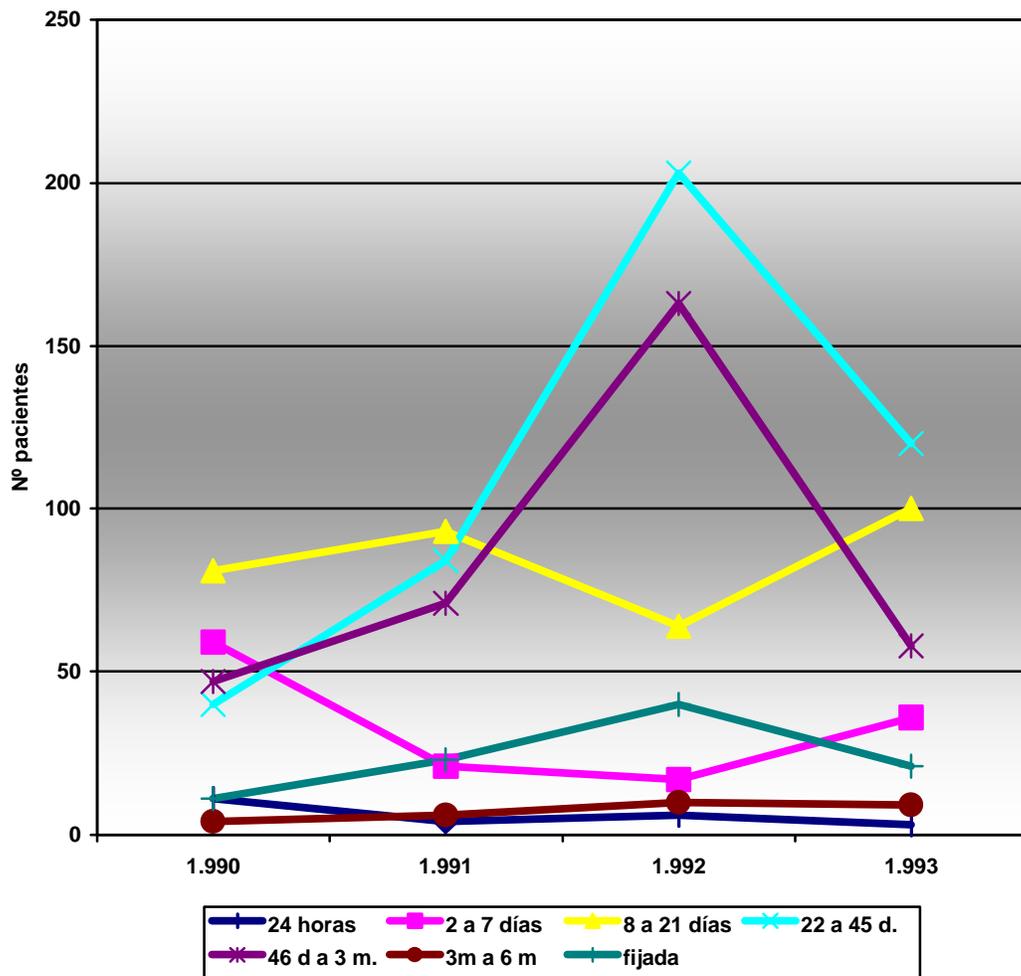
1.993 (74,1%). En este último año en el 32,2% de las ocasiones se atendían en menos de 8 días. Sin embargo, en los años 1.991 y 1.992 la demora se ha ido prolongando hasta los 22 a 45 días (26,5% en 1.991 y 22,9% en 1.992) y los 46 días y 3 meses (32,4% em 1.991 y 22,9% en 1.992) (Figura 57 a 61).

**Figura 54: Demora en la 1ª visita conocida y no conocida.**  
**Por años**

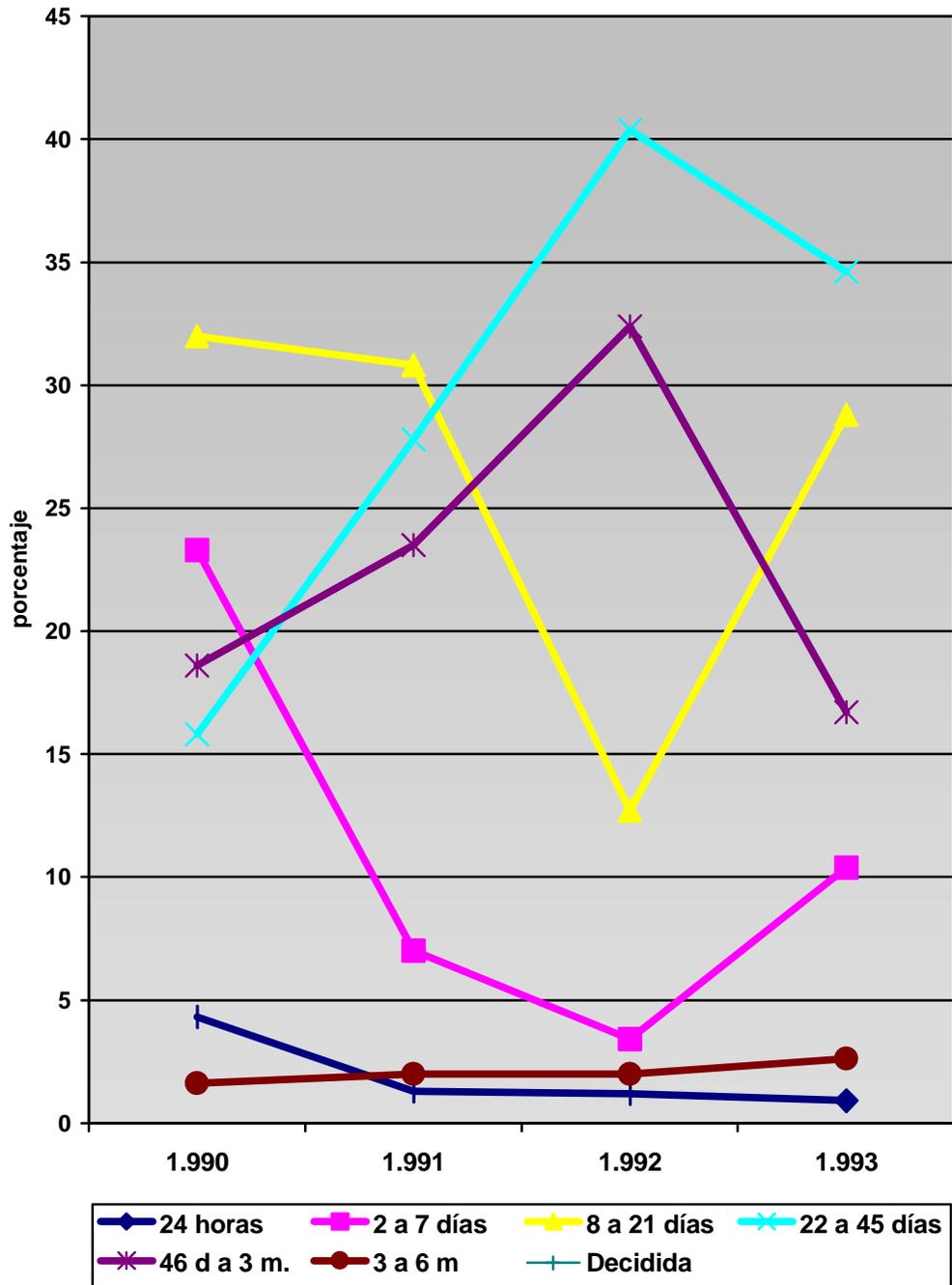


**Tabla 22: Demora en la 1ª visita. Por años**

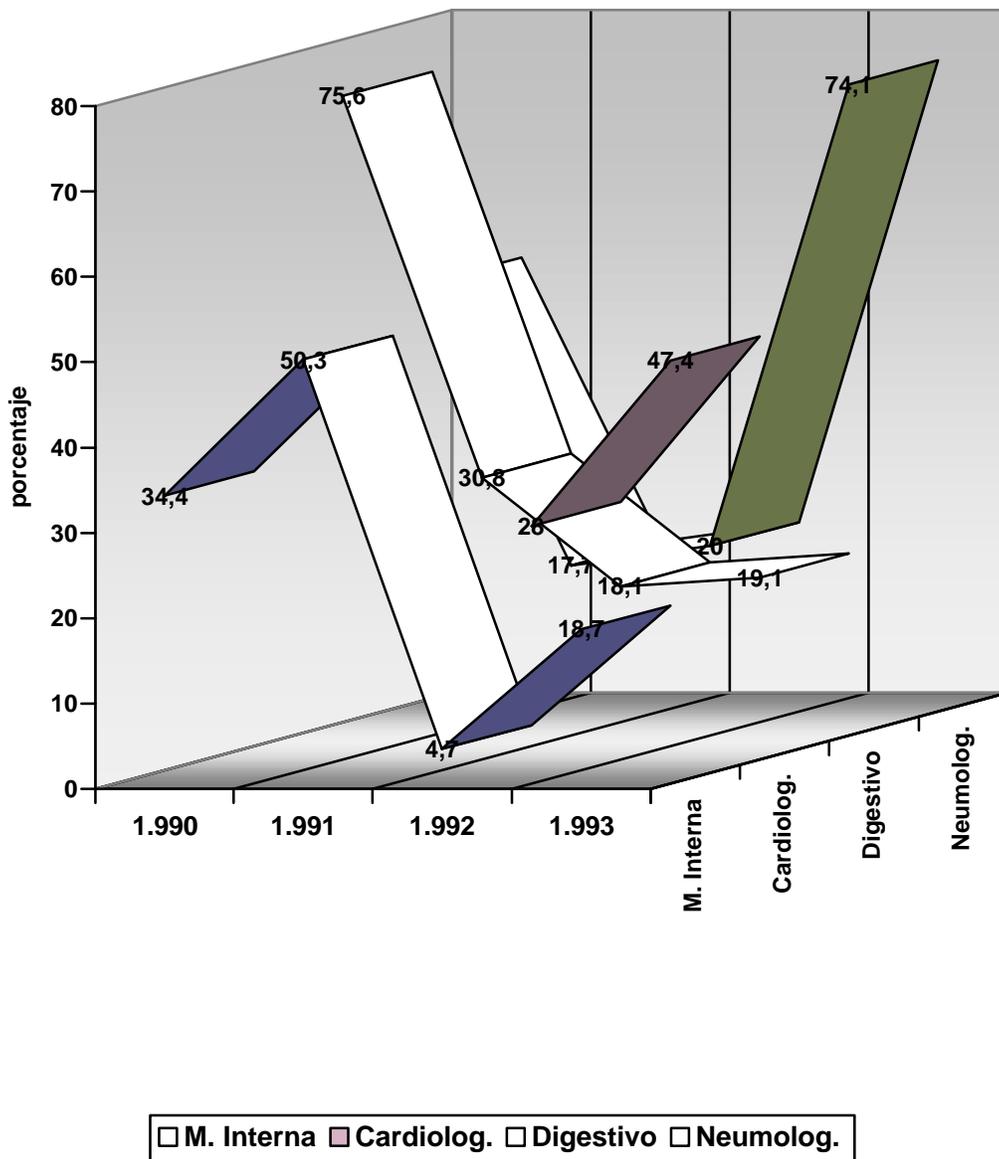
	24 h	2-7 d.	8-21 d.	22-45 d	46d-3m	3-6 m.	Fijada	Descon	Total
<b>1.990</b>	11	59	81	40	47	4	11	189	<b>442</b>
<b>1.991</b>	4	21	93	84	71	6	23	62	<b>364</b>
<b>1.992</b>	6	17	64	203	163	10	40	86	<b>589</b>
<b>1.993</b>	3	36	100	120	58	9	21	55	<b>402</b>
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>133</b>	<b>338</b>	<b>447</b>	<b>339</b>	<b>29</b>	<b>95</b>	<b>392</b>	<b>1797</b>

**Figura 55: Demora conocida en la 1ª visita. Por años.**

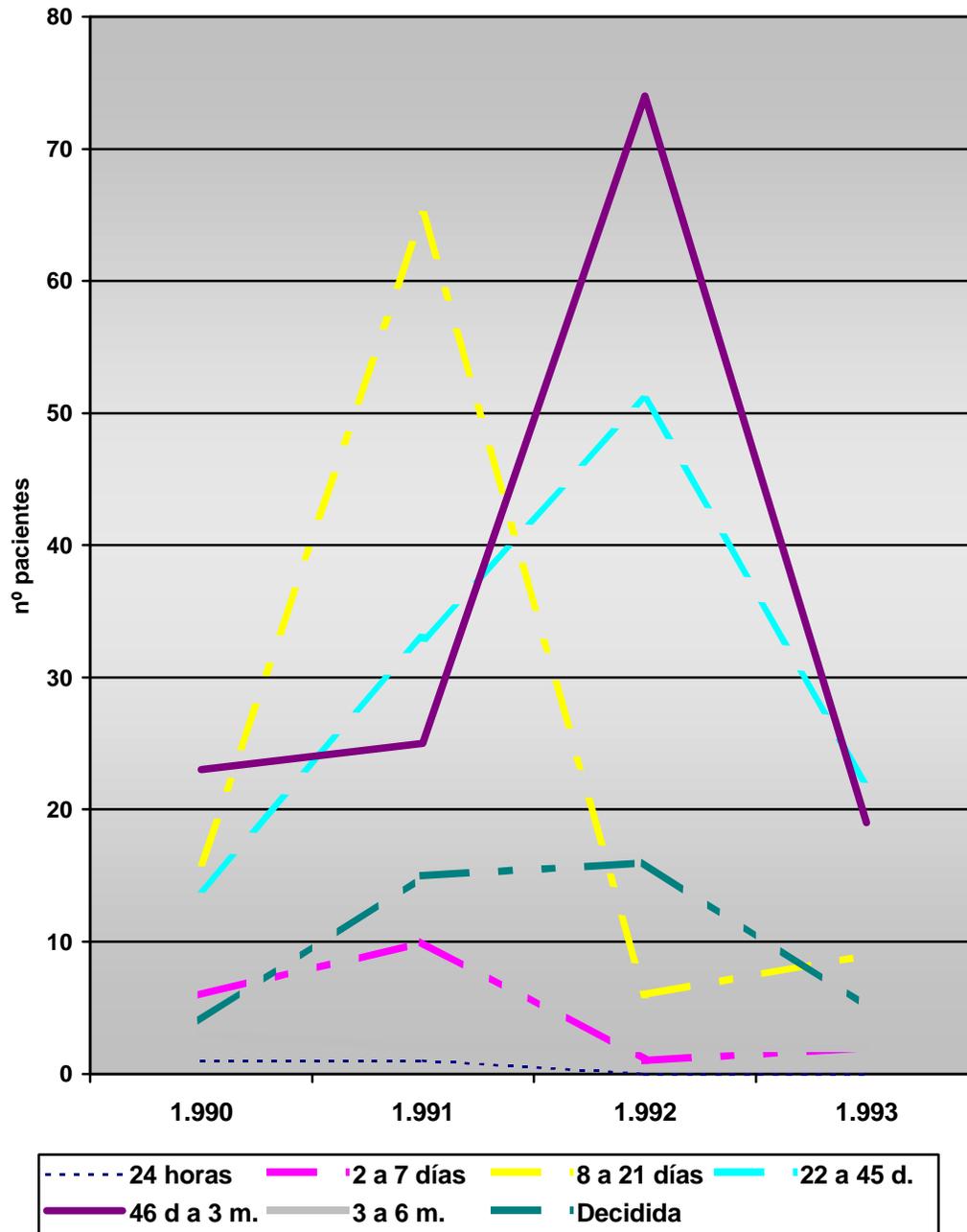
**Figura 56: Demora en la 1ª visita durante el tiempo de estudio (en porcentaje)**



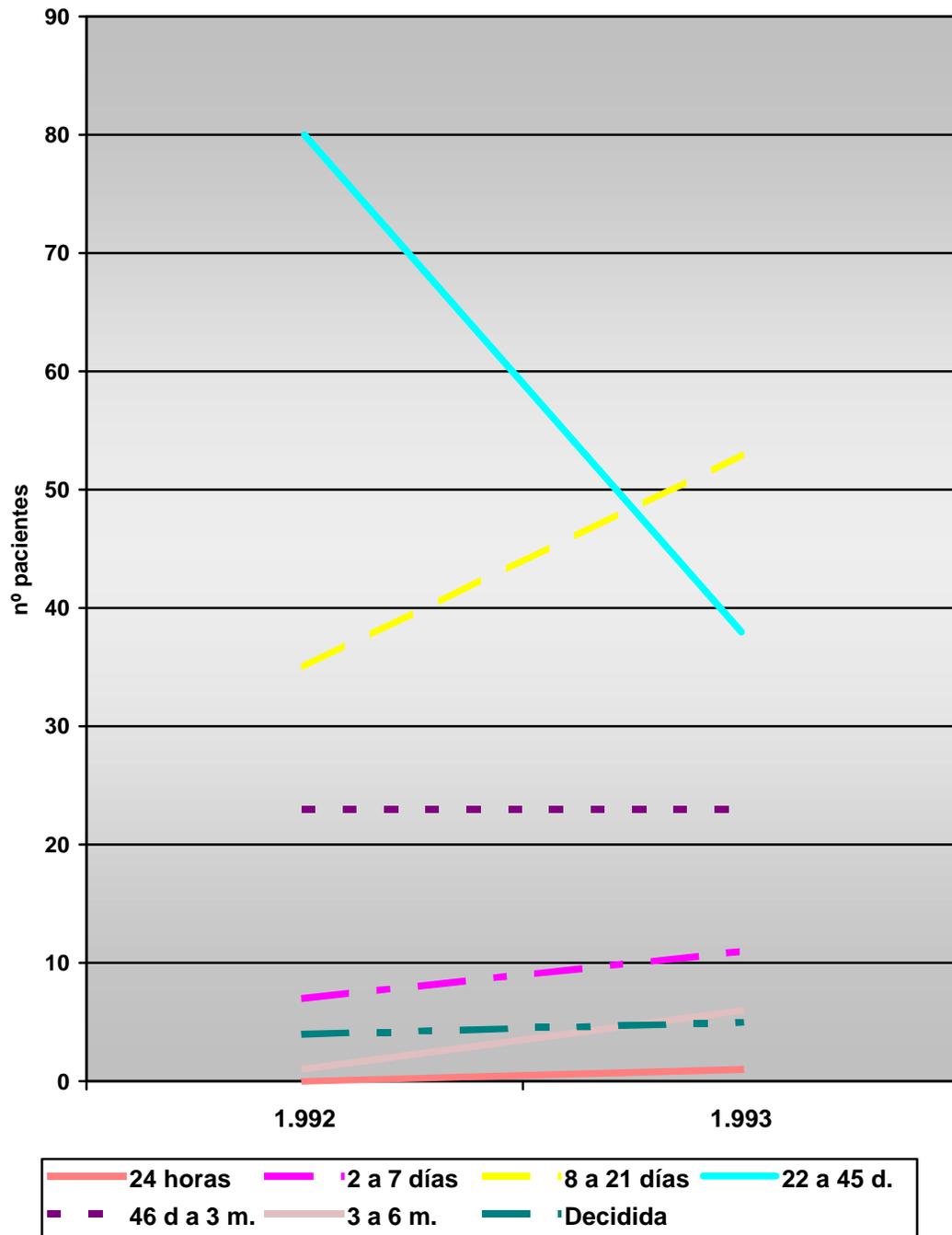
**Figura 57: Demora en la 1ª visita. Porcentaje de pacientes atendidos en menos de 21 días. Por años y especialidad**



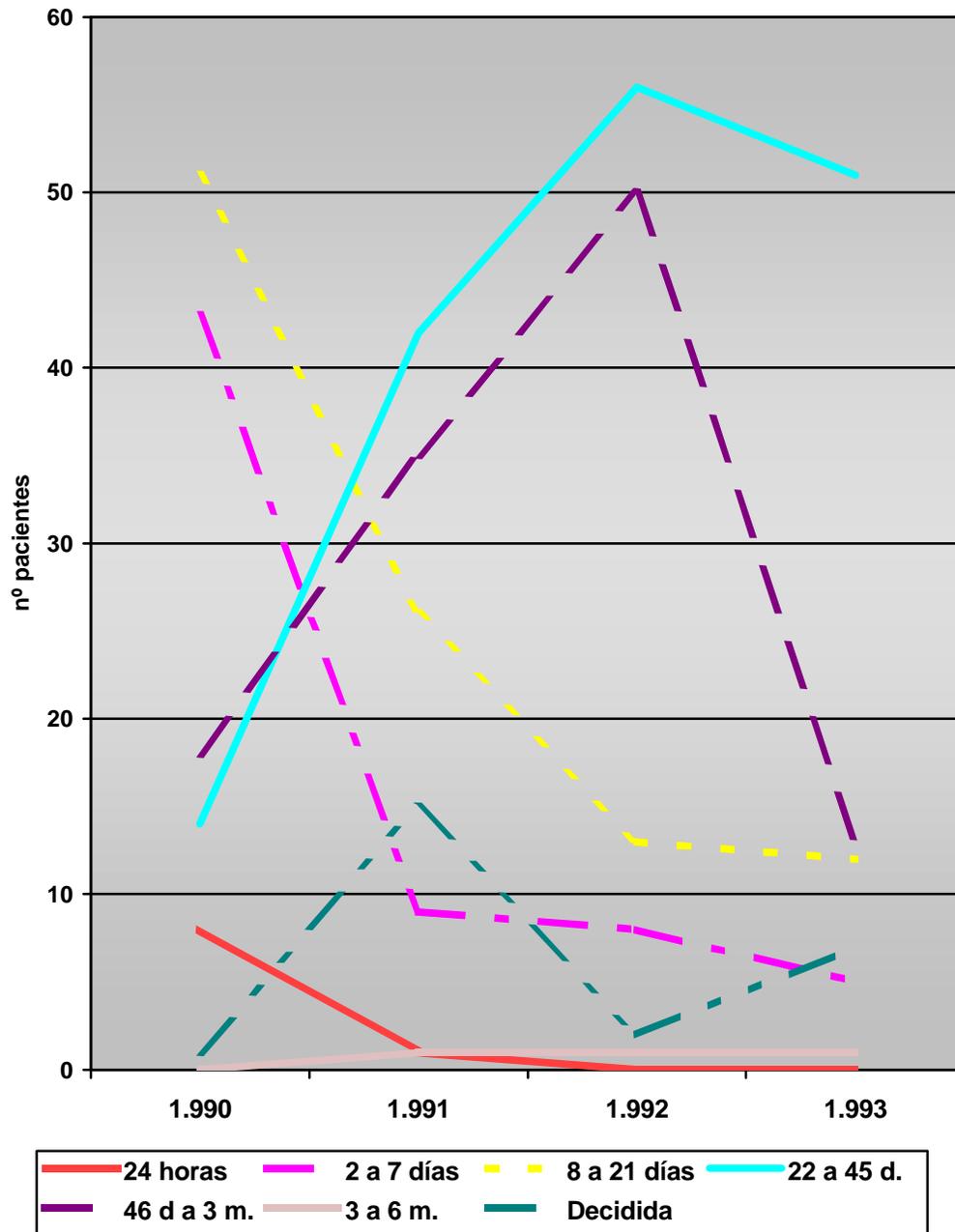
**Figura 58: Demora en la 1ª visita. Consulta de M. Interna. Por años**



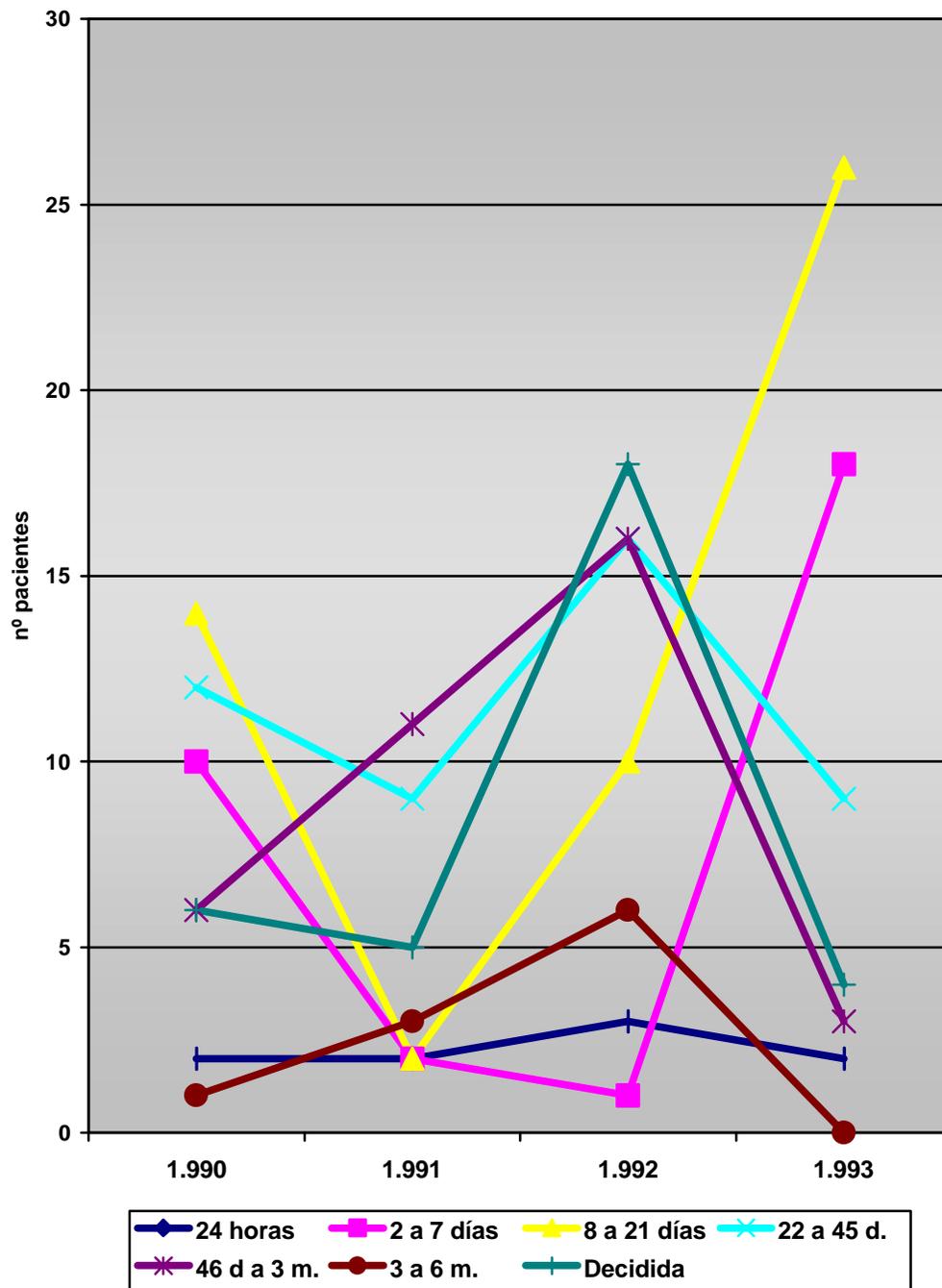
**Figura 59: Demora en la 1ª visita. Consulta de Cardiología.  
Por años**



**Figura 60: Demora en la 1ª visita. Consulta de Digestivo. Por años**



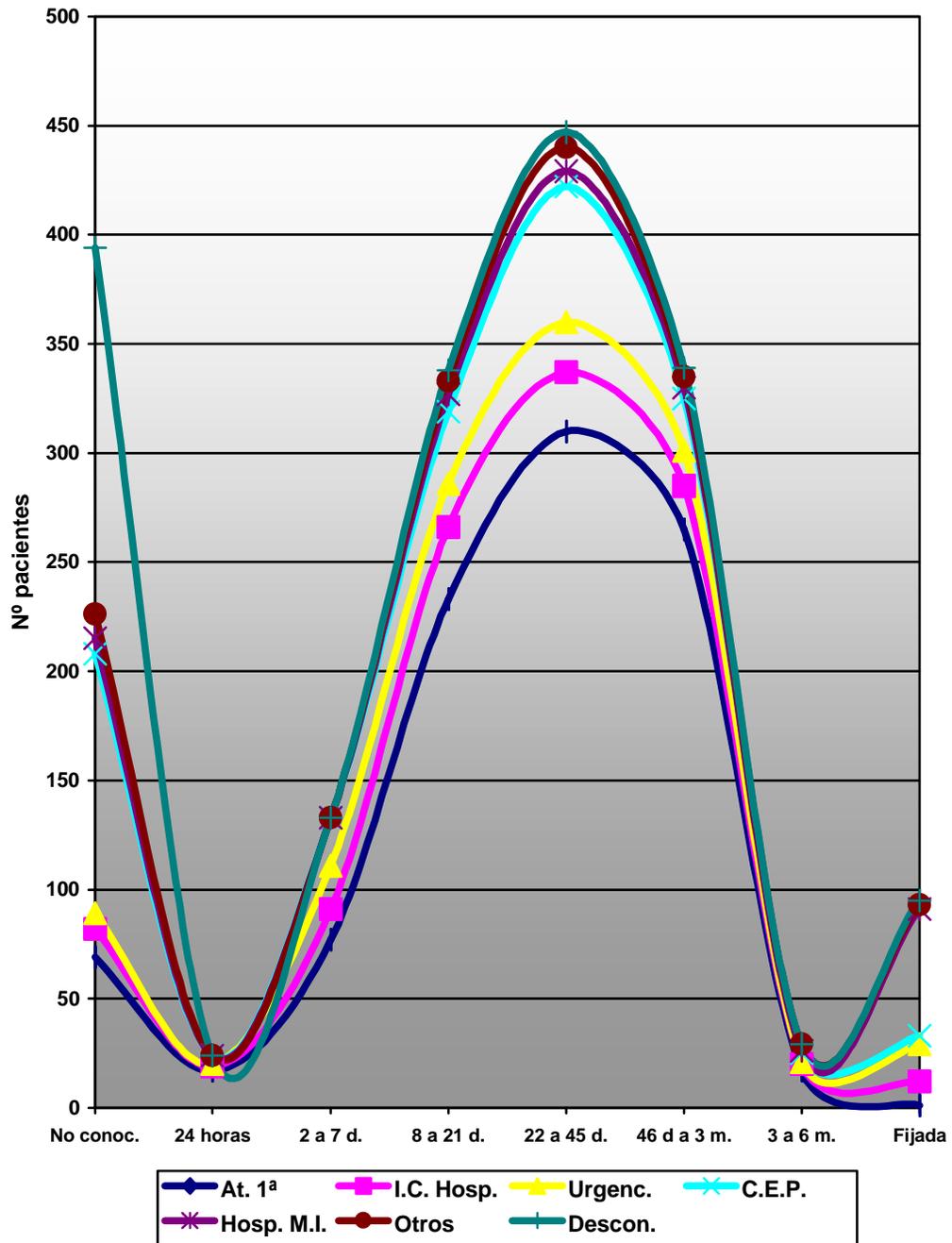
**Figura 61: Demora en la 1ª visita. Consulta de Neumología.  
Por años**



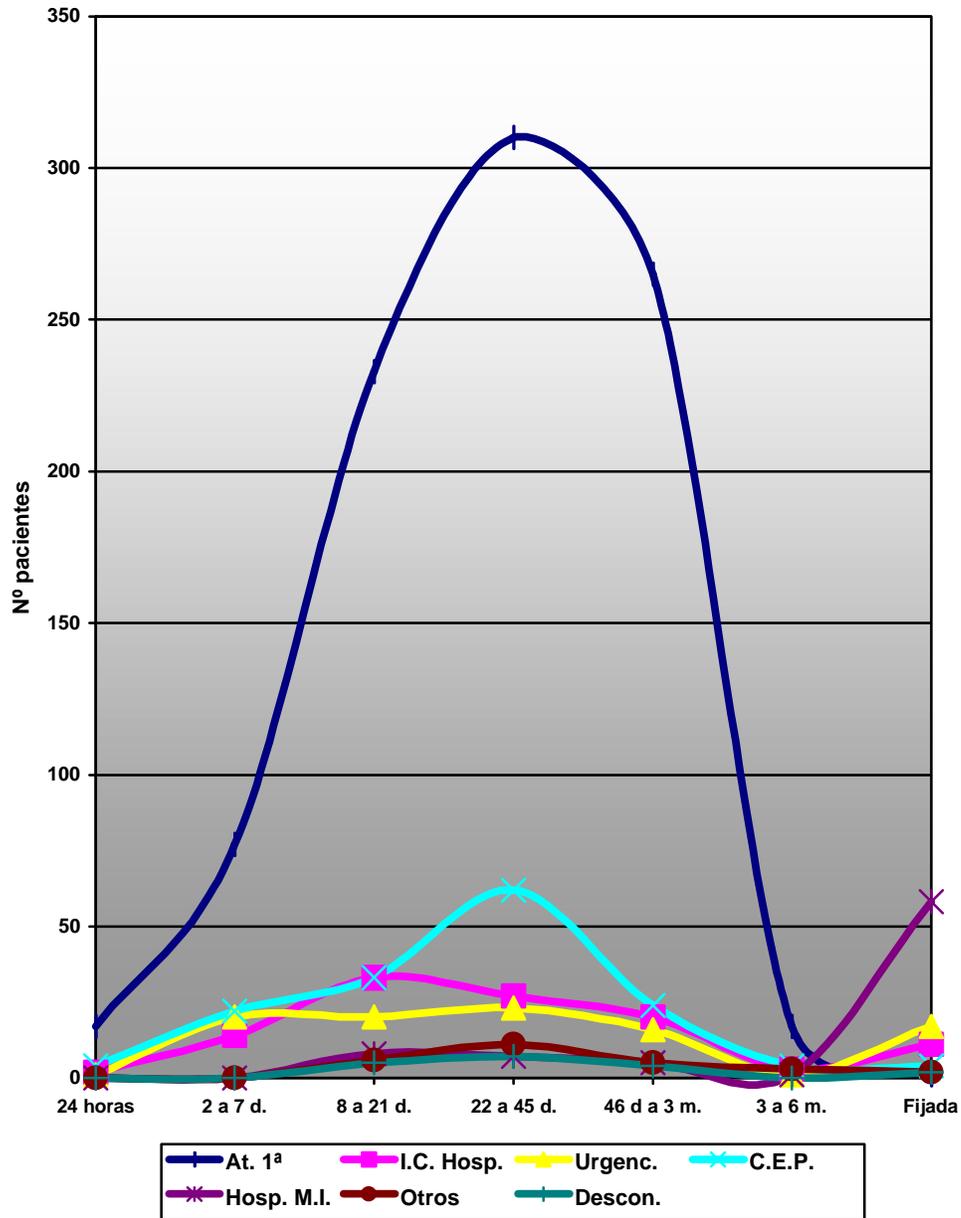
**1. 9. Demora en la 1ª visita y nivel asistencial que deriva al enfermo.** El 30% de los pacientes procedentes de revisiones del antiguo ambulatorio no se conoce la demora en la atención. El 43% de estos últimos pacientes lo constituyen aquéllos en los que no se conoce su procedencia.

Más de la tercera parte de los enfermos derivados desde Atención 1ª se citan en un plazo entre 22 y 45 días, con porcentajes entre el 25% y el 28% para los periodos entre 8 y 21 días, y 46 días a 3 meses, respectivamente. Las Interconsultas del Hospital tienen una demora inferior, ocupando el mayor porcentaje el periodo de 8 a 21 días, con el 30%, algo más que el 24,5% de los 22 a 45 días. Entre 46 días y 3 meses se citan el 18% de los pacientes del propio hospital. Las derivaciones desde el Area de Urgencias se encuentran muy agrupadas con relación a la demora para la cita en consulta, oscilando entre el 21% y el 23% para los periodos de 2 a 7 días, de 8 a 21 días y 22 a 45 días. En el 17% de los casos la cita está fijada previamente. Los enfermos procedentes de revisiones de ambulatorio se citan mayormente entre 22 y 45 días, y porcentajes muy similares a los de Atención 1ª, excepto que en el 14,3% de los casos se citan entre 2 y 7 días. El 73% de los enfermos con cita fijada previamente provienen del Area de Hospitalización de M. Interna (**Figuras 62 y 63**).

**Figura 62: Demora 1ª visita y nivel asistencial que deriva al paciente**



**Figura 63: Demora 1ª visita conocida y nivel asistencial que deriva al paciente.**

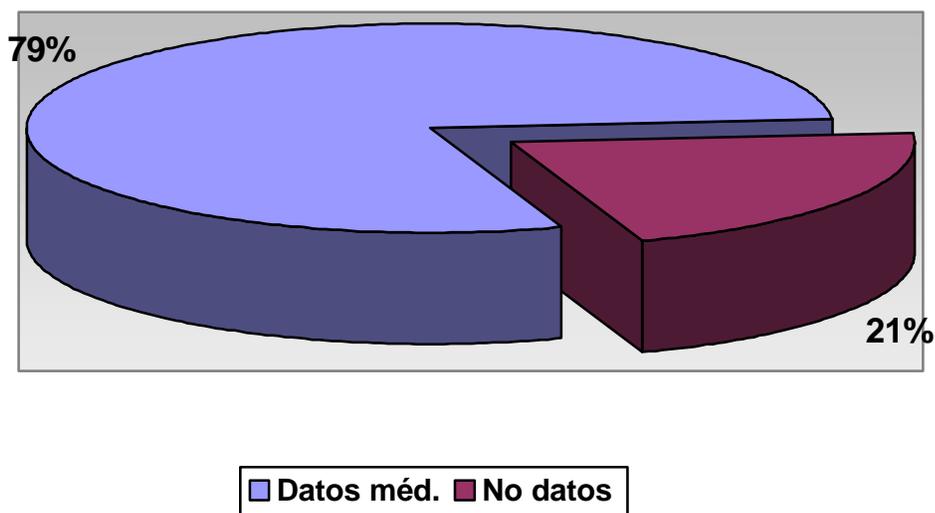


## 2. DATOS CLÍNICOS RECOGIDOS EN EL DOCUMENTO DE DERIVACIÓN.

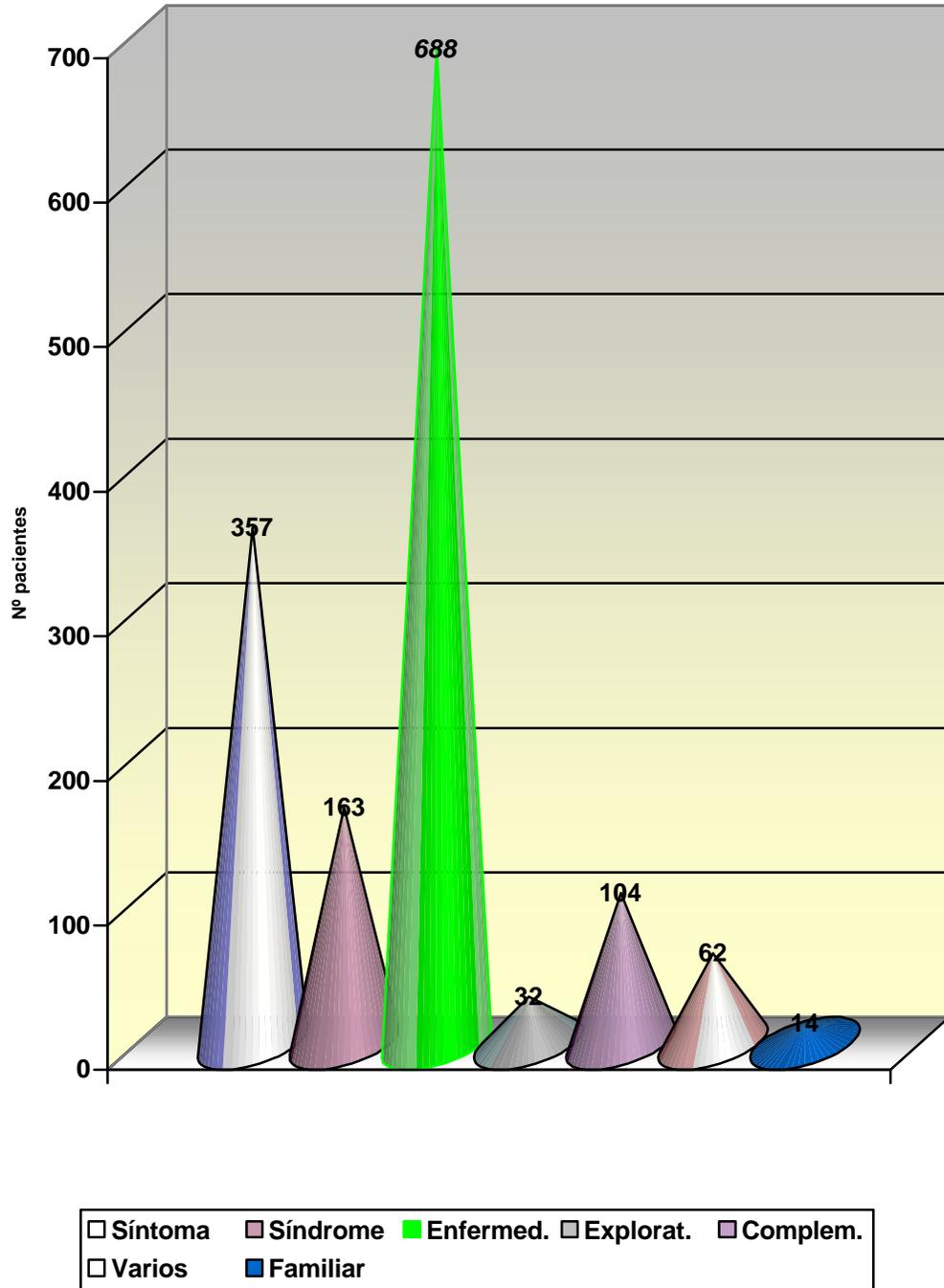
**2.1. Juicio clínico y motivo de envío a la consulta de M. Interna. Coincidencia con el referido por el especialista.** En 1.421 pacientes (79%) se emitió algún tipo de juicio clínico, dato exploratorio o complementario que justificase la remisión del enfermo a las consultas de M. Interna. En el 21% restante (378 pacientes) no se determinaba ningún dato por el médico que derivaba al enfermo. En este último grupo, en 368 casos no se emitía ningún dato, en 9 la letra era ininteligible y en 1 caso se solicitaba un estudio familiar o preoperatorio, pero sin diagnóstico.

De los 1.421 pacientes derivados en los que se justificaba su consulta al especialista, en 688 casos (48,4%) se daba un diagnóstico de enfermedad, en 357 casos (25,1%) un síntoma y en 163 (11,5%), un síndrome. Datos de estudios complementarios se aportaban en 104 pacientes (7,3%), hallazgos exploratorios en 32 casos (2,3%), y más de un dato médico en 62 enfermos (4,4%). La petición familiar o del enfermo se argumentaba en 14 pacientes (1%) (*Figuras 64 y 65*).

**Figura 64: Datos médicos aportados en el documento de derivación**



**Figura 65: Datos médicos definidos en la hoja de derivación. Causa de la derivación**

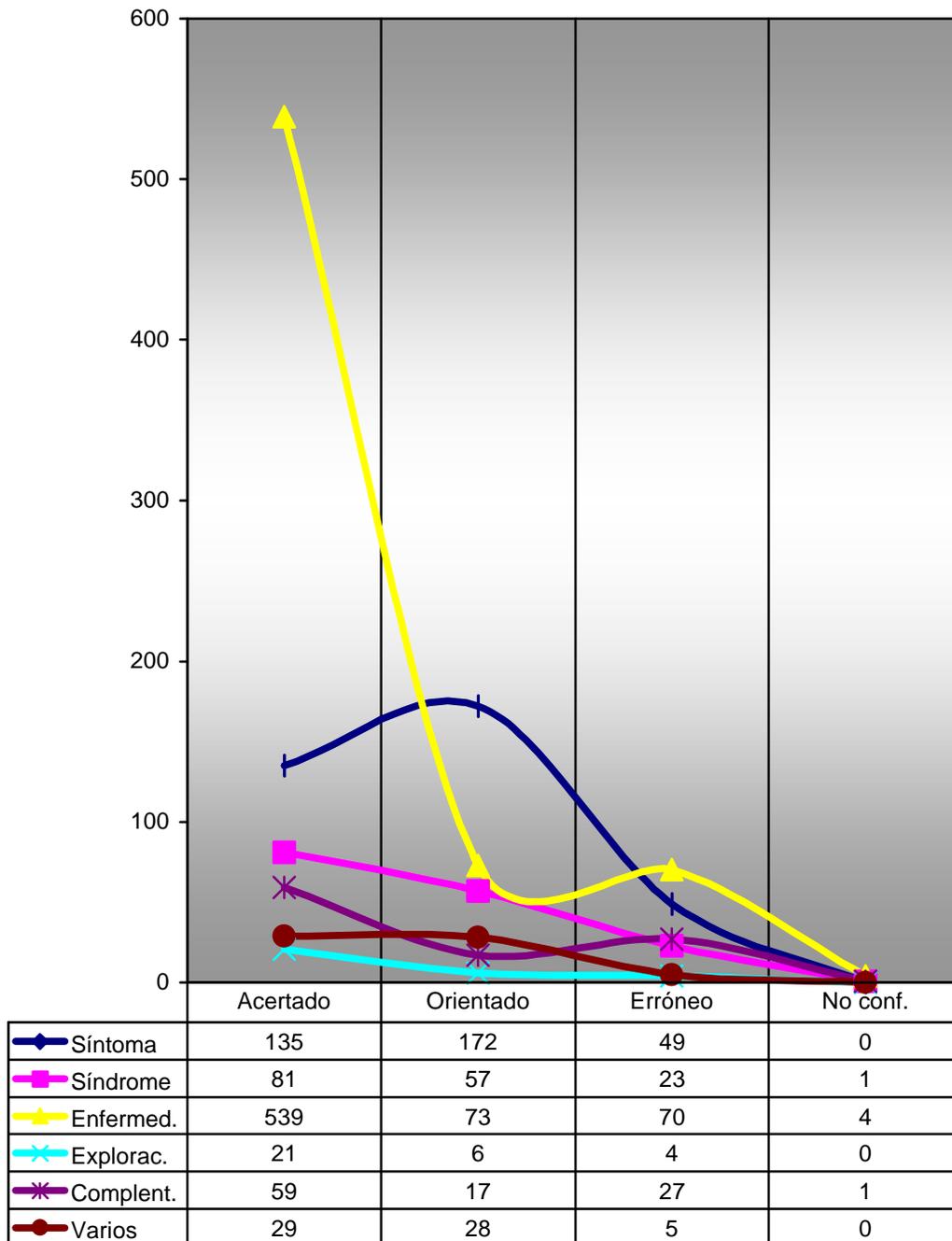


En el 48,2% de los casos, los datos clínicos emitidos por el médico que derivaba al paciente era similar al referido por el especialista. Con orientación diagnóstica se encontraba el 19,9% de los pacientes derivados. Es decir, la coincidencia clínica entre el facultativo que refería al paciente y el especialista se daba en más del 68% de los enfermos. En 178 casos (9,9%) el dato clínico emitido se puede considerar erróneo, y en 373 casos (20,7%) no se daba ningún diagnóstico. Valores por debajo del 0,6% se daban en los datos ininteligibles (0,5%), en preoperatorio o estudio familiar (0,4%) y en diagnóstico no confirmado por el especialista (0,3%).

En el caso que el dato clínico proporcionado por el médico que derivaba al paciente es un síntoma, el acierto se daba en el 37,8% de las ocasiones. Bien orientado se encontraba en el 48,2% de esas derivaciones. Error en la descripción de síntomas se indicaba en el 13,7% de las referencias. Cuando la aportación o justificación de la derivación era un síndrome los porcentajes eran los siguientes: 49,7% de acierto, 35% de orientación y 14,1% de error diagnóstico. En aquellos casos en los que el motivo de envío al especialista era una enfermedad el acierto llegaba al 78,3%. El diagnóstico orientado y el error se encontraba en cifras similares, en torno al 10% (73 y 70 casos, respectivamente). En los hallazgos exploratorios, el error sólo se detectaba en 4 de los 31 pacientes remitidos (12,9%). El acierto era mayoritario, con el 68%, y orientado en el 5,7%.

A 106 pacientes se les derivó por un hallazgo en los estudios complementarios solicitados. En 59 ocasiones (55,6%) el diagnóstico se considera acertado, y en 17 orientado (16%). En un total de 27 referencias (25,5%) el estudio complementario lo definimos como erróneo. Los pacientes remitidos por más de 1 motivo médico el índice de acierto y orientación llega globalmente al 93% (47,5% y 46,5%, respectivamente) (**Figura 66**).

**Figura 66: Datos hoja derivación. Coincidencia con el especialista**



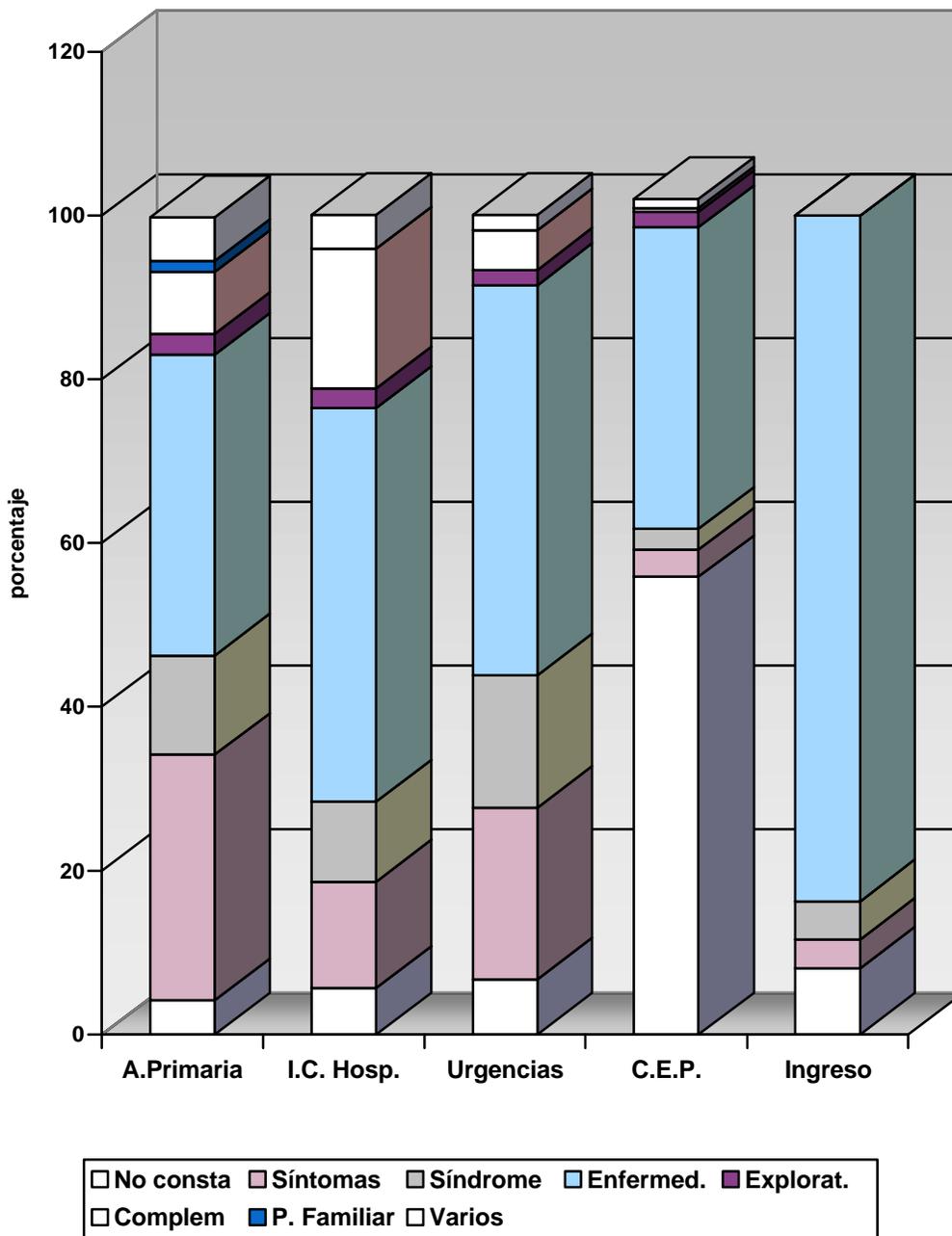
**2. 2. Datos clínicos y nivel sanitario de procedencia del paciente.** En 378 enfermos derivados (21%) no se constató ningún dato clínico. De éstos, en el 42% no se conocía su procedencia, y en el 40% provenían del antiguo ambulatorio de especialidades, aunque remitidos por su médico de cabecera. Se encuentran diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) en los datos aportados por los médicos, según el nivel de procedencia de la derivación. Los médicos de Atención 1<sup>a</sup> no aportaron ningún dato clínico en 42 pacientes (4,2%) de los 989 remitidos. Síntomas clínicos se reseñaban como motivo de envío en 297 pacientes (30%). Síndromes y enfermedades se consignaban en 120 (12,1%) y 363 pacientes (36,7%), respectivamente. El hallazgo exploratorio supuso un 2,5% de las derivaciones, y un estudio complementario el 7,7% de las mismas. En el 3% la solicitud familiar justificaba la consulta, y en el 5% varios de estos hallazgos.

En los pacientes enviados desde otros servicios del hospital, el motivo más aportado era una enfermedad concreta (48%), siendo el estudio complementario, con un 17%, la segunda causa. Los síntomas y síndromes justificaban el 13% y el 10% de las derivaciones, respectivamente. Ningún dato se aportaba en el 5,7% de los pacientes remitidos.

De forma similar, la enfermedad concreta se aportaba en 50 de los 105 pacientes derivados desde el Area de Urgencias. En 22 enfermos se consignaba un síntoma y en 17, un síndrome. Ningún dato se emitía en el 6,6% de los casos. El Area de hospitalización de M. Interna definía una enfermedad en el 84% de sus remisiones a consultas.

Los documentos emitidos para revisión de pacientes del antiguo ambulatorio no aportaban ningún dato médico en el 56% de los casos. En 100 pacientes (36,8%) se anotaba una enfermedad concreta (***Figura 67***)

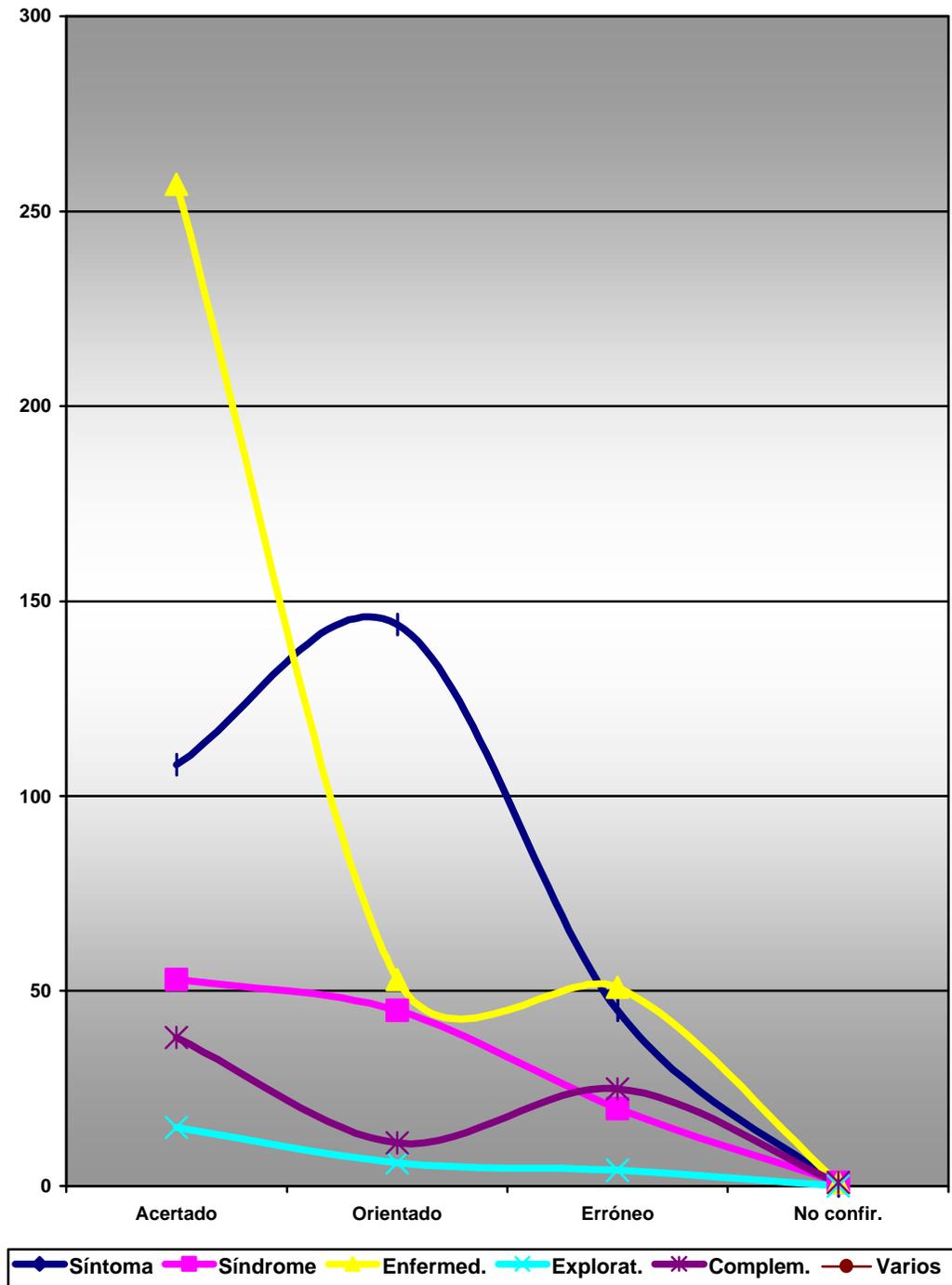
**Figura 67: Datos en el documento de derivación. Por nivel de procedencia. Porcentaje sobre el total**



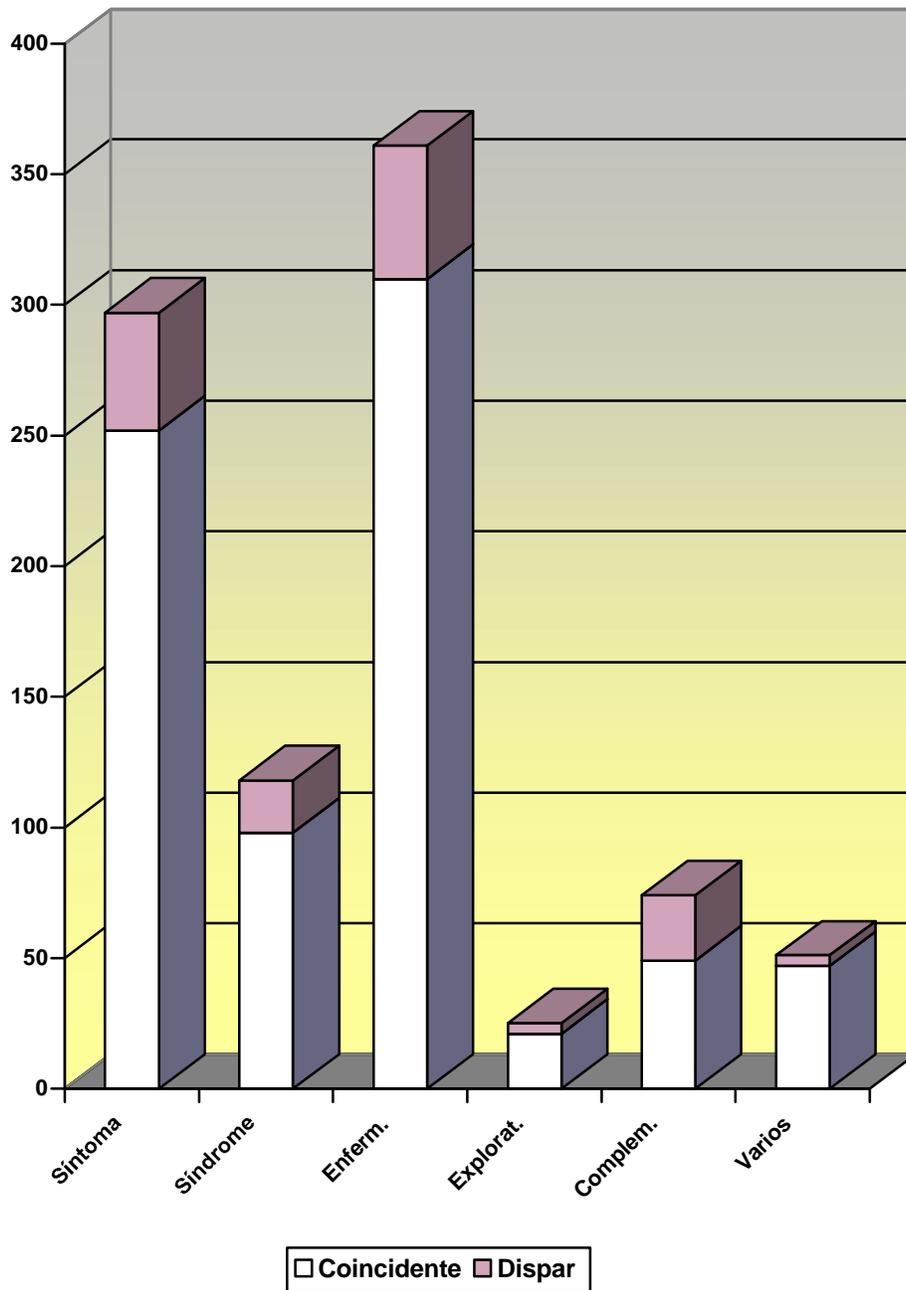
Las posibilidades de no coincidir con los datos médicos referidos por el médico especialista eran las mismas cuando el motivo de derivación, emitido por los médicos de Atención 1ª, se trataba de un síntoma, un síndrome, una enfermedad o un hallazgo exploratorio. El porcentaje de no coincidencia se encontraba entre el 14% y el 16%. La interpretación de estudios complementarios se comportaba diferente significativamente, con un 33% de disparidad entre los médicos de Atención 1ª y el especialista. La aportación de varios datos médicos hacía descender la disparidad hasta el 8% (***Figura 68 y 69***).

La disparidad en los datos médicos aportados era insignificante entre el médico de la consulta del Sº de M. Interna y los del resto del hospital, incluido el Area de Urgencias, independientemente del tipo de juicio emitido. De la misma forma, ocurría en los pacientes procedentes del Area de hospitalización de M. Interna. En el 9% de las revisiones de ambulatorio no coincidía, cuando se definía una enfermedad concreta.

**Figura 68: Derivaciones de Atención 1ª. Datos médicos y su coincidencia con el especialista**

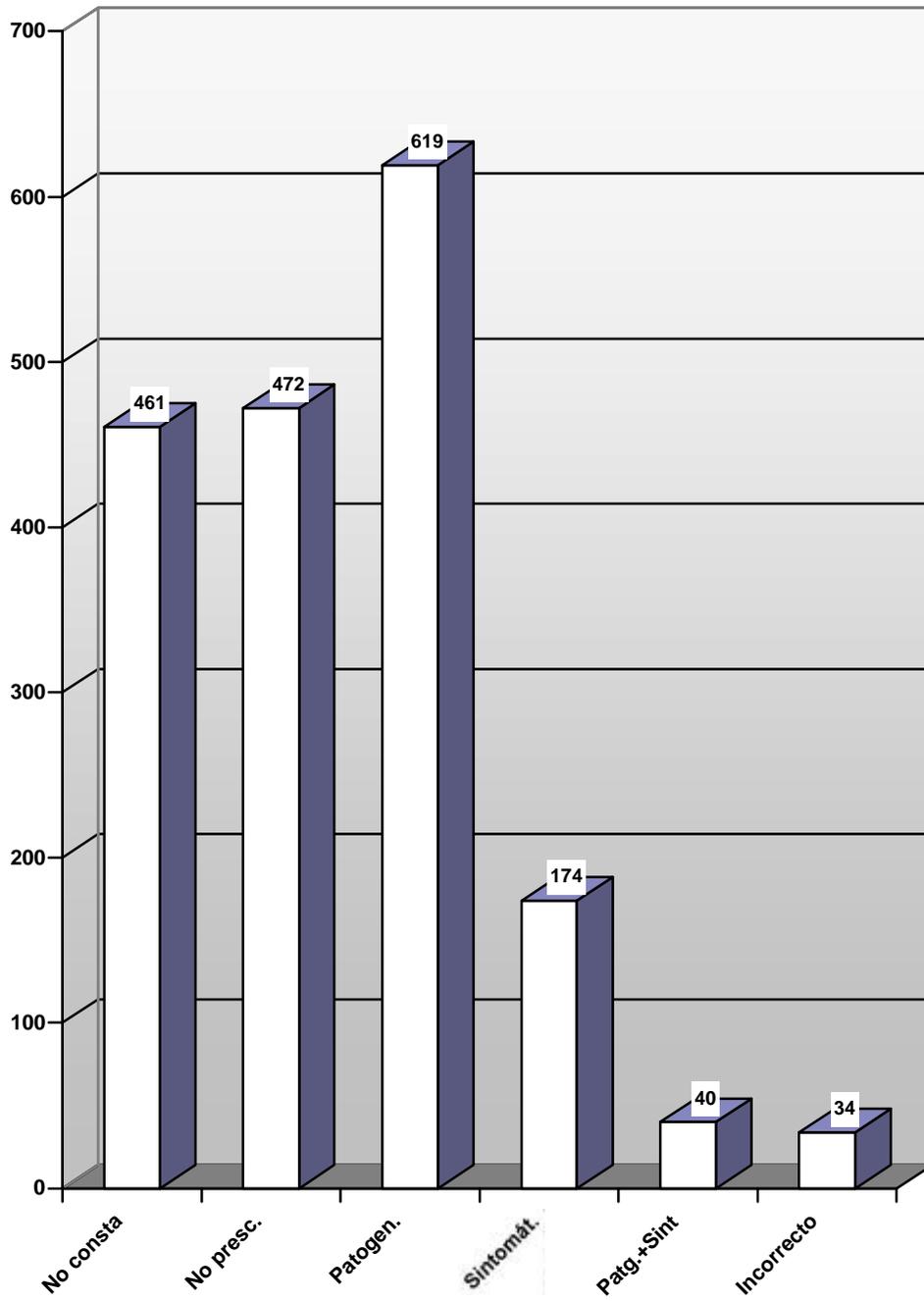


**Figura 69: Derivaciones desde Atención 1ª. Datos médicos aportados. Coincidencia con M. Interna**



**2. 3. Tratamiento indicado por el nivel asistencial que deriva al paciente.** En el 51.8% de los pacientes no se consignaba tratamiento alguno por el médico que remitía al paciente, bien por no prescribirlo (26,2%), o por no expresarlo en la hoja de derivación (25,6%). En el 48,2% restante (866 enfermos) se prescribió por el médico que derivaba algún tipo de tratamiento. En este grupo de pacientes, el tipo de tratamiento mayormente indicado se puede considerar correcto, contra la causa o la patogenia del proceso, suponiendo el 72% de los casos. Tratamiento sintomático se indicó en 174 ocasiones (20%). En 34 pacientes (4%) el tratamiento se puede catalogar de incorrecto en algún aspecto. En el 2,2% de los pacientes, el tratamiento indicado era, a la vez, sintomático y patogénico o etiológico (***Figura 70***)

**Figura 70: Tratamiento indicado por el médico que deriva al paciente**



## Resultados

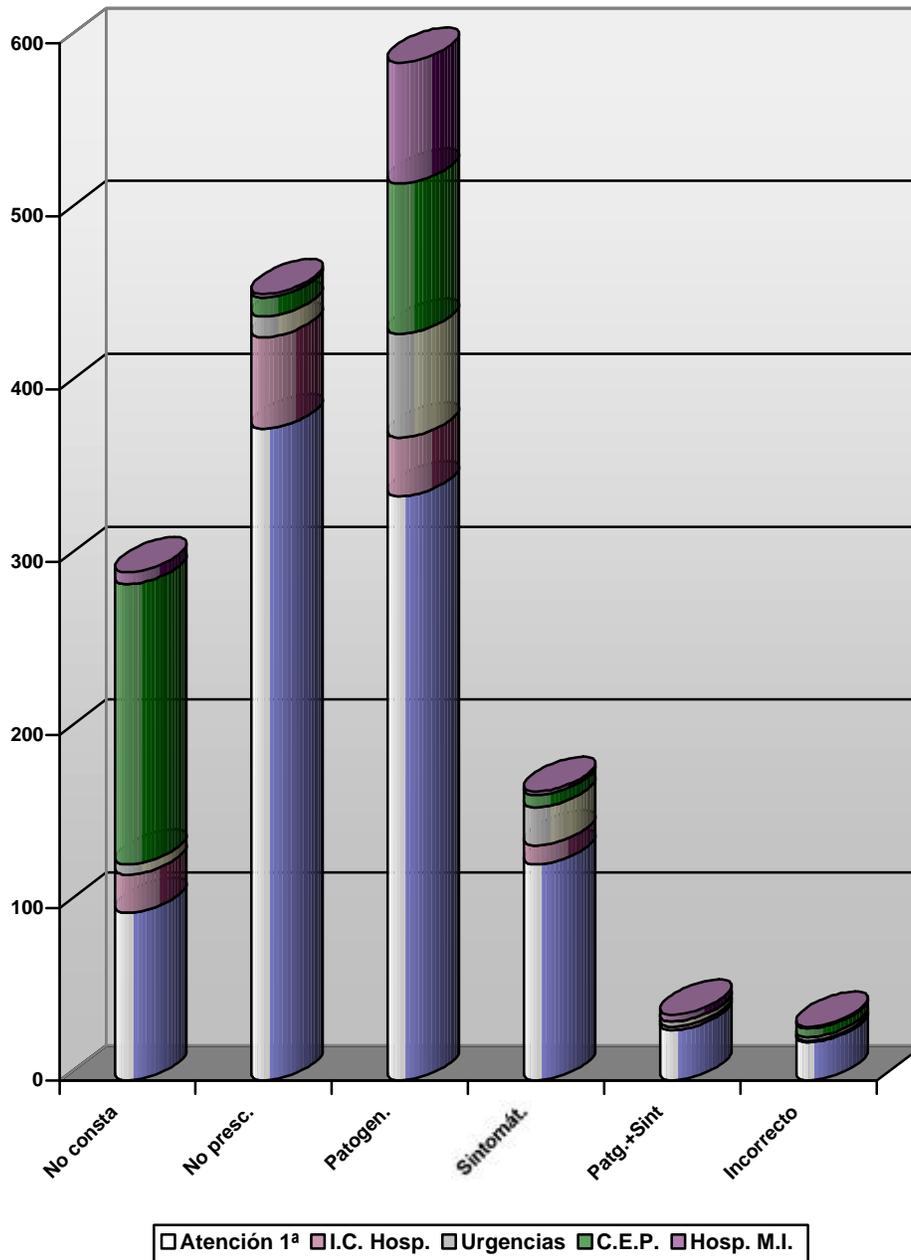
De los 461 pacientes remitidos a las consultas de M. Interna en los que no se hacía constar el tratamiento seguido, en 162 casos se desconocía el nivel de procedencia, y en otros 162 provenían del antiguo ambulatorio de especialidades, remitidos por el médico de cabecera. Los médicos de Atención 1ª contribuían con 97 enfermos en estas condiciones. Este nivel asistencial no indicaba ningún tipo de tratamiento en el 38% de los casos. Cuando lo prescribían (515 casos), el tratamiento más seguido era el causal o patogénico, que suponía el 66% de los tratados. En el 24% el tratamiento era sintomático, y utilizaban ambos en 29 pacientes (6%). El tratamiento se puede considerar incorrecto en el 4% de las ocasiones.

En los pacientes enviados desde otro Servicio o Unidad del hospital, mayormente no se hacía constar el tratamiento (18%), o no se prescribía (43%). De los tratados (48 pacientes), en el 71% de los casos era causal o patogénico, y en el 23% sintomático.

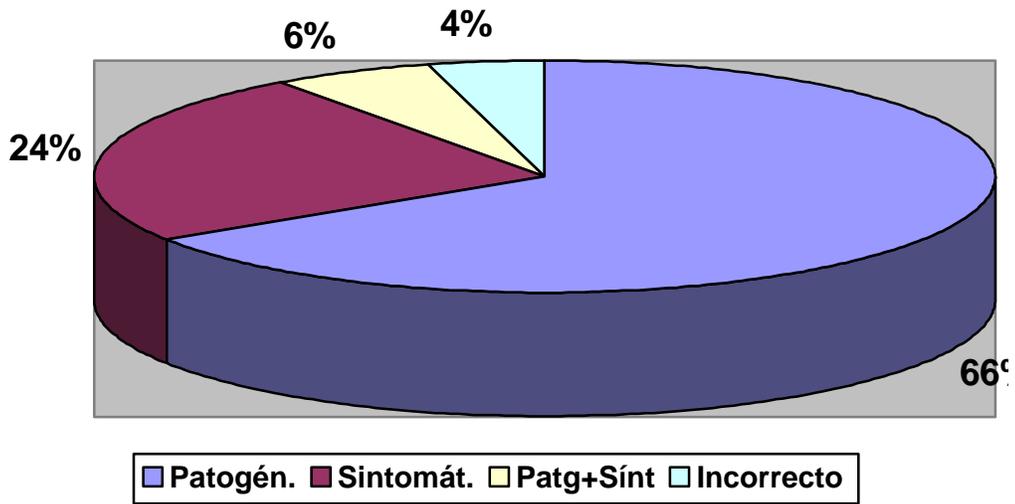
Los enfermos provenientes del Area de Urgencias, venían tratados en el 83% de las ocasiones (87 pacientes), siendo este tratamiento causal o patogénico mayoritariamente (70% de los tratados). En el 25% de los casos se trataban sintomáticamente. El porcentaje de tratamiento etiológico o patogénico era superior en los enfermos originados del antiguo ambulatorio, con el 88%, cifra similar a los derivados del Area de hospitalización, con un 91% (*Figuras 72 a 76*).

Si analizamos la cumplimentación y/o indicación de tratamiento según el nivel de derivación, se aprecian diferencias entre las distintas procedencias: Atención Primaria indica tratamiento en el documento de derivación en el 52,1% de los casos; la Interconsulta del Hospital, en el 39%; Urgencias del Hospital, en el 82,9%; C.E.P. en el 36,4%; y los ingresos de M. Interna , en el 89,6% (*Figura 71 y 77*).

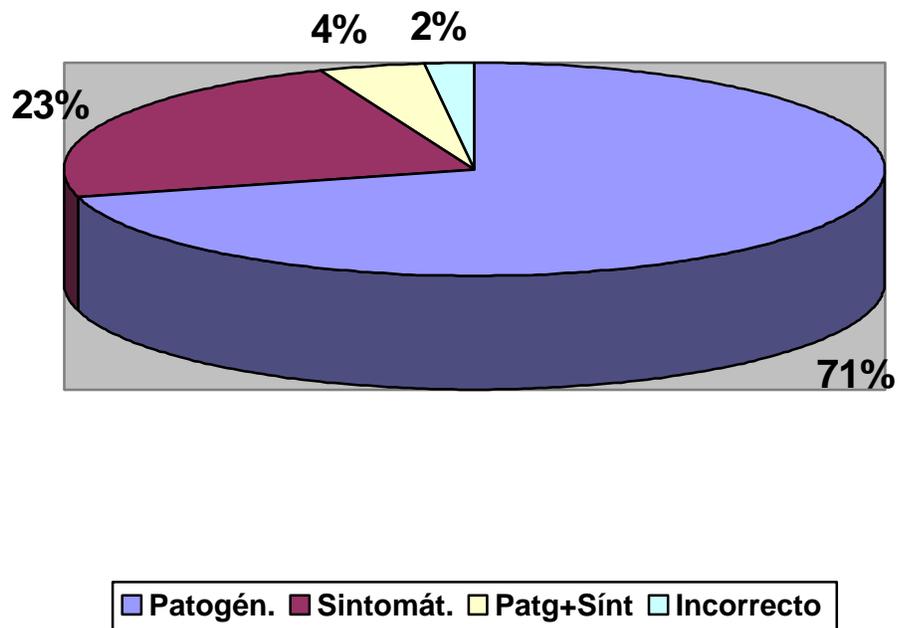
**Figura 71: Tratamiento indicado por el médico que deriva al paciente, según nivel asistencial**



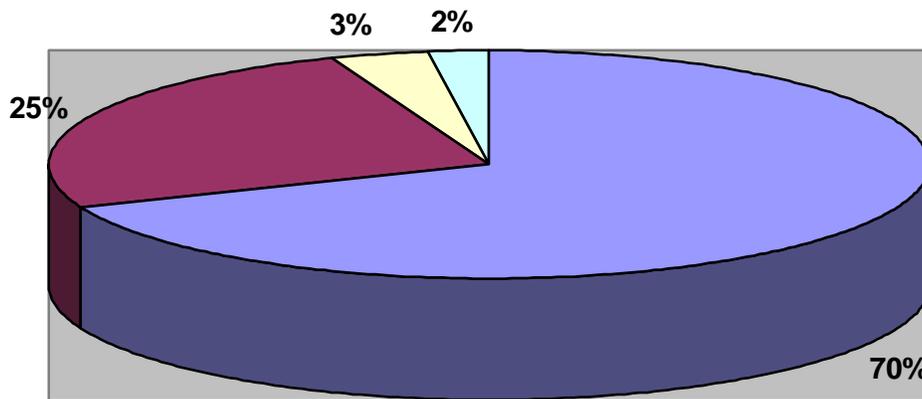
**Figura 72: Tipo de tratamiento por nivel asistencial.**  
**Atención 1ª**



**Figura 73: Tipo de tratamiento por nivel asistencial.**  
**Interconsulta hospital**

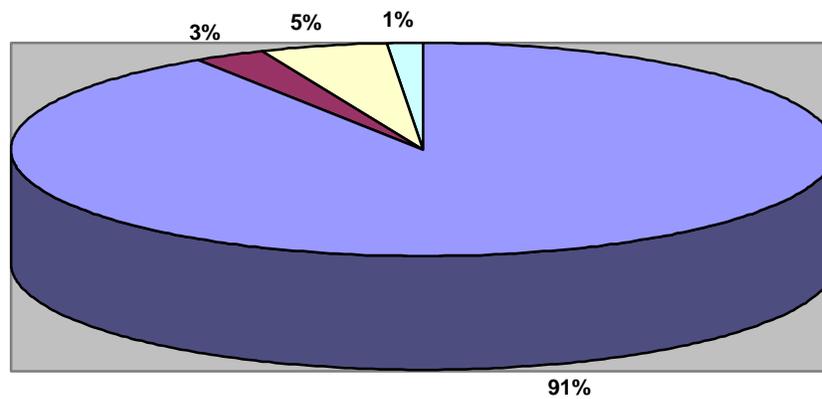


**Figura 74: Tipo de tratamiento por nivel asistencial.**  
**Urgencias**



■ Patogén. ■ Sintomát. ■ Patg+Sínt ■ Incorrecto

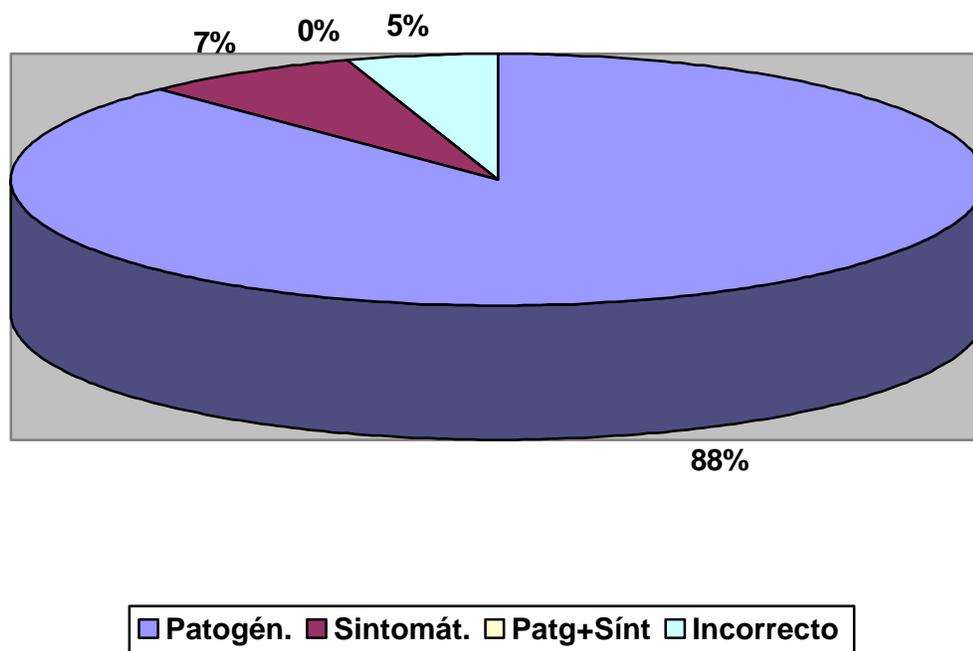
**Figura 75: Tipo de tratamiento según nivel asistencial.**  
**Hospitalización M. Interna**



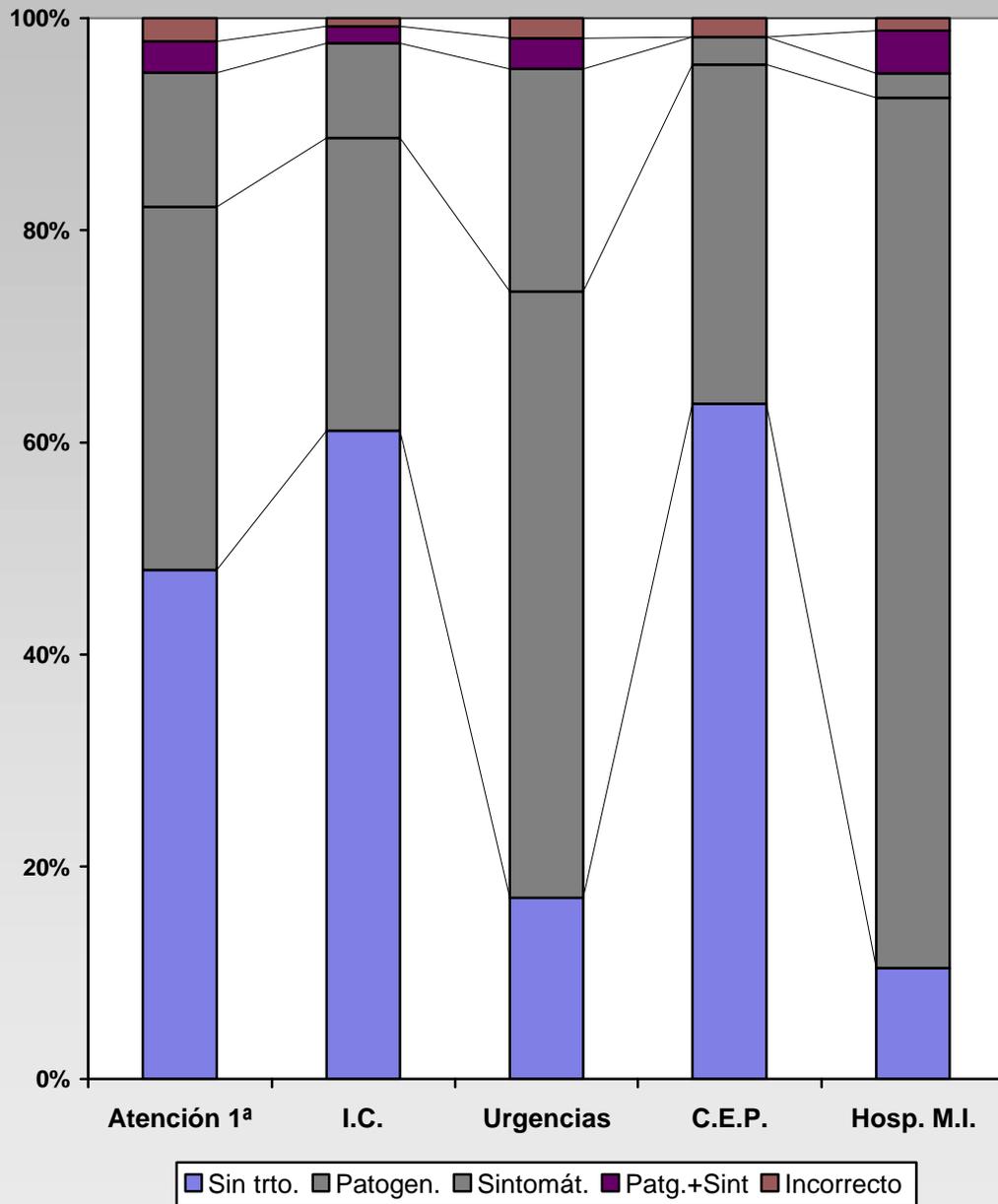
■ Patogén. ■ Síntomat. ■ Patg+Sínt ■ Incorrecto

Resultados

**Figura 76: Tipo de tratamiento por nivel asistencial. C.E.P.**



**Figura 77: Tratamiento cumplimentado. Según nivel de derivación. En porcentaje**



## Resultados

**2. 4. Tipo de tratamiento y datos médicos justificativos de la derivación.** De las 461 derivaciones en las que no se consignaba ningún tipo de tratamiento, en 351 casos (76%) tampoco se mencionaba dato clínico alguno. En 44 de ellas (10%), se daba una enfermedad concreta, y en 41 (9%), uno o varios síntomas. En los 472 pacientes con tratamiento, el porcentaje de síntomas y enfermedad era el mismo, con el 30% (143 y 141 pacientes, respectivamente). La justificación del envío por un estudio complementario o un síndrome era también similar, de un 13%.

Cuando el tratamiento prescrito era sintomático (174 casos), en el 43% se emitía un síntoma, en el 27% una enfermedad, y en el 18% un síndrome, con cifras inferiores en los otros casos. Si el tratamiento se consideraba etiológico o patogénico, la enfermedad se mencionaba en 423 de los 618 pacientes (68%). En 81 casos (13%) se emitía síntomas y en 48 (8%), un proceso sindrómico. Varios datos justificativos y un estudio complementario se aportaban en 27 (4%) y 23 pacientes (3,7%), respectivamente.

Aquéllos pacientes tratados etiológica y sintomáticamente al mismo tiempo, el porcentaje de mención de enfermedad se daba en el 50% de las ocasiones (19 casos), y de síntomas en el 30% (12 casos). Los errores terapéuticos se justificaban más cuando el juicio clínico de envío era una enfermedad (42%) (**Tabla 23**).

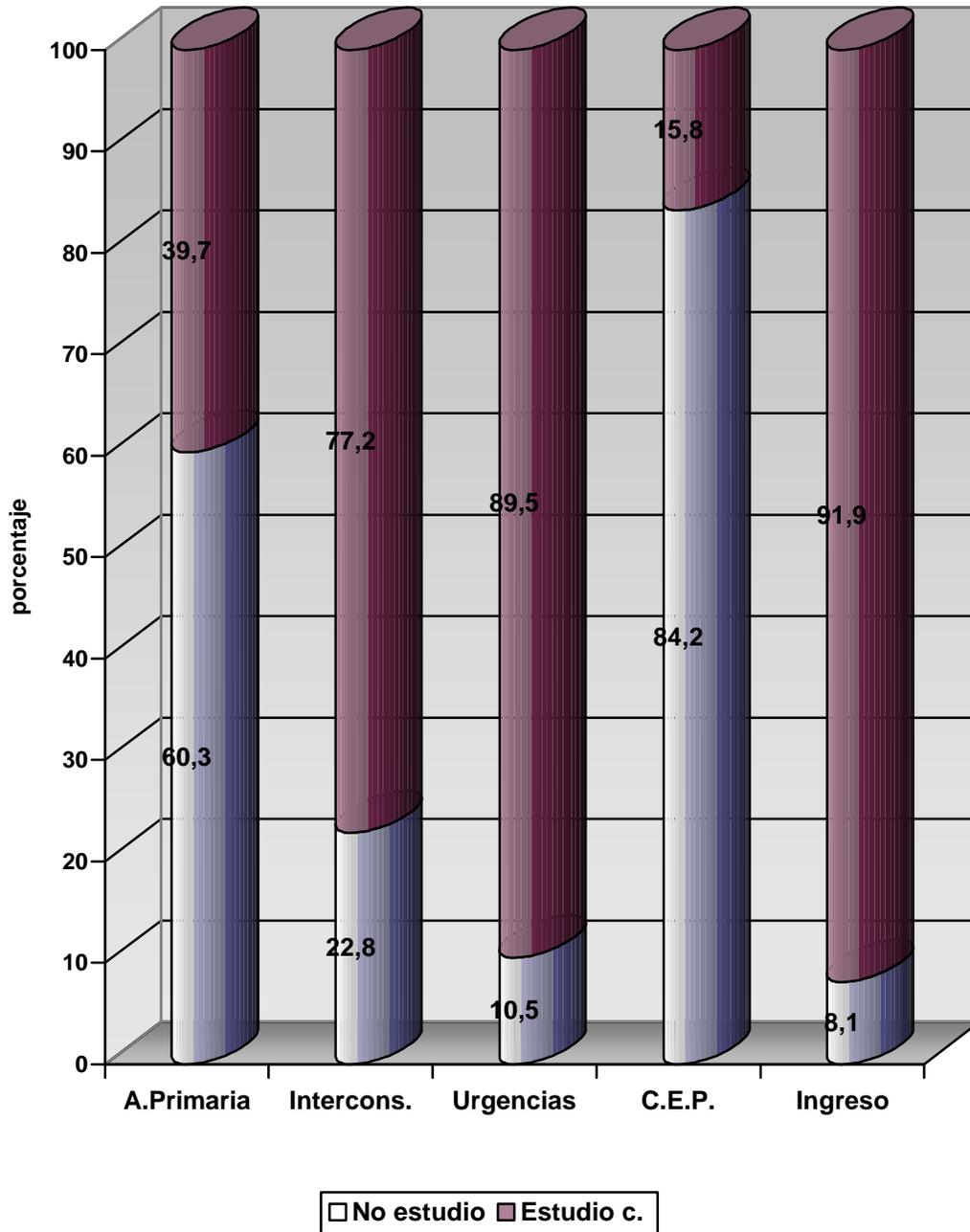
**Tabla 23: Tratamiento y datos clínicos justificativos de la derivación a M. Interna**

Tratamiento	No consta	Síntoma	Síndrome	Enfermedad	Exploratorio	Estudio compl.	Petición familiar	Varios	Total
No consta	351	41	14	44	0	6	1	4	<b>461</b>
Ninguno	7	144	61	141	27	63	9	20	<b>472</b>
Patogénico	*13	82	48	423	1	23	2	27	<b>619</b>
Sintomát.	5	74	32	47	1	8	2	5	<b>174</b>
Erróneo	*2	6	2	14	2	6	0	2	<b>34</b>
Patg+sint.	0	12	5	19	0	0	0	3	<b>40</b>
Total	379	359	163	688	31	106	14	61	<b>*1780</b>

\* Un paciente con tratamiento patogénico y erróneo

**2. 5. Estudios solicitados por el nivel asistencial que deriva al paciente.** En el 58,5% de los pacientes (1.052 enfermos) remitidos a la consulta no se solicitaba (o no se mencionaban en el documento de derivación) ningún tipo de estudio complementario. En el 41,5% restante se pedía uno o más estudios por el médico que lo remitía a la consulta. De estos 745 enfermos, en 644 (86%) el estudio era adecuado con el proceso y las posibilidades de petición del nivel que lo solicitaba. En 88 casos (12%), el estudio se mostraba incompleto y en 13 casos (2%) inadecuado, por exceso o por defecto. Se encontraban diferencias apreciables entre los distintos niveles asistenciales de derivación. Los pacientes procedentes del antiguo C.E.P no aportaban estudios complementarios en el 84,2% de los casos y los de Atención Primaria en el 60,3%. Las interconsultas de otros servicios no informaban de estos estudios en un 22,8% de pacientes, las derivaciones de urgencias en el 10,5% y los ingresos del hospital en el 8,1% (***Figura 78***)

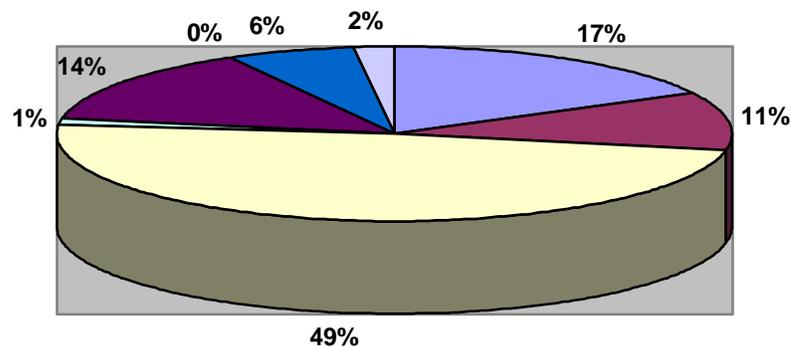
**Figura 78: Estudios complementarios solicitados. Según nivel asistencial de derivación. En porcentaje**



De los 1.052 pacientes que no se hacía constar o no se solicitaba estudio complementario alguno, en 362 (34,4%) tampoco se mencionaba ningún dato clínico y en 407 (38,7%) ningún tratamiento. En 690 pacientes (65,6%) se emitía alguna justificación clínica de derivación: en el 47% de los casos se trataba de una enfermedad (327 enfermos), en el 33% algún síntoma (230 enfermos), en el 12% un síndrome (81 enfermos), en el 3% un hallazgo exploratorio (23 enfermos), en el 2,5% varios datos clínicos (17 enfermos), y en el 1,7% por petición familiar (12 enfermos) (**Figura 79**).

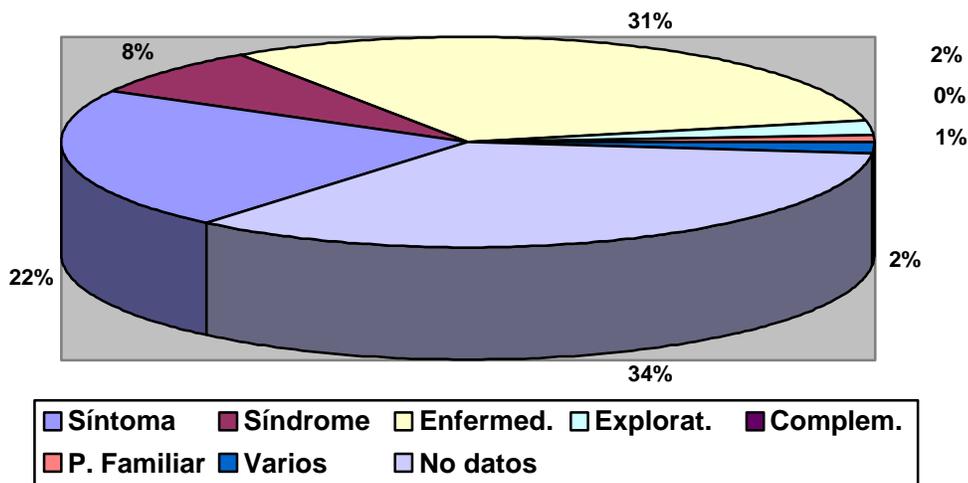
En aquellos enfermos (total 745) con estudios solicitados, en 361 ocasiones (48%) se emitía un diagnóstico de enfermedad, en 128 síntomas (17%), en 82 un síndrome (11%), en 104 un estudio complementario (14%), en 45 varios signos (6%), en 14 no se mencionaba dato clínico alguno (2%) y en 2 casos (0,2%) era a petición familiar. Únicamente, pues, el estudio complementario por sí mismo, justificaba el 14% de las derivaciones a consultas (**Figuras 78**).

**Figura 78: Pacientes con estudios complementarios.**  
**Justificación clínica de derivación**



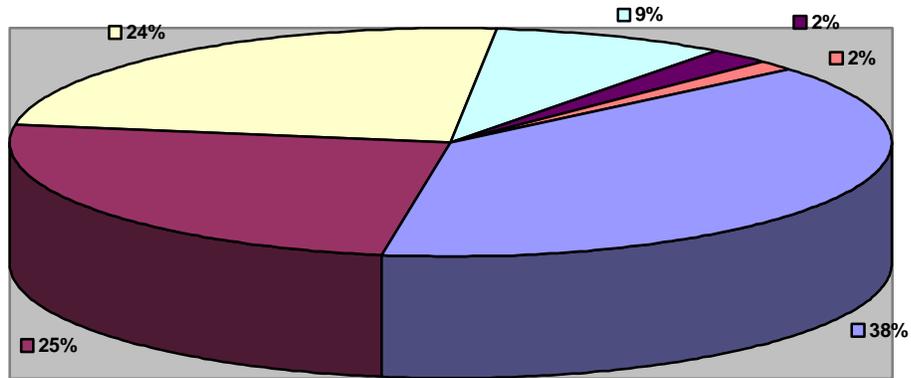
■ Síntoma ■ Síndrome ■ Enfermedad ■ Exploratorio ■ Complementario ■ P. Familiar ■ Varios ■ No datos

**Figura 79: Pacientes sin estudios complementarios.**  
**Justificación clínica de derivación**



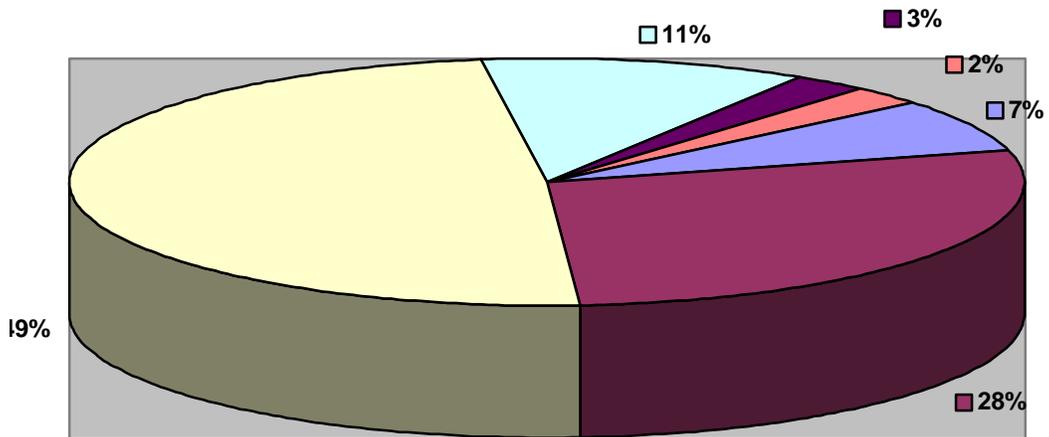
De los 1.052 pacientes sin estudios solicitados, en 407 (39%) no se hacía constar ningún tratamiento. En los restantes 645 enfermos: 264 no se indicaba tratamiento, 254 se considera etiológico o patogénico, 91 sintomático, 21 patogénico y sintomático a la vez, y 16 incorrecto. La distribución de los 745 pacientes con estudios pedidos y anotados en la hoja de derivación es la siguiente: en 52 no se hacía constar ningún tratamiento, en 175 no se le ponía tratamiento, en 365 éste era etiológico o patogénico, en 83 era sintomático, en 19 patogénico y sintomático y en 18, incorrecto. La diferencia más significativa entre los médicos que solicitan estudios complementarios con respecto a los que no lo hacen, en relación al tratamiento, es la indicación de tratamiento patogénico o etiológico (24% v/s 49%) y la constancia del mismo en la hoja de derivación (38% v/s 7%) (**Figuras 80 y 81**).

**Figura 80: Pacientes sin solicitud de estudios.  
Especificación de tratamiento**



■ No consta ■ Sin tratto. ■ Patogen ■ Sintomat. ■ Patg+sint. ■ Incorrecto

**Figura 81: Pacientes con solicitud de estudios.  
Especificación de tratamiento**



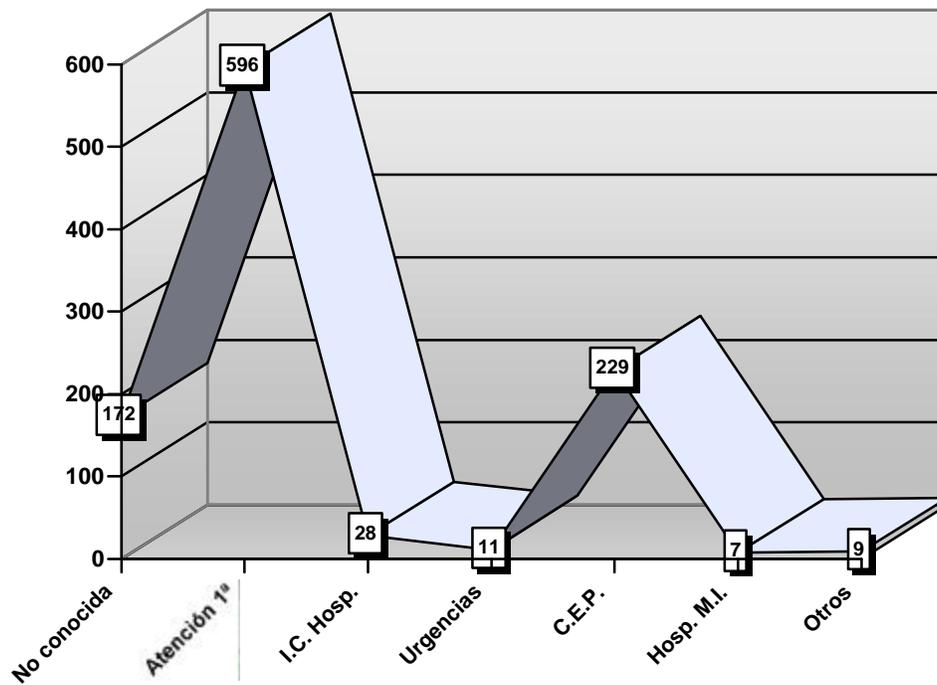
■ No consta ■ Sin tratto. ■ Patogen ■ Sintomat. ■ Patg+sint. ■ Incorrecto

**2. 6. Estudios complementarios solicitados y nivel asistencial que deriva al paciente.** De los 1.052 pacientes que no se le solicitaron estudios complementarios, 172 se desconocía quién los derivaba a la consulta (16%), 596 procedían de Atención 1ª (57%), 229 (22%) eran atendidos en el antiguo ambulatorio de especialidades, 28 eran interconsultas del hospital (3%) y 11 provenían de Urgencias (1%). En menor cuantía se encontraban la hospitalización de M. Interna (7 pacientes), otro hospital (6 pacientes) y la Inspección médica (3 pacientes).

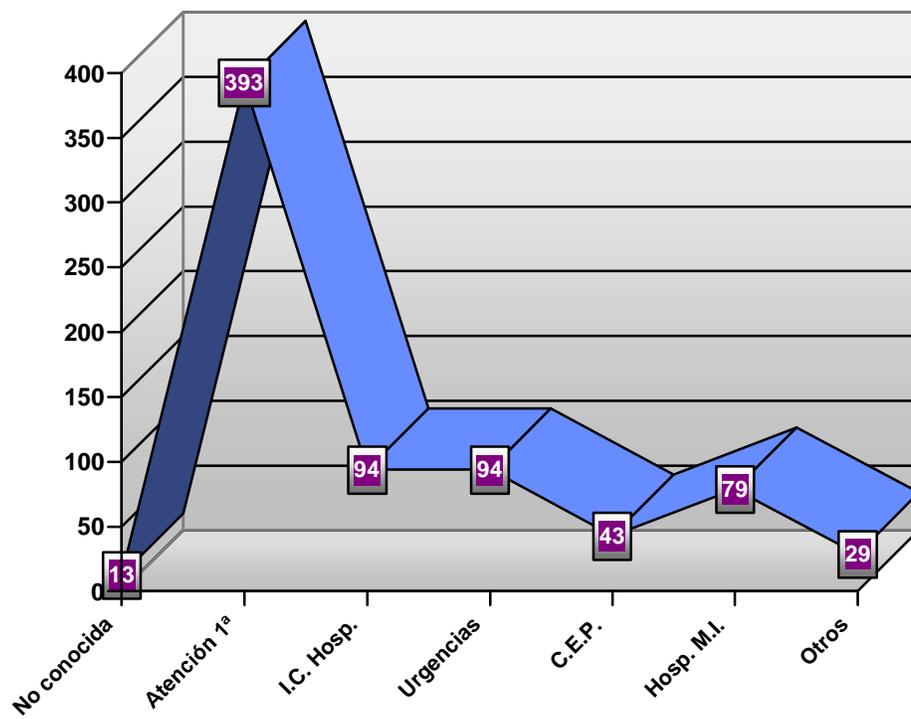
En los 745 pacientes con solicitud de estudios complementarios, 393 procedían de Atención 1ª (53%), 94 pacientes provenían de Urgencias y de Interconsulta del hospital (13%) y 79 eran derivados de la hospitalización de M. Interna (11%). El porcentaje de pacientes del antiguo ambulatorio caía al 6% (43 pacientes).

El tipo de estudio solicitado por Atención 1ª era mayoritariamente básico completo (386 pacientes), adecuado en el 81% de los pacientes, aunque en 66 ocasiones (17% del total) se puede considerar incompleto y en 5 casos (1,3%) erróneo. En el 1,1% de los pacientes remitidos desde Urgencias, el estudio se puede considerar igualmente incompleto, para dicho nivel de asistencia. Cifras similares a las de Atención 1ª poseen los enfermos de ambulatorio, con el 77% con estudio básico adecuado y el 19% incompleto (**Figuras 82 a 84**).

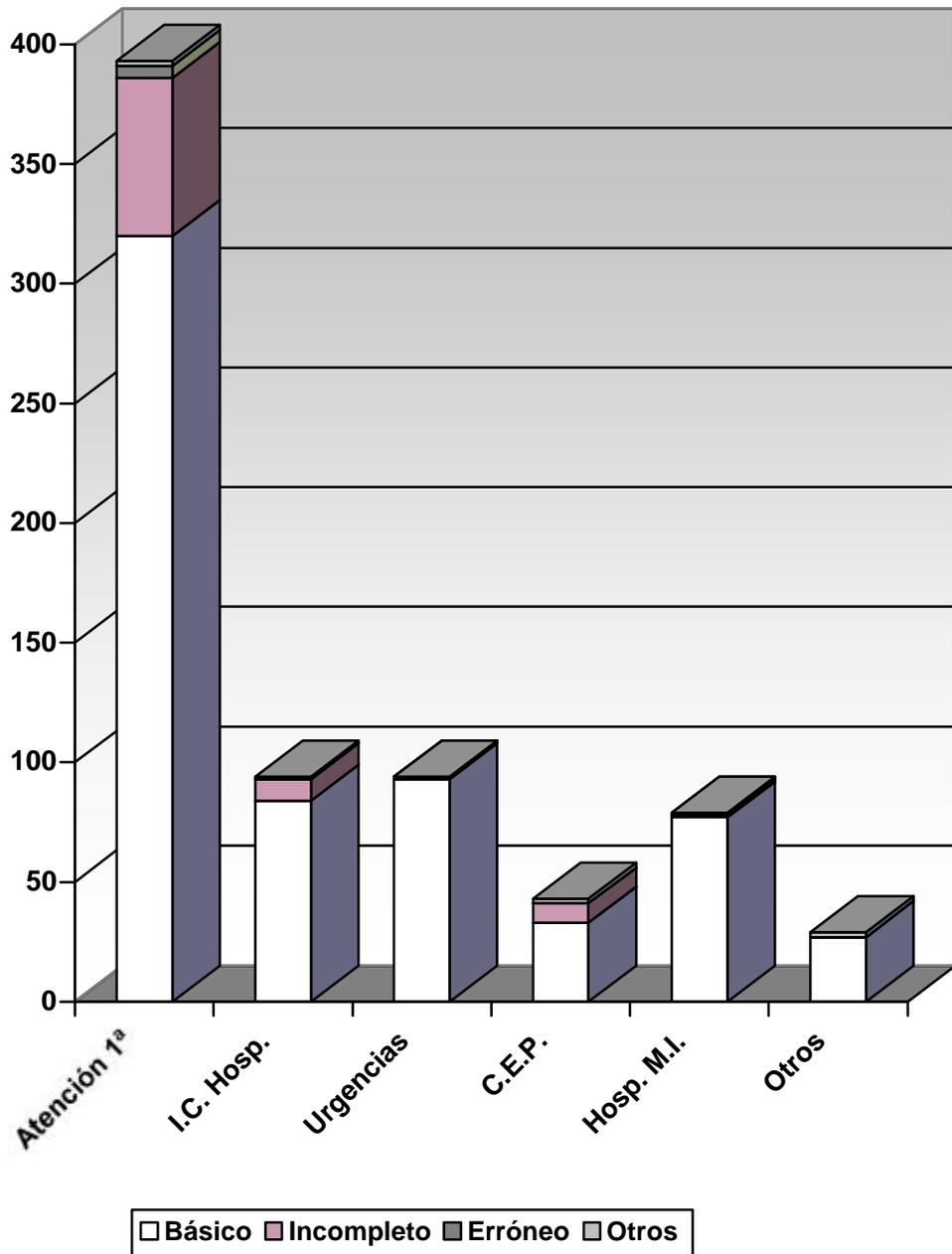
**Figura 82: Pacientes sin estudios solicitados. Según nivel asistencial de procedencia**



**Figura 83: Pacientes con estudios solicitados. Según nivel asistencial de procedencia**



**Figura 84: Tipo de estudios solicitados por nivel asistencial de procedencia**



### **3. DATOS CLÍNICOS CUMPLIMENTADOS POR EL ESPECIALISTA EN LA CONSULTA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.**

**3. 1. Análisis simple de variables.** Se han podido obtener los datos clínicos, cumplimentados en la consulta de M. Interna, en 1.797 de los 1.799 pacientes seleccionados aleatoriamente.

Los antecedentes personales se han obtenido en 1.584 historias clínicas (88% de los pacientes), mayoritariamente relacionados y no relacionados (820 enfermos), aunque los relacionados con la enfermedad que motiva la consulta también cobran su importancia (742 enfermos). En el 62,8% de las historias se recogían uno o dos antecedentes. A más edad, mayor número de antecedentes patológicos, siendo el grupo de 70 a 80 años el que más procesos reconoce, con un 96,5%.

Los hábitos se han recogido en 437 de los 1.797 historias analizadas (24%). En el 32% de los casos no se obtiene hábito alguno. En ese 68% con hábitos reconocidos (298 enfermos) se objetivan 339, con una media de 1,14 por enfermo, siendo el más frecuente el tabaquismo, en 193 ocasiones (57%). A continuación el etilismo, con 113 casos (33,3%), y en menos porcentaje el régimen dietético (8%), el deporte (1%) y otras drogas (0,5%).

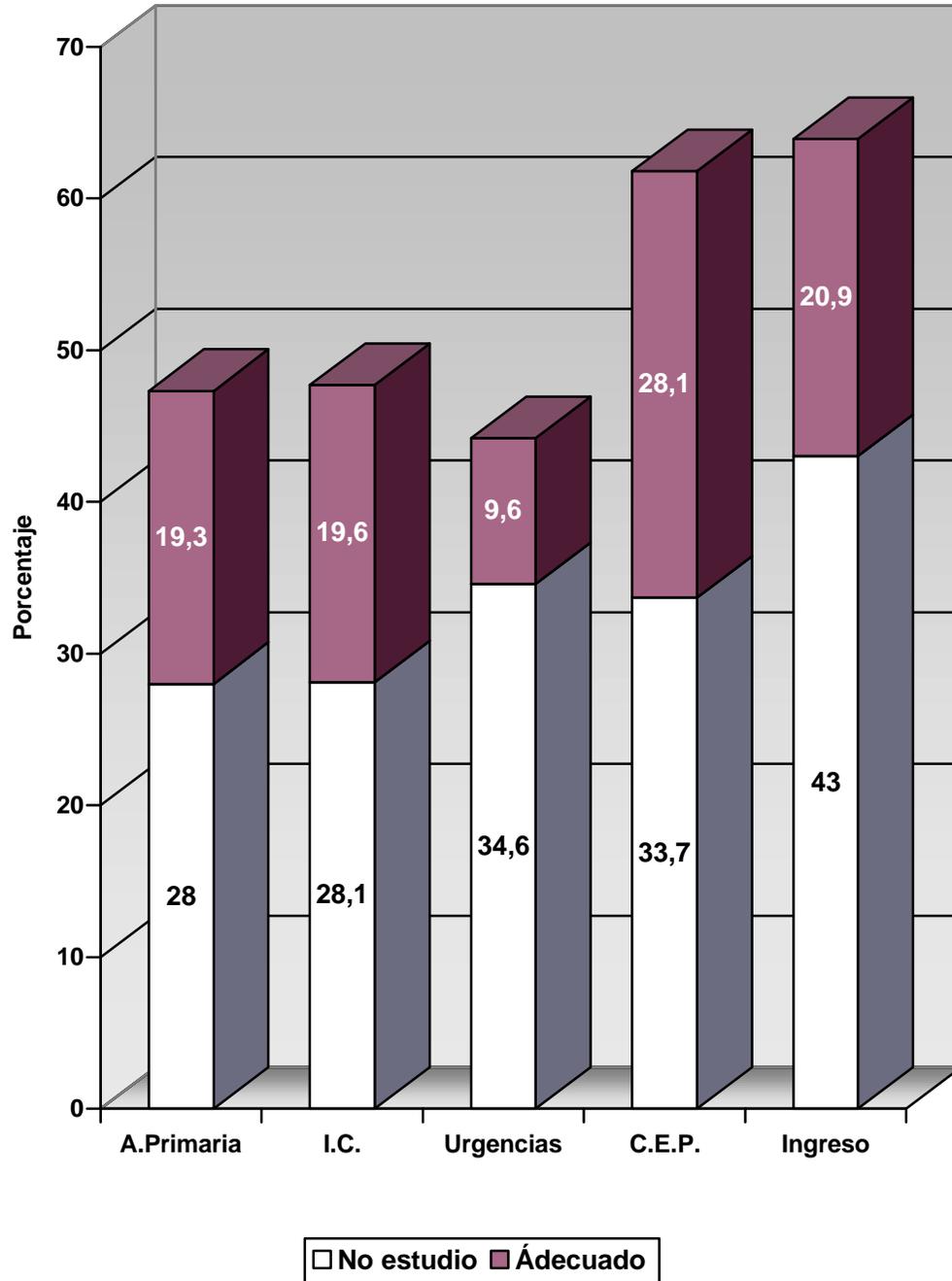
Los antecedentes familiares únicamente se recogían en el 12% de los pacientes, en el 88% de las ocasiones relacionados con el proceso que motiva la consulta.

Una valoración o juicio clínico inicial se realizó en el 70,2% de los pacientes (1.261 enfermos). En 1.111 ocasiones coincidía con el diagnóstico del informe clínico final, en 72 casos no lo hacía y en otros 78 enfermos no se llegó a un diagnóstico definitivo.

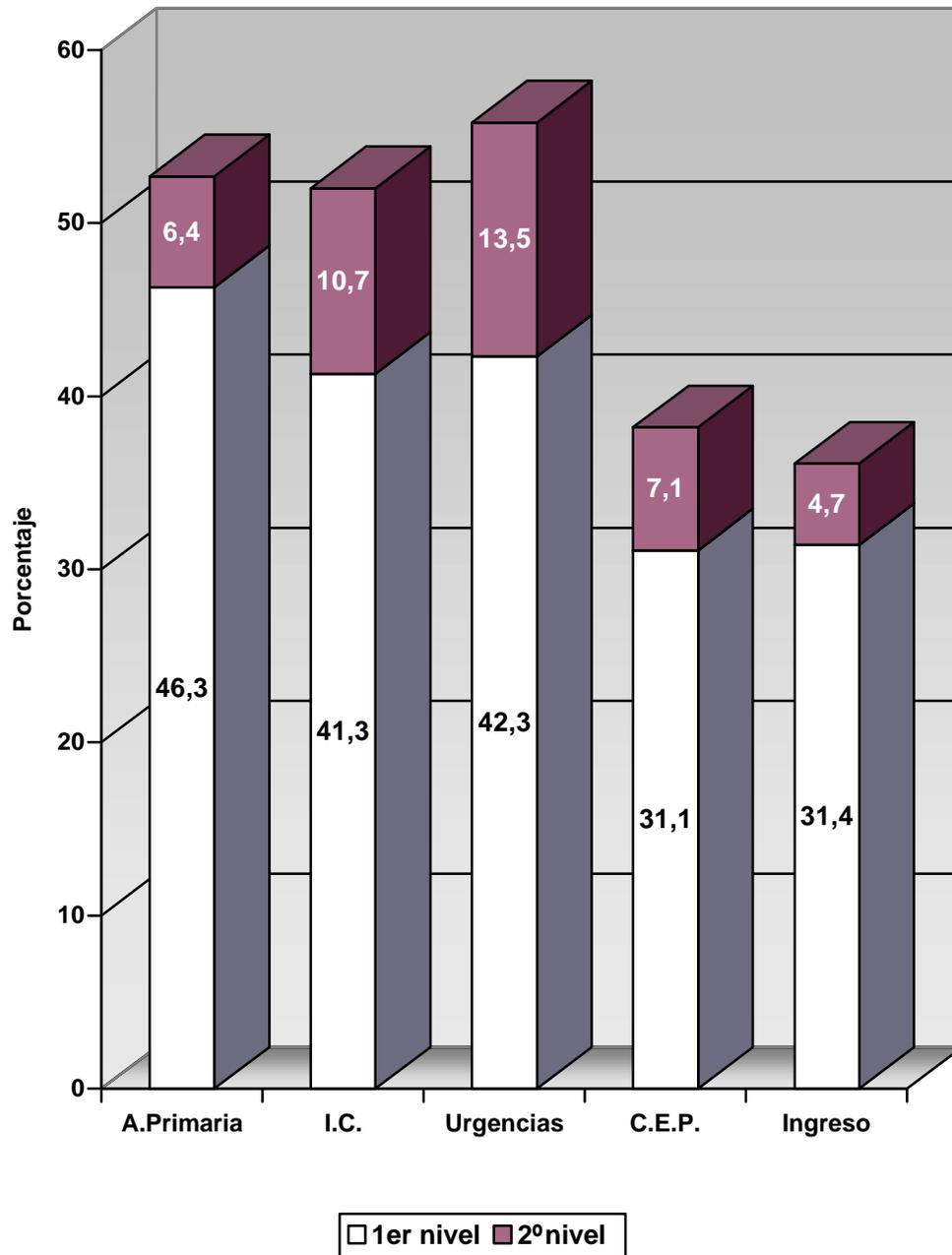
En el 99,3% de las historias analizadas (1784 enfermos de las 1.797 historias completadas) se pudo determinar si se solicitaban estudios complementarios desde la consulta. No se solicitaba ningún tipo de estudio en 382 pacientes. Estudios básicos (a disposición del nivel asistencial que deriva al paciente) se pedían en 549 pacientes, exploraciones de primer

nivel en 729 enfermos, y únicamente precisaron de estudios no disponibles en el hospital, 124 pacientes. Es decir, el 62% de los pacientes se resolvieron en la consulta con los medios técnicos del nivel asistencial que derivaba al paciente. Esta cifra desciende al 47,3% de los pacientes enviados desde Atención Primaria, y variando según el nivel de derivación (***Figuras 85 a 87***).

**Figura 85: Estudios complementarios disponibles por nivel de derivación. Porcentaje del total**

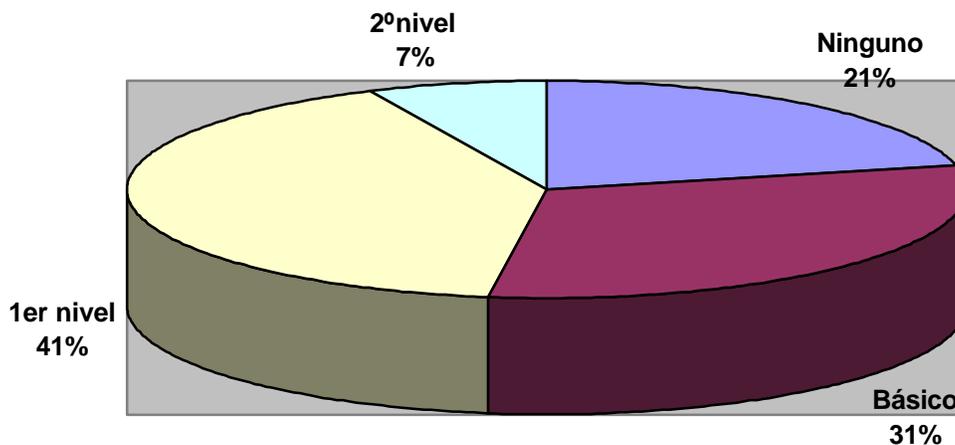


**Figura 86: Estudios complementarios no disponibles por nivel de derivación. Porcentaje del total**



**3. 2. Estudios complementarios nivel de derivación y especialista.** Se aprecian diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre el tipo de estudio solicitado desde la consulta y el cumplimentado en la hoja de derivación (haya o no haya sido pedido), para el total de las consultas. Se mantienen las diferencias significativas ( $p < 0,01$ ) al suprimir a aquéllos pacientes sin determinación de estudios por el nivel que los deriva.

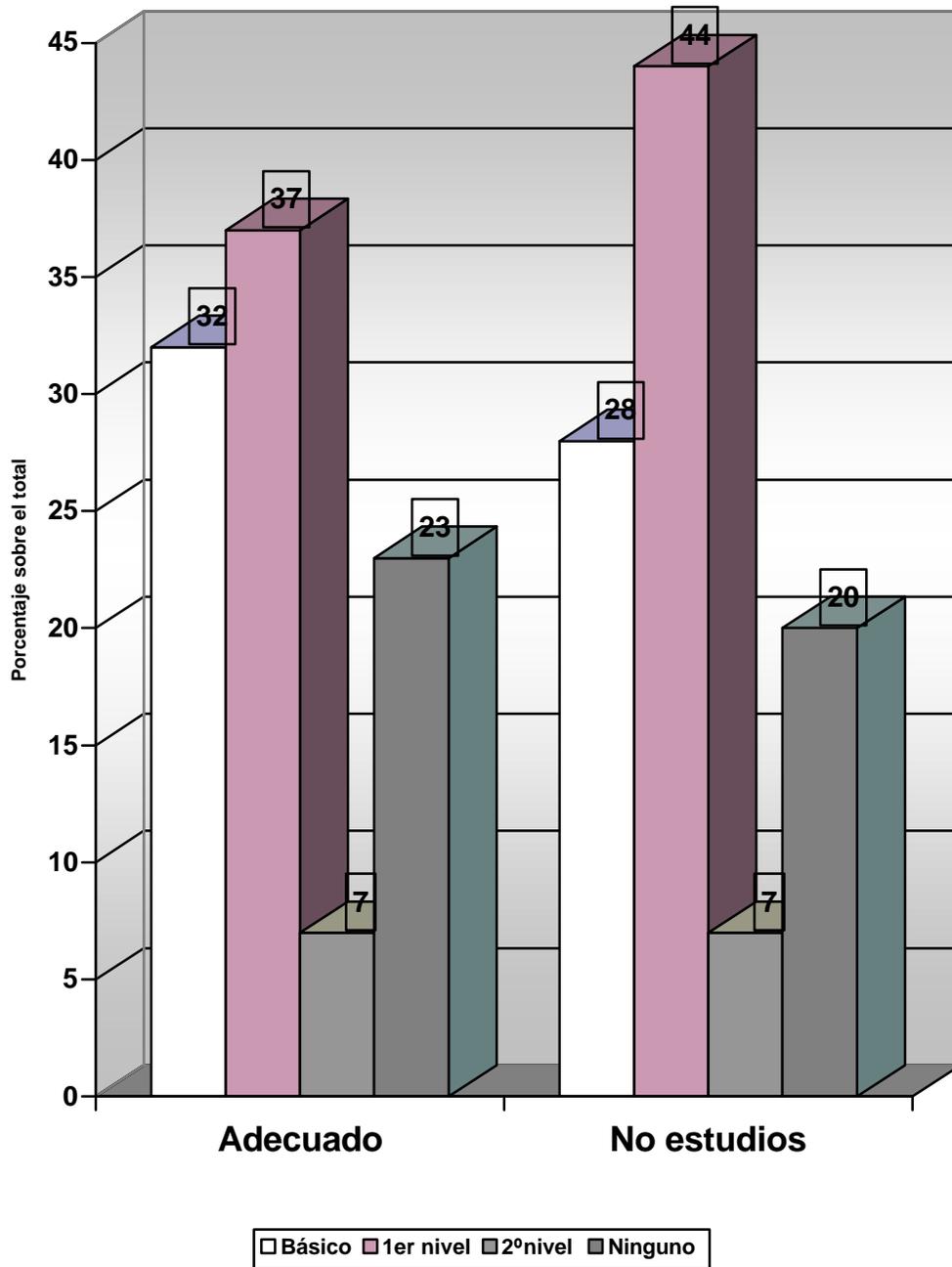
**Figura 87: Estudios complementarios solicitados desde la consulta externa**



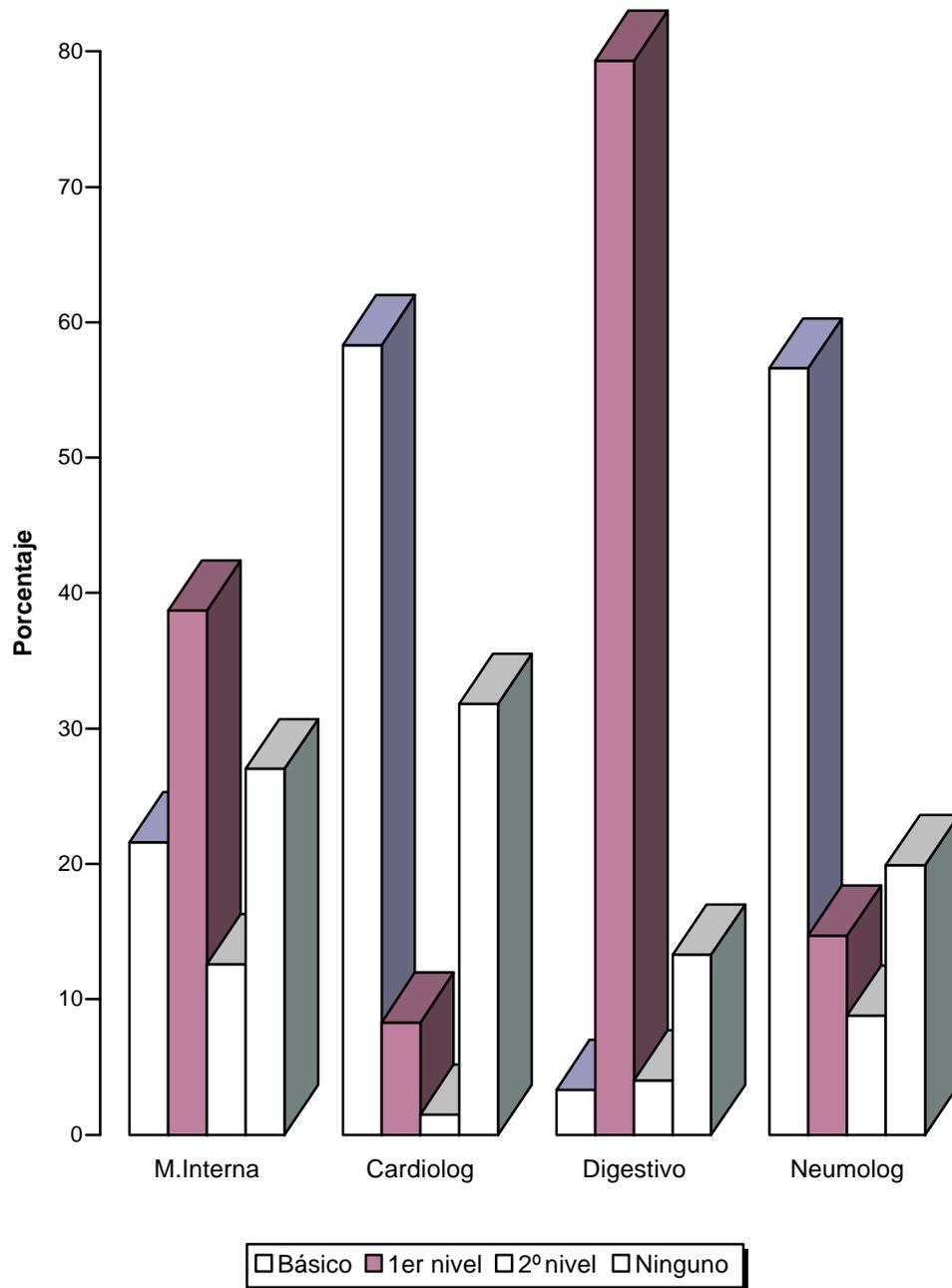
Cuando desde el nivel asistencial que derivaba al paciente, se le incluían en el documento resultados analíticos adecuados (640 pacientes), en el 32% de los casos se le solicitaban estudios básicos desde la consulta; en el 37%, de 1er nivel; en el 7,5% de 2º nivel, y en el 23% no se pedía ningún estudio. En los 1.050 enfermos que no se especificaba o no se mencionaba en la hoja de derivación la realización de estudios complementarios, los porcentajes de estudios desde la consulta eran los siguientes: estudio básico en 295 enfermos (28%); 1er nivel en 460 (43,8%); 2º nivel en 72 (6,9%), sin ningún estudio en

214 pacientes (20,4%) y no se encuentra en la historia clínica, 9 (0,85%). Estas diferencias son estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) al comparar estos dos grupos de pacientes, con estudios adecuados y sin estudios cumplimentados por el nivel de derivación, es decir que la mención de estos estudios en la hoja de derivación modifica la solicitud posterior por el especialista. Esta significación se mantiene cuando se analizan las especialidades unitariamente: M. Interna  $p < 0,001$ ; Cardiología  $p < 0,001$ ; y Neumología  $p < 0,05$ . Únicamente en la especialidad de Digestivo esta diferencia no es significativa, justificándose al solicitarse por el especialista estudios de 1<sup>er</sup> nivel (endoscopias y estudios baritados), en un porcentaje entre el 79% y 81%, respectivamente, independientemente de si se piden estudios o no, por el médico que deriva. Sin embargo, el comportamiento de las distintas consultas es diferente, una de otra, en relación a los estudios complementarios solicitados dependiendo de lo cumplimentado en la hoja de derivación. Aquellos casos sin estudios por el nivel de derivación, M. Interna no pide *ningún* otro estudio complementario en el 41,6% de los casos; Cardiología los solicita *básicos* en el 80,2%; Digestivo los requiere de *1<sup>er</sup> nivel* en el 81,3% y Neumología igualmente *básicos* en el 68,5% de los pacientes. En los pacientes con estudios adecuados por el nivel de derivación, M. Interna solicita mayormente estudios de *1<sup>er</sup> nivel* (38,7%); Cardiología, *básicos* (58,3%); Digestivo, de 1er nivel (79,3%); y Neumología, también *básicos* (56,6%) (**Figuras 88 a 90**).

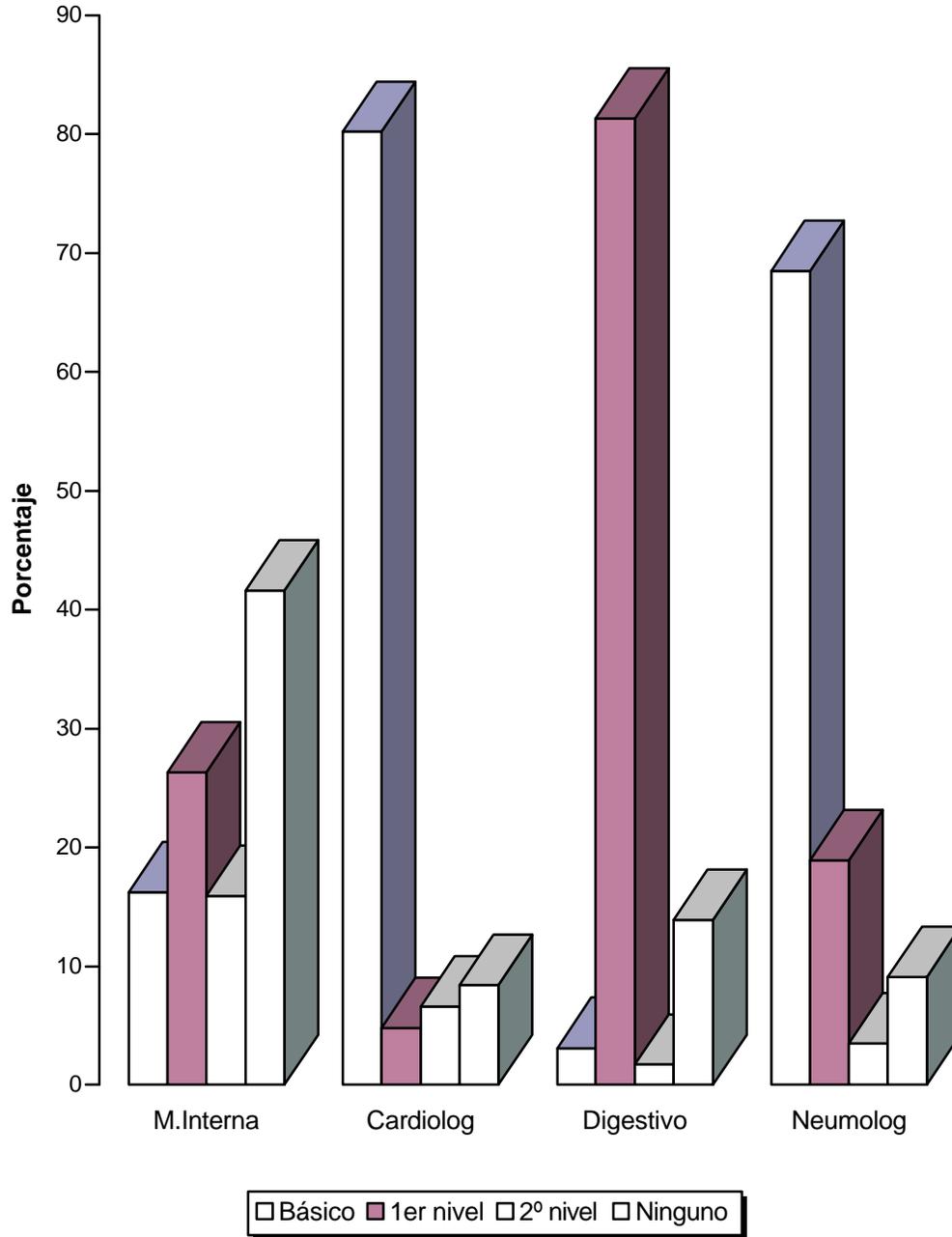
**Figura 88: Relación entre los estudios solicitados en la consulta y los reflejados en la hoja de derivación**



**Figura 89: Estudios adecuados según nivel de derivación y solicitud por especialista. Por consulta (en %)**

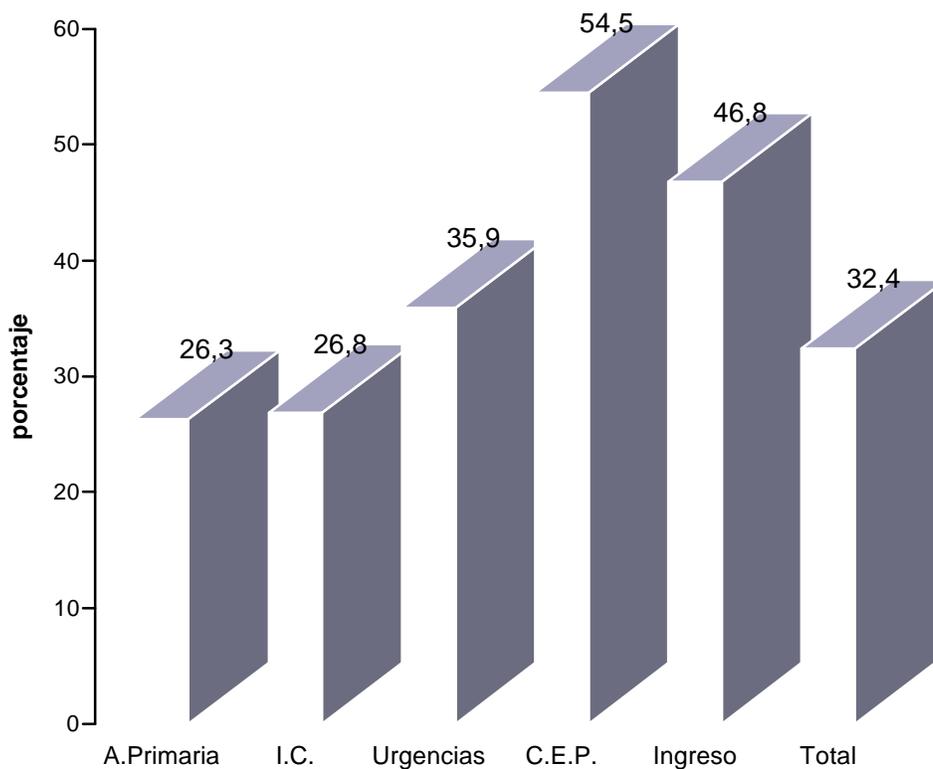


**Figura 90: Estudios no cumplimentados por nivel de derivación y solicitados por especialista. Por consulta (en %)**



En los pacientes derivados de Atención Primaria, Urgencias y C.E.P. se obtiene también significación estadística ( $p < 0,05$ ) entre aquéllos con estudios complementarios cumplimentados o no por el médico que deriva, en relación con el tipo de estudio solicitado por el especialista. Esta significación estadística no se da en los enfermos procedentes de una Interconsulta del hospital ( $p > 0,05$ ) o de enfermos ingresados en el S° de M. Interna ( $p > 0,05$ ). En cualquier caso, la repetición por el especialista de estudios básicos, y adecuados por el médico que deriva, es del 32,4% para el total de los pacientes de procedencia conocida, oscilando entre el 26,3% de Atención Primaria y el 54,5% del C.E.P. (**Figura 91**).

**Figura 91: Repetición de estudios básicos por el especialista. En porcentaje, según nivel de derivación**



## Resultados

En los casos que no se hacía mención si el paciente recibía algún tipo de tratamiento ambulatorio antes de la consulta, en el 64% de los enfermos no se indicaba terapéutica alguna en la 1ª cita. Si el tratamiento ambulatorio se consideraba patogénico o etiológico, el porcentaje sin tratamiento en la 1ª visita era del 73%. En 27 de los 33 pacientes (82%) tipificados como tratados incorrectamente tampoco se les indicaba tratamiento en la consulta. Este porcentaje es similar (81,4%) cuando en la hoja de derivación se mencionaba la ausencia de tratamiento por el nivel que remite al paciente, o si éste era sintomático (80%). Si la indicación del tratamiento ambulatorio era, a la vez, sintomático y patogénico, en la 1ª visita salían sin tratamiento el 68% de los enfermos. Es decir, la prescripción de tratamiento en la 1ª visita es independiente del tratamiento indicado por el nivel de derivación.

**3. 3. Revisiones hasta informe final.** En 1.795 pacientes atendidos en la consulta se pudo conocer el número de revisiones necesario hasta emitir un informe clínico con un diagnóstico definitivo. En 1.450 ocasiones (81%) fue precisa una única consulta después de la 1ª visita. Dos visitas fueron necesarias en 161 pacientes (9%), y en 123 casos se les pudo dar el diagnóstico en la 1ª visita (7%). Tres o más revisiones fueron precisas en 61 enfermos (3%). La media de visitas por enfermo hasta su diagnóstico ha sido de 1,109 con una D.E. de 0,639 y una varianza de 0,408. En las 4 especialidades la mayoría de los enfermos precisaban de una sola revisión hasta el informe clínico-diagnóstico: M. Interna, 82%; Cardiología, 89%; Digestivo, 69%; y Neumología, 92%. En Digestivo necesitaban 2 revisiones el 15% de los pacientes. De esta forma, esta especialidad era la que la media de revisiones era superior, con 1,184, por encima de la media del resto de especialidades. Cardiología precisaba de 1.027 revisiones, Neumología de 1,083 y M. Interna de 1,094. También es de destacar que en la consulta de M. Interna, el 7% de los pacientes se daban de alta directamente, siendo superada por la de Digestivo, con el 11%.

**3. 4. Cumplimentación de la historia clínica por especialidad.** Se obtienen diferencias significativas en la mención de los antecedentes personales entre las 4 especialidades, con porcentajes de no cumplimentación entre el 4% para Neumología y el 17% de Cardiología. En cifras intermedias se encuentra M. Interna (11%) y Digestivo

(13%). La proporción de pacientes sin antecedentes también es muy variable entre las distintas especialidades: 16% para M. Interna, 8% en Cardiología, 22% en Digestivo y 14% en Neumología, en relación con la edad media de los pacientes. La mayoría de los pacientes refieren 1 ó 2 antecedentes personales patológicos, sin diferencias en las 4 especialidades.

La anotación de los hábitos del paciente en la historia clínica es diferente de forma significativa entre las distintas especialidades. En Neumología se hace constar en la historia clínica en el 52% de las ocasiones; en Digestivo en el 23%; en M. Interna en el 17% y en Cardiología en el 14%. En aquellos pacientes con hábitos recogidos, no se objetivan diferencias entre las diversas especialidades, con relación a los positivos. En M. Interna se detectan en el 67% de los anotados; en Cardiología en el 72%, en Digestivo en el 72% y en Neumología en el 68%. En M. Interna, el hábito recogido, más extendido es el alcohol (34 casos), seguido del tabaco (24 casos) y la dieta inadecuada (20 casos). En Cardiología el hábito más incluido es el tabaco (22 casos), seguido de la dieta (6 casos) y el alcohol (5 casos). La consulta de Digestivo comparte por igual el alcohol y el tabaco, con 55 y 54 casos respectivamente. En Neumología, el hábito más arraigado es el tabaco (93 casos), seguido del alcohol (19 casos).

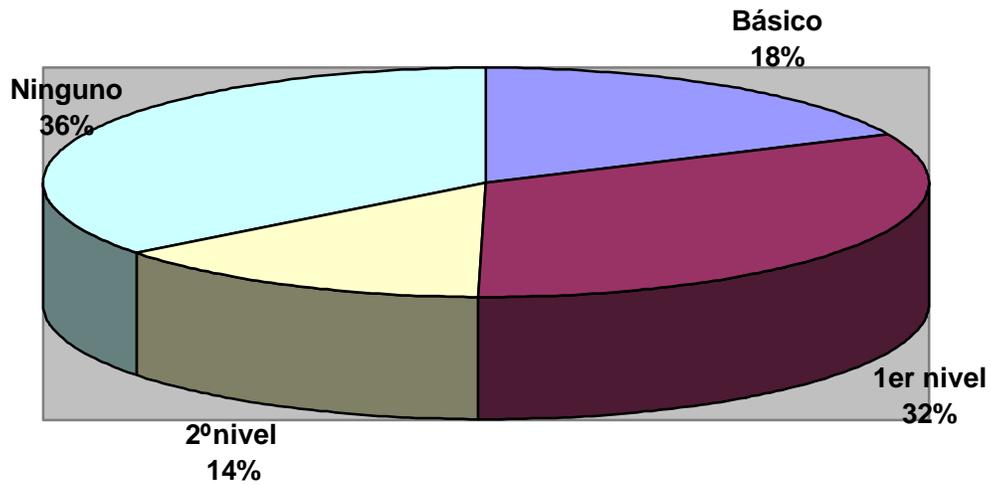
La consulta que más recoge los antecedentes familiares es la de M. Interna, con el 23% y la de Neumología, con el 15%. En la de Digestivo y Cardiología se puede considerar anecdótico (0,3% y 6%, respectivamente).

Una valoración o juicio clínico inicial se realiza en el 80% de las historias clínicas de la consulta de M. Interna, en el 67% de las de Cardiología, en el 84% de Digestivo y en el 28% de Neumología. En 395 ocasiones de las 454 (87%) que se emitió un juicio clínico inicial en la consulta de M. Interna era concordante con el diagnóstico final. El resultado en Cardiología era de 214 en 226 (95%). En Digestivo se mantenía en el 86% (428 de 498), y en Neumología, en el 89% (74 de 83). No se aprecian diferencias significativas entre las distintas consultas.

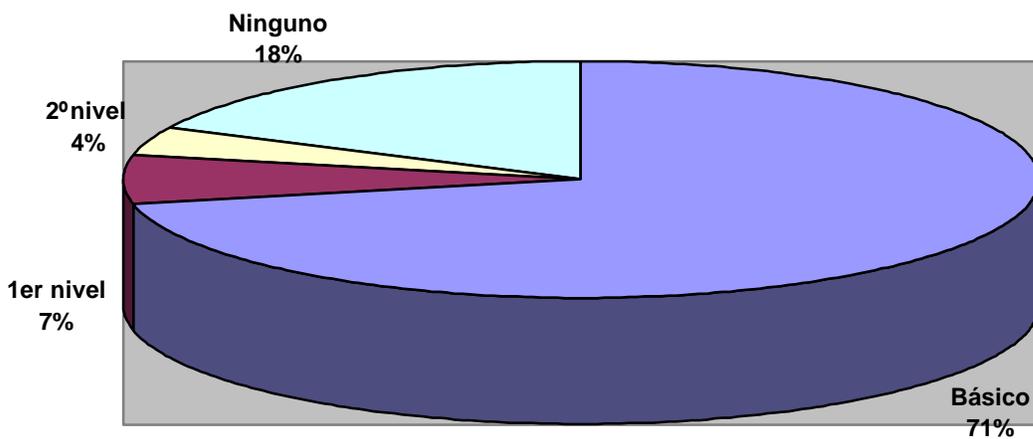
### Resultados

Estudios complementarios no se anotaron entre el 0,3% (Neumología) y el 1,5% (Cardiología) de todas las historias clínicas de las distintas especialidades. En la consulta de M. Interna no se pidió ningún estudio al 36% de los pacientes. En Digestivo y Neumología el porcentaje era similar, 13%; y en Cardiología llegaba al 17,5%. Se han objetivado diferencias significativas en los estudios complementarios pedidos por las distintas consultas: estudios básicos se solicitaron en el 18% en M. Interna, 70,6% en Cardiología, 3,2% en Digestivo y 63,3% en Neumología. La especialidad que más estudios de 1<sup>er</sup> nivel requirió fue Digestivo con el 80%. Con porcentajes ya inferiores se encontraban M. Interna, con el 32%, Neumología con el 17% y Cardiología con el 6,5%. Estudios de 2<sup>o</sup> nivel se pidieron más frecuentemente por M. Interna (14%). El resto de especialidades oscilaban entre el 2,4% (Digestivo) y el 5,7% (Neumología), quedando Cardiología en el 3,9%. También se encuentran diferencias significativas entre las especialidades, analizando aquellos pacientes que no precisaban estudios o que estaban al alcance del nivel que los derivaba: M. Interna, 53,3%; Cardiología, 88,1%; Digestivo, 17% y Neumología, 77% (Figuras 92 a 97).

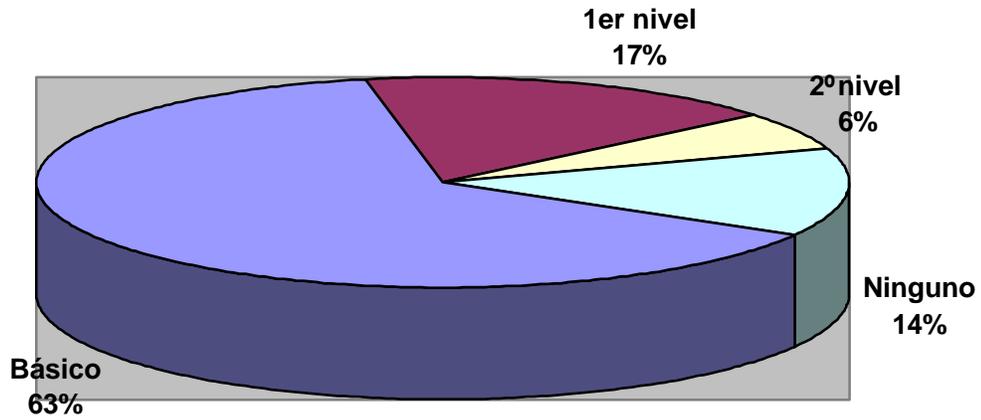
**Figura 92: Estudios complementarios solicitados en la consulta: M. Interna**



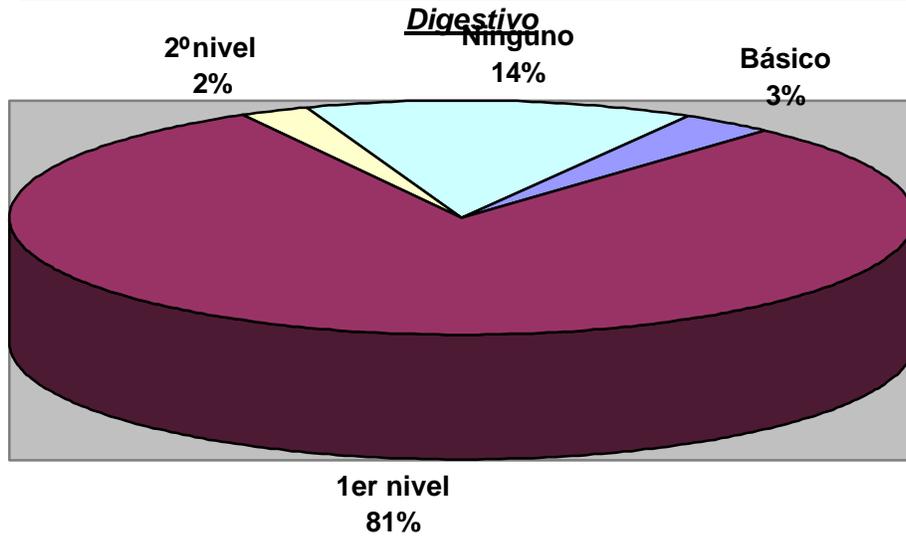
**Figura 93: Estudios complementarios solicitados en la consulta: Cardiología**



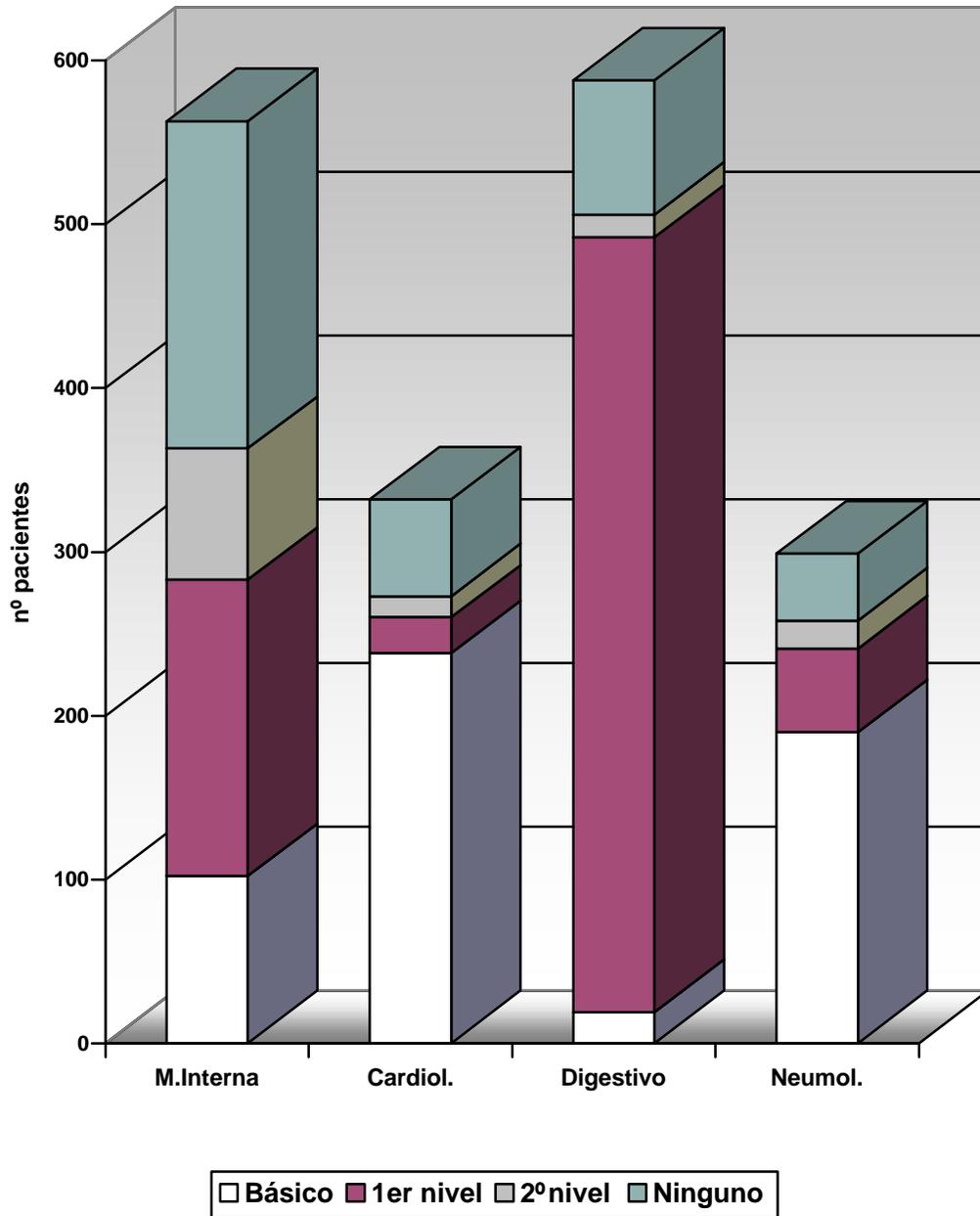
**Figura 94: Estudios complementarios solicitados en la consulta: Neumología**



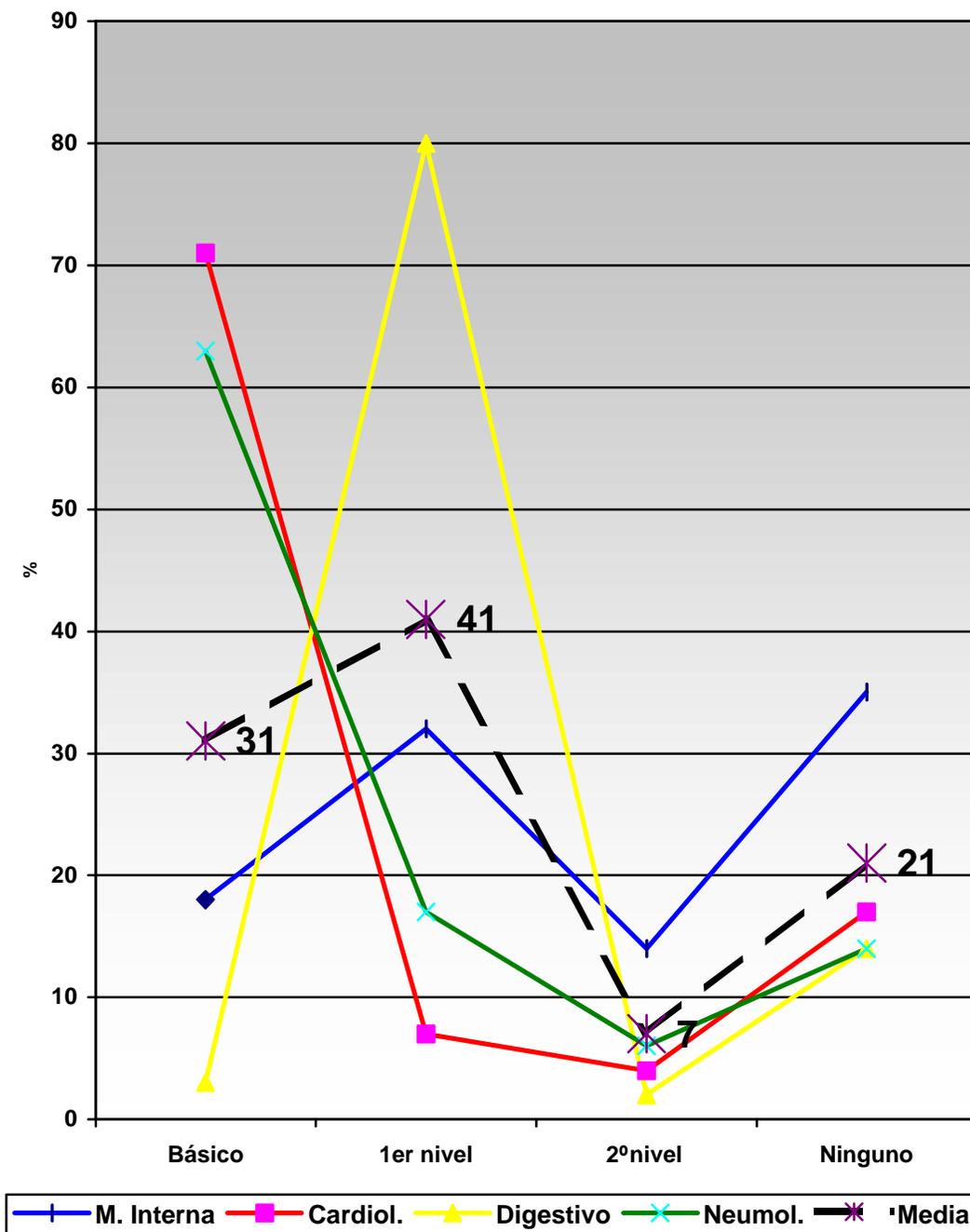
**Figura 95: Estudios complementarios solicitados en la consulta:**



**Figura 96: Estudios complementarios solicitados. Por consultas**



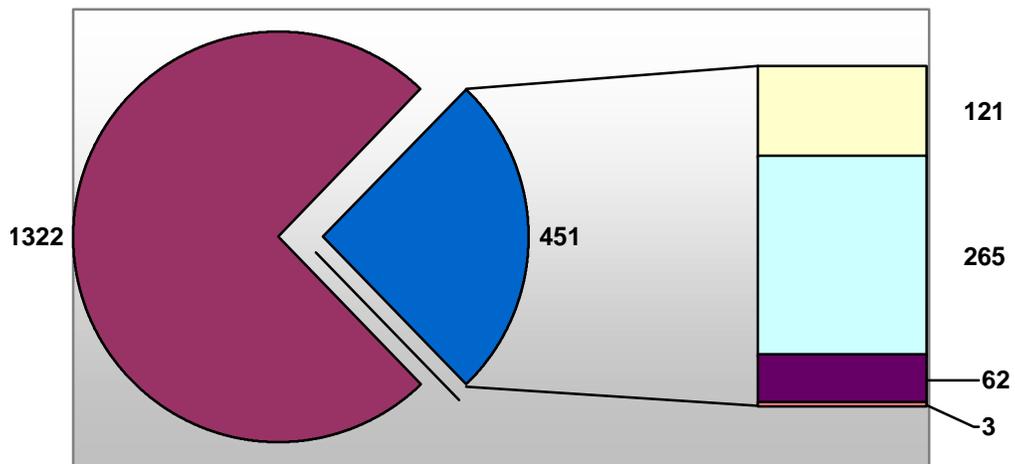
**Figura 97: Estudios complementarios solicitados en consultas. Por especialidad (Porcentaje)**



Se obtienen diferencias estadísticamente significativas en la solicitud de pruebas complementarias en las consultas de M. Interna ( $p < 0,01$ ) y Cardiología ( $p < 0,001$ ) en relación con la notificación de pruebas en la hoja de derivación, y una vez retiradas las historias sin conocimiento de solicitud de estudios por el especialista. En las consultas de Digestivo y Neumología no se detectan estas diferencias ( $p > 0,05$ ). Es decir, que en estas dos últimas consultas, la solicitud de pruebas por el especialista es independiente de los estudios referidos por el médico que deriva al paciente.

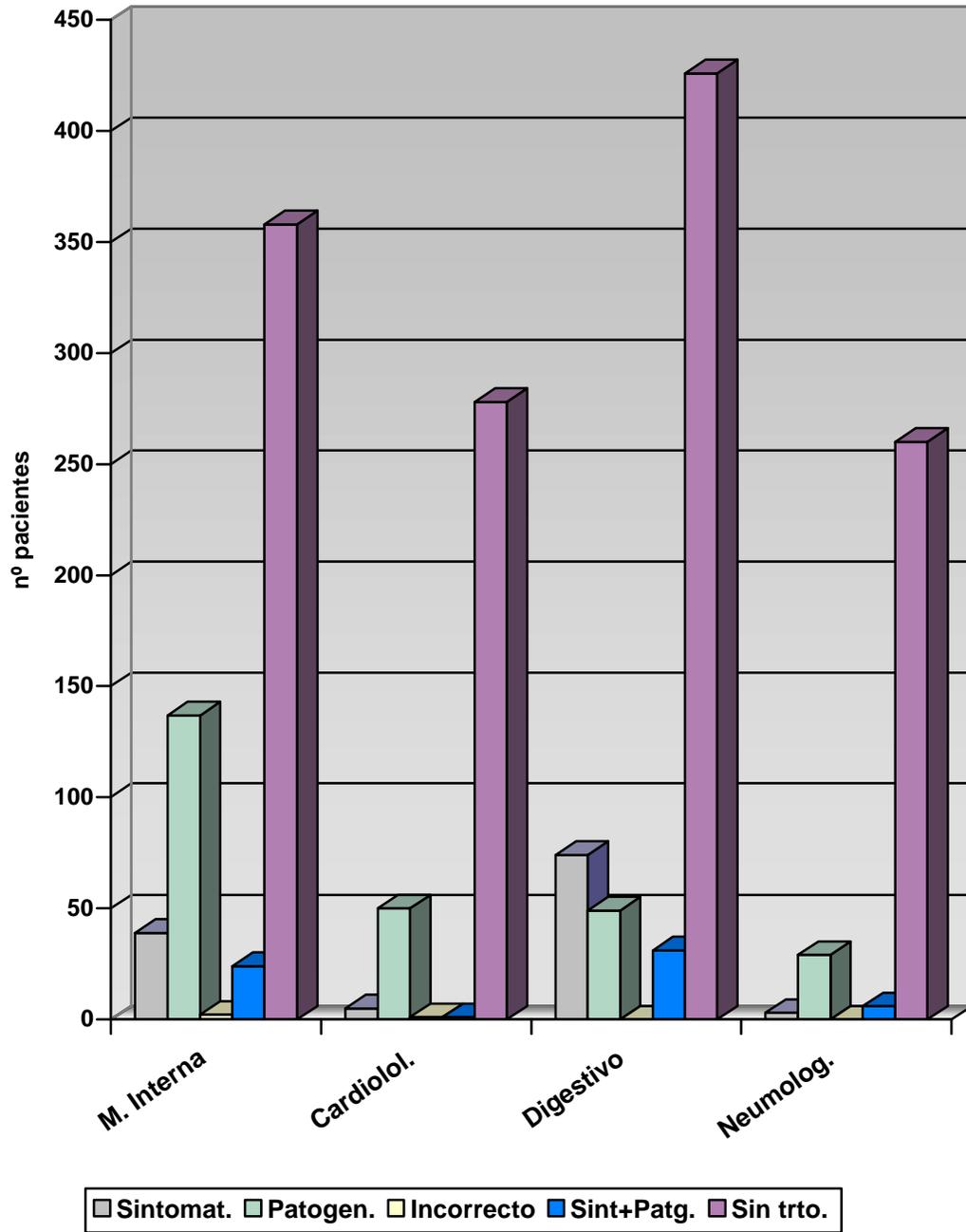
En 1.773 pacientes, de las 1.797 historias de consulta analizadas, se pudo obtener el tratamiento indicado por el especialista en la 1ª visita. La mayoría de los pacientes no recibían tratamiento en la 1ª visita (75%, 1.322 pacientes). En 121 casos se trataba sintomáticamente, en 265 ocasiones se indicaba un tratamiento patogénico o etiológico, en 62 enfermos ambos tipos de tratamiento, y en sólo 3 se puede considerar incorrecto de alguna manera. Por consultas de especialidades, M. Interna indicaba tratamiento sintomático en 39 ocasiones, patogénico en 137, ambos tipos en 24, incorrecto en 2 y ningún tratamiento en 358. Es decir, en el 36% de los casos se indicaba tratamiento y en el 64% no se hacía. Cardiología prescribió tratamiento en 57 enfermos (17%) y no se indicó en 278 (83%). Cuando se indicaba, en 50 casos se considera de tipo patogénico. La consulta de Digestivo utiliza mayormente tratamiento sintomático (74 enfermos), indicándolo globalmente en 154 (26,5%) de los 580 pacientes con evidencia de tratamiento en la historia clínica. Neumología indica tratamiento mayormente patogénico (29 de 38 tratados), suponiendo únicamente el 12,75% de los enfermos en los que se hace constar tratamiento (Figuras 98 y 99).

**Figura 98: Indicación de tratamiento en la 1ª visita.**  
**Total de consultas**



■ Con trto. ■ Sin trto. ■ Sintomát. ■ Patogen. ■ Sint.+Pag. ■ Incorrecto

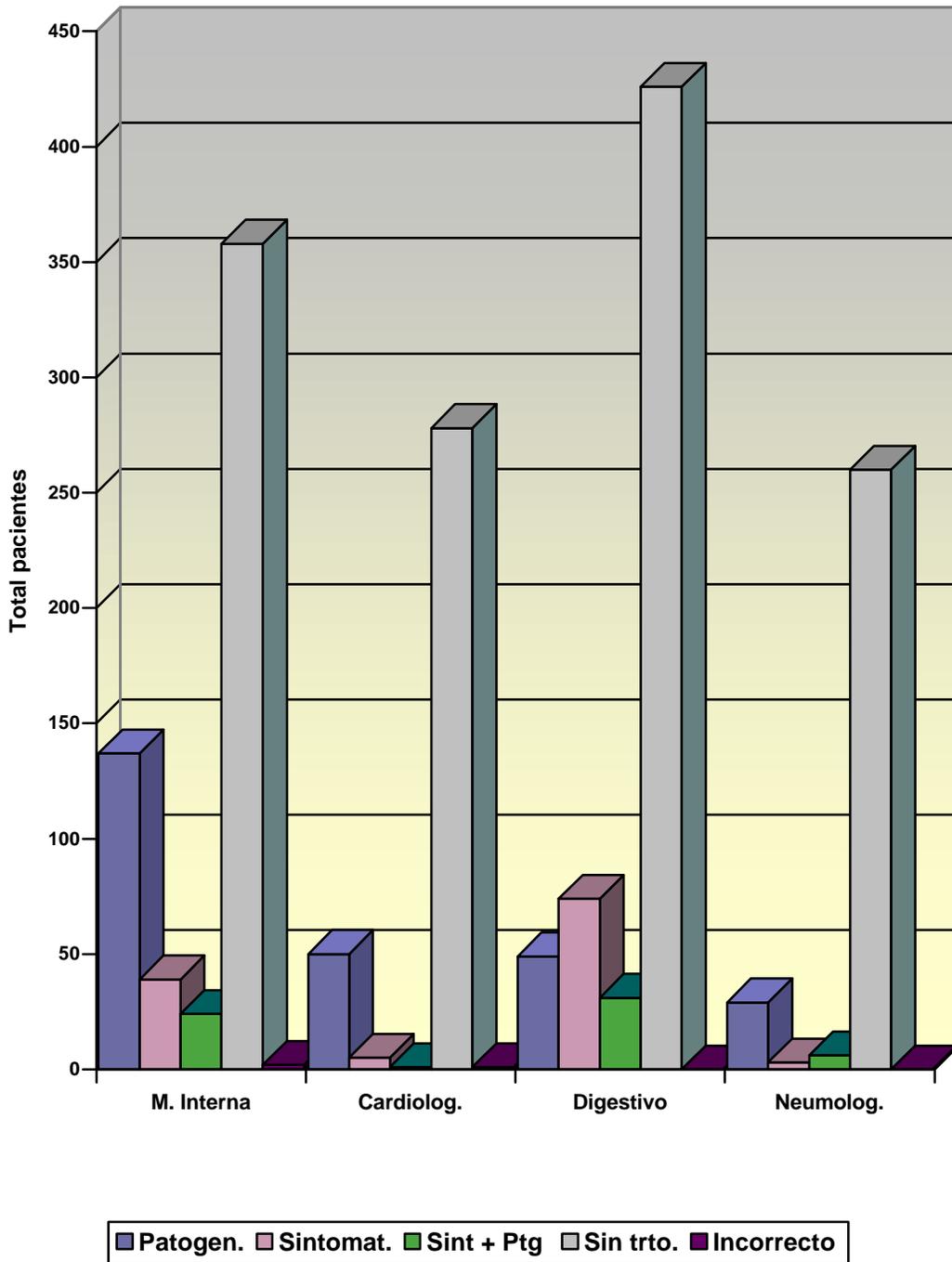
**Figura 99: Tipo de tratamiento indicado en la 1ª visita. por consulta**



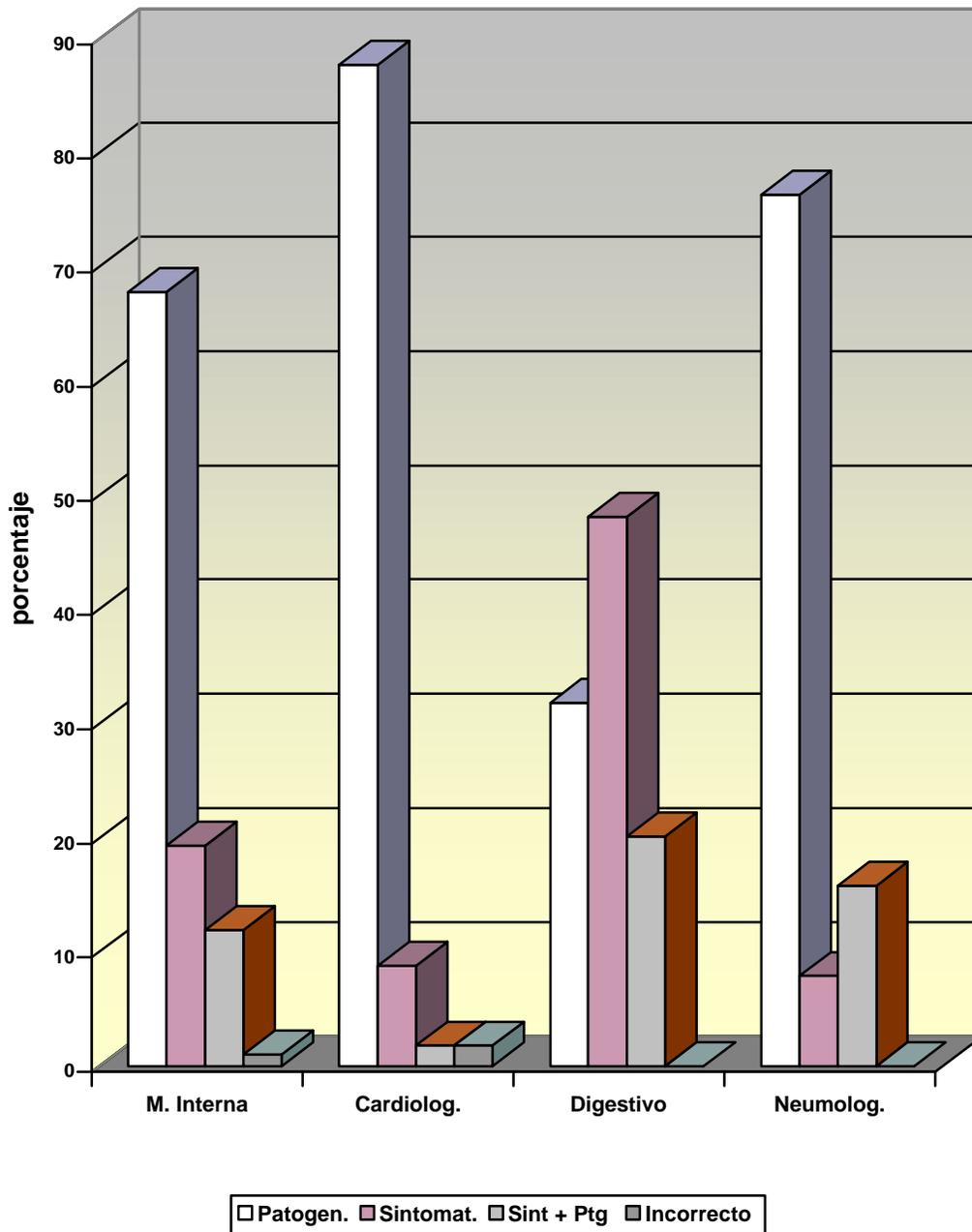
### Resultados

Con respecto al tipo de tratamiento, se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre las consultas ( $p < 0,001$ ): no se pone ningún tratamiento en el 87% de los enfermos de Neumología, en el 72% de los de Digestivo, en el 83% de Cardiología y en el 63% de M. Interna. Si analizamos los tratamientos indicados, las consultas que más tratamiento etiológico o patogénico indican son la de M. Interna, con el 67,8% de los tratados, y la de Cardiología con el 87,7%. Digestivo es la especialidad que más tratamiento sintomático pone, con el 48,1%. En Cardiología y Neumología este tipo de tratamiento es anecdótico, el 8,8% y 7,9% respectivamente (Figuras 100 y 101).

**Figura 100: Indicación de tratamiento en la 1ª visita. Por especialidades**



**Figura 101: Tratamiento indicado en la 1ª visita. Por especialidades (porcentaje)**



En los 451 pacientes tratados en la 1ª visita se indicaron un total de 729 medicamentos, lo que equivale a una media de 1,61 fármacos por enfermo tratado. Los más utilizados fueron los de aparato digestivo: antiulcerosos 74, alcalinos 71 y procinéticos 34. Por encima de 30 indicaciones se encuentran las hormonas (tiroidea e insulina) 31, IECA (Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina) 34, vasodilatadores cerebrales 34, y diuréticos 35. Del aparato cardiovascular se indicaron 220 fármacos y del aparato digestivo, 210. Es apreciable la indicación de psicodépticos (benzodiazepinas y otros ansiolíticos) en 39 ocasiones y antidepresivos en 8.

Por consultas se aprecian notables diferencias. En M. Interna se indicaron 366 medicamentos en los 202 pacientes (media: 1,81/paciente). Los fármacos del sistema cardiovascular son los más utilizados (132 ocasiones). Los antidiabéticos orales (ADO) (23), hormonas (insulina y hormona tiroidea, 29), analgésicos y AINE (Antiinflamatorios no esteroideos) (41) y benzodiazepinas (BZP) (27) son los más utilizados individualmente. En Cardiología se indicaron 1,98 fármaco por enfermo tratado (113/57). Por grupos terapéuticos fueron los del aparato cardiovascular los más utilizados (72; 64%): digitálicos 12, IECA 13, nitritos 17, antihipertensivos 17, hipoplipemiantes 4, beta bloqueantes 9, diuréticos 10, antiagregantes 5 y vasodilatadores sistémicos 2. La consulta de Digestivo utilizó 202 medicamentos en los 154 pacientes tratados (media: 1,31/paciente). Por grupos, los alcalinos (66), antiulcerosos (63), laxantes (19) y procinéticos (32), componen el 89% de los tratamientos indicados en la 1ª visita. Un total de 71 medicamentos se indicaron en 38 pacientes de la consulta de Neumología (media 1,87/paciente), siendo los inhaladores (17), antibióticos (15), teofilinas orales (11) y mucolíticos (9) los más utilizados.

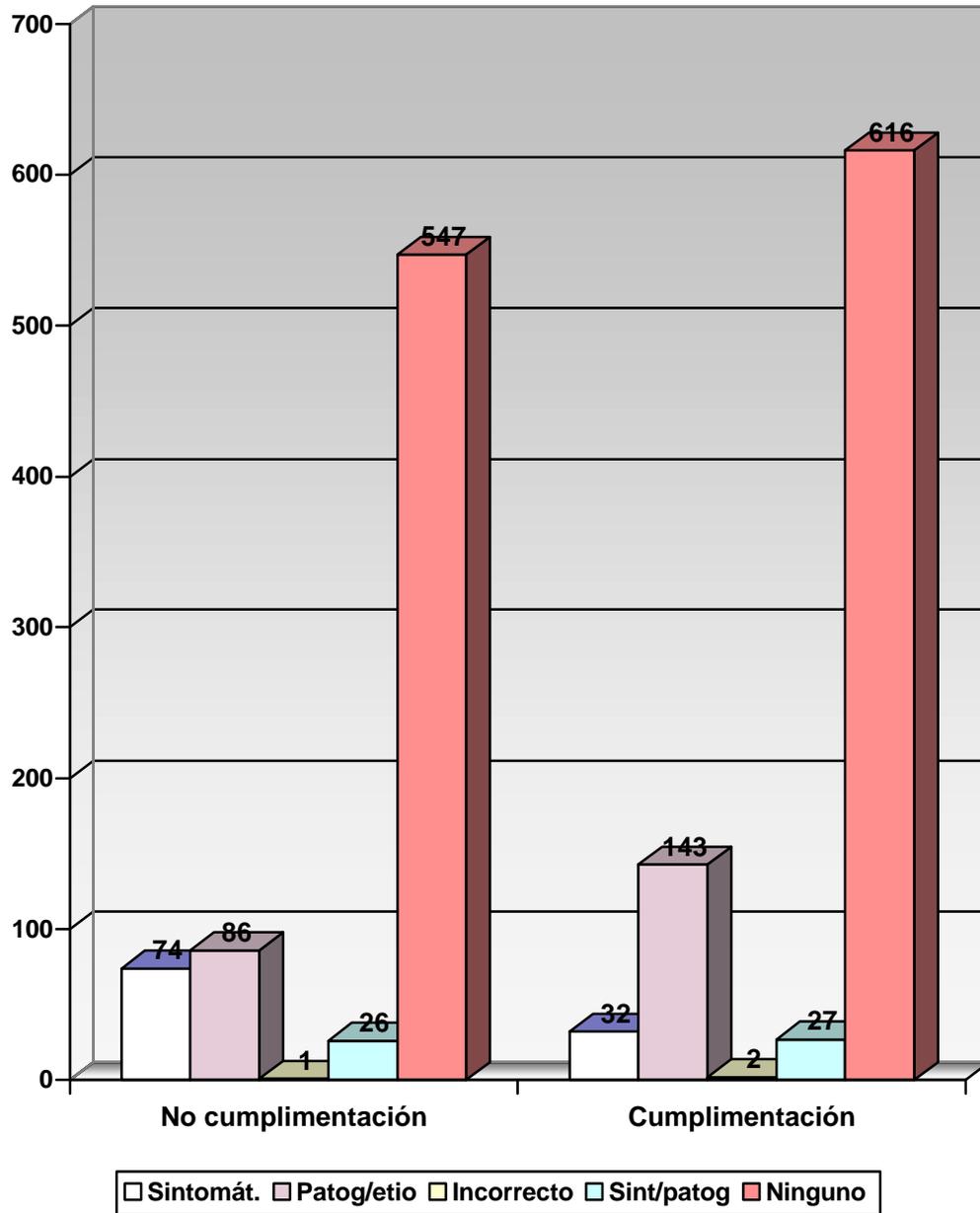
Si analizamos el tratamiento indicado en la 1ª visita (cuando se hace constar en la historia clínica) en relación con la cumplimentación del tratamiento en el documento de derivación no se observan diferencias entre ambas variables, es decir, la prescripción de tratamiento por el especialista en la 1ª visita es independiente del tratamiento indicado por el nivel de derivación, aunque sí es significativo ( $p < 0,05$ ) el tipo de tratamiento indicado (**Tabla 24** y **Figura 102**).

Resultados

**Tabla 24:** Cumplimentación del tratamiento en el documento de derivación y tratamiento indicado en la 1ª visita.

<b>Trto. 1ª visita</b>	<b>No cumplimentación documento</b>	<b>Sí cumplimentación documento</b>
<b>Ninguno</b>	547 (74,5%)	616 (75,1%)
<b>Con trto.</b>	187 (25,5%)	204 (24,9%)
<b>Total</b>	734 (100%)	820 (100%)

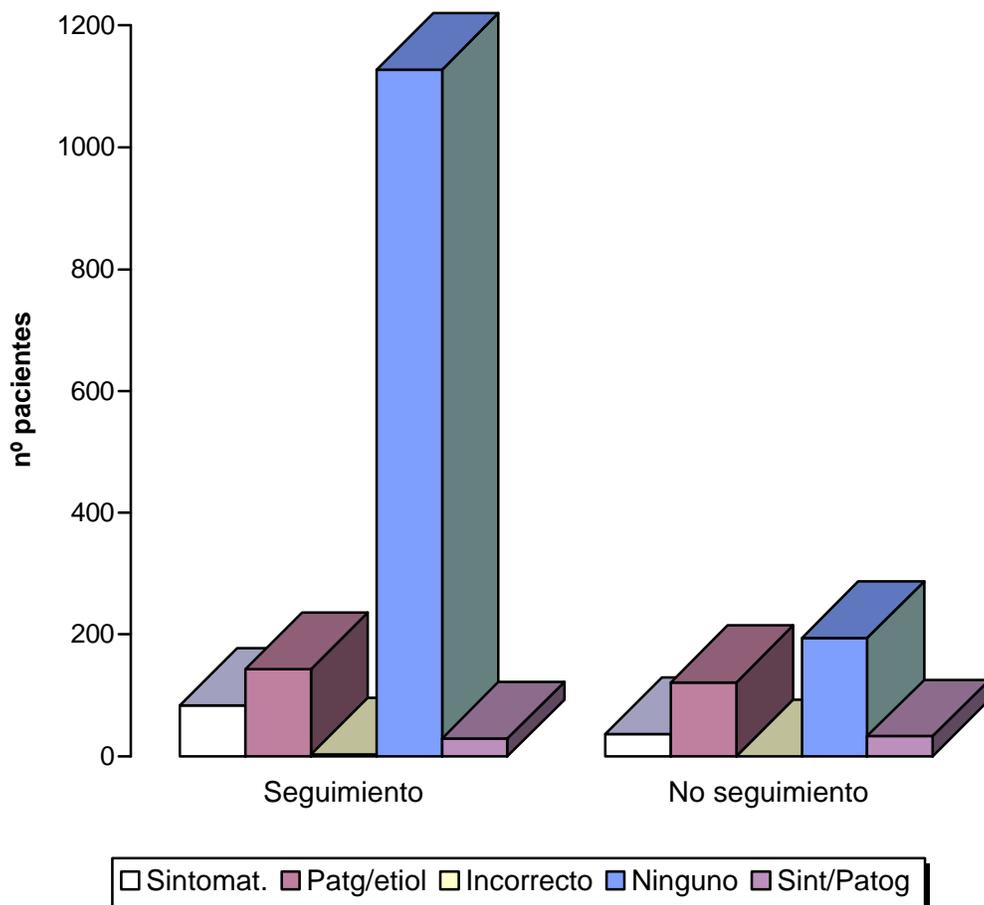
**Figura 102: Cumplimentación del documento:  
tratamiento según nivel de derivación y tipo de  
tratamiento en la 1ª visita**



**Resultados**

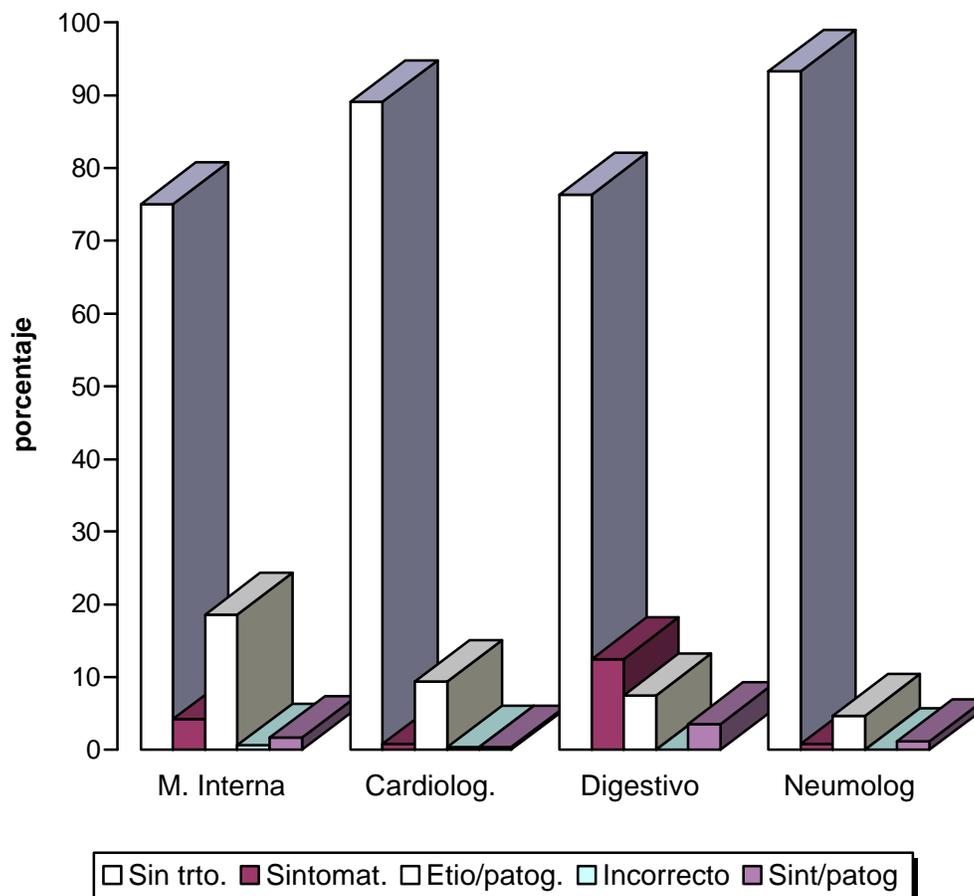
En los 395 pacientes que no necesitaron seguimiento en la consulta, se hizo constar si precisaban tratamiento en la 1ª y única visita en 387 de ellos, y en los 1.402 enfermos citados que continuaron seguimiento se hizo constar este tratamiento en 1.386 de ellos. No se indicó ningún tipo de tratamiento en el 50,4% (195 de 387) y el 81,3%, respectivamente. En el caso que se indicara algún tipo de tratamiento, éste era diferente estadísticamente ( $p < 0,05$ ), según si se precisara seguimiento o se diera de alta en la 1º visita (**Figura 103**)

**Figura 103: Tipo de tratamiento en la 1ª visita según necesidad de seguimiento**



La necesidad de tratamiento en la 1ª visita ha sido variable y con diferencias estadísticamente significativas entre las distintas consultas, cuando precisaban de una 1ª revisión ( $p < 0,001$ ). En la consulta de M. Interna se indica tratamiento en el 25% de los pacientes, mayormente etiológico/patogénico. Cardiología lo prescribe en el 11% de sus enfermos, igualmente etiológico/patogénico. Digestivo acerca sus cifras a M. Interna: 24%, aunque mayoritariamente sintomático. En Neumología la indicación de tratamiento es la más baja: 6,7%, también etiológico/patogénico (*Figura 104*)

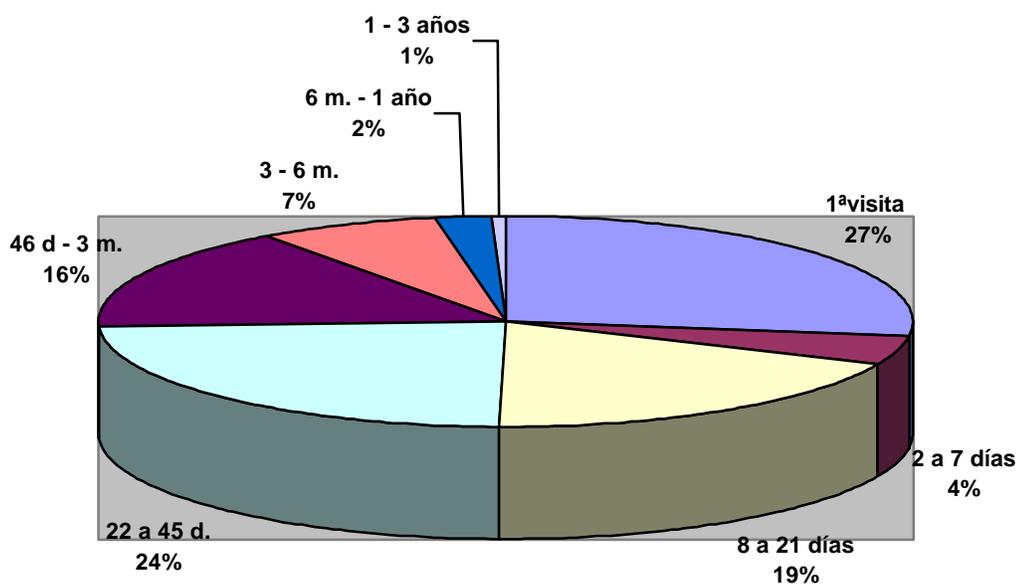
**Figura 104: Tratamiento en la 1ª visita en pacientes que precisan seguimiento. Por especialidad. En porcentaje sobre el total**



## Resultados

**3. 5. Demora hasta el diagnóstico final.** Se ha podido conocer el intervalo de tiempo entre la 1ª visita y el diagnóstico en 1.624 de los 1.797 pacientes analizados. En 444 ocasiones (27%) se ha podido dar el juicio diagnóstico en la 1ª visita. A continuación, el periodo de tiempo más frecuente necesitado ha sido entre 22 y 45 días (390 pacientes, 24%), seguido del periodo entre 8 y 21 días, con 301 enfermos (18,5%); entre 46 días y 3 meses, con 257 pacientes (16%). Más de 3 meses necesitaron el 10% de los enfermos (*Figura 105*).

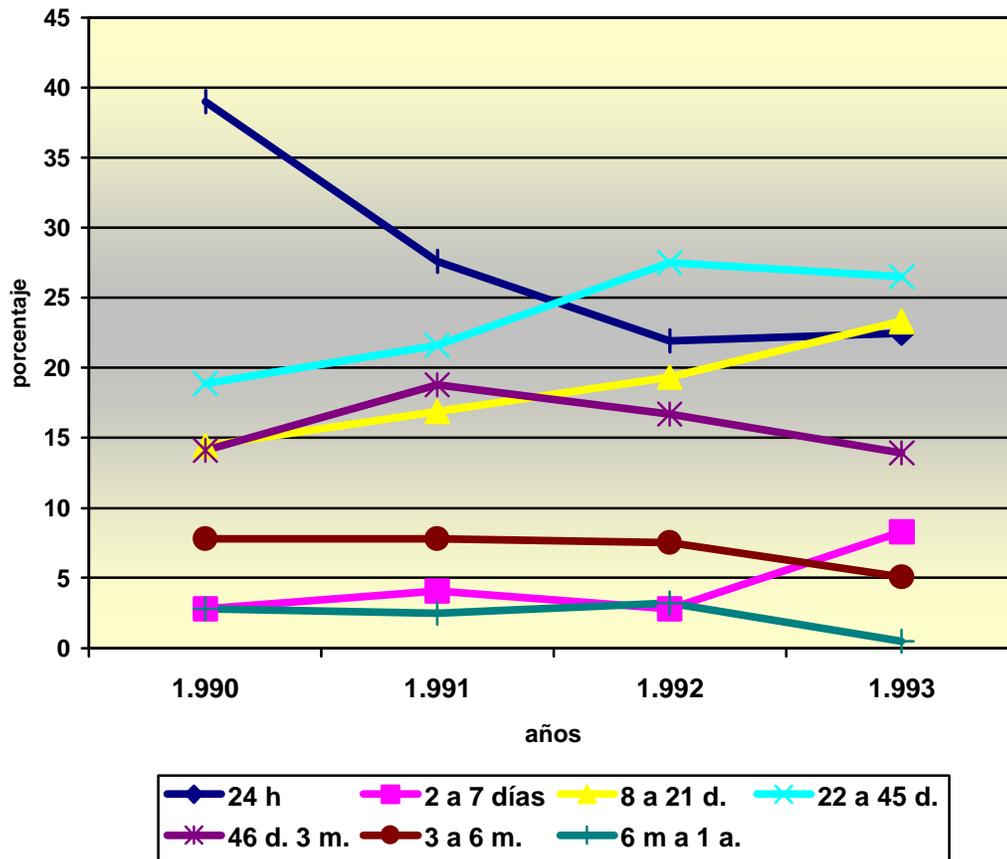
**Figura 105: Demora desde la 1ª visita hasta el diagnóstico**



Este tiempo de demora en el diagnóstico se ha ido modificando durante los 4 años que se realiza el estudio. En el primer año, al 39% de los pacientes se les emitía un juicio clínico

definitivo en el momento de la 1ª consulta, fundamentalmente a expensas de los pacientes de procedencia desconocida (33,7% del total de éstos) o del antiguo ambulatorio (35,6% del total). En el último año este porcentaje desciende hasta el 22,5%. Los periodos comprendidos entre 8 a 21 días y 22 a 45 días son los más citados, y aumentando con los años, de manera que ambos supusieron el 33,3% de los casos en 1.990, y el 49,8% en 1.993. Más del 75% de los pacientes se diagnosticaron en menos de 45 días, siendo este porcentaje similar en todos los años. (Figura 106)

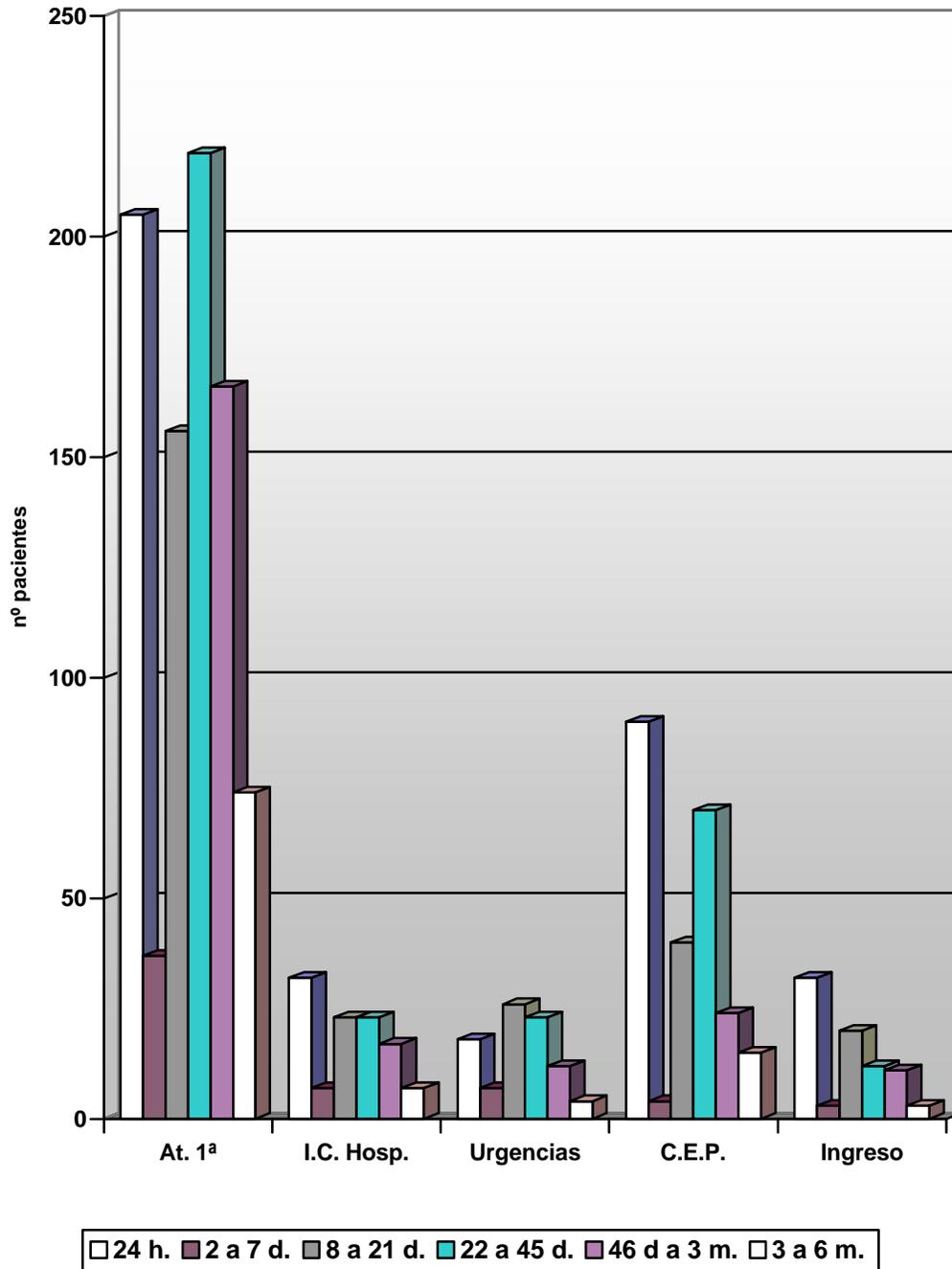
**Figura 106: Demora en el diagnóstico final. Evolución por años (porcentaje)**



### **Resultados**

La demora diagnóstica es independiente de la procedencia del paciente, siendo los periodos de 8 a 21 días y de 22 a 45 días los más frecuentemente obtenidos, una vez eliminados los de diagnóstico inmediato en la primera consulta. Los porcentajes han variado entre el 15,8% de los enfermos procedentes del C.E.P. y el 27,4% de los derivados desde Urgencias; y entre el 20% de la Interconsulta y el 27,7% de C.E.P. en dichos periodos, respectivamente (**Figura 107**).

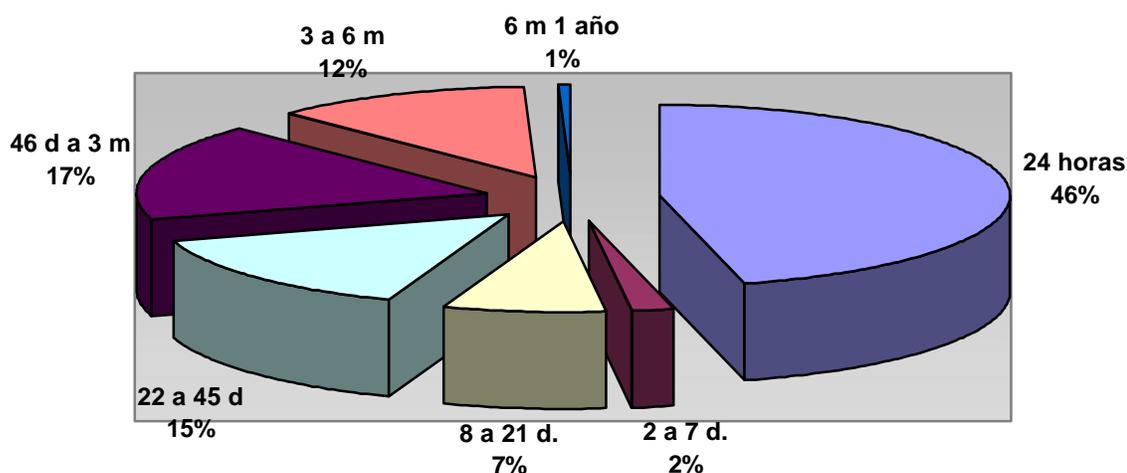
**Figura 107: Demora diagnóstica. Nº pacientes por nivel de derivación**



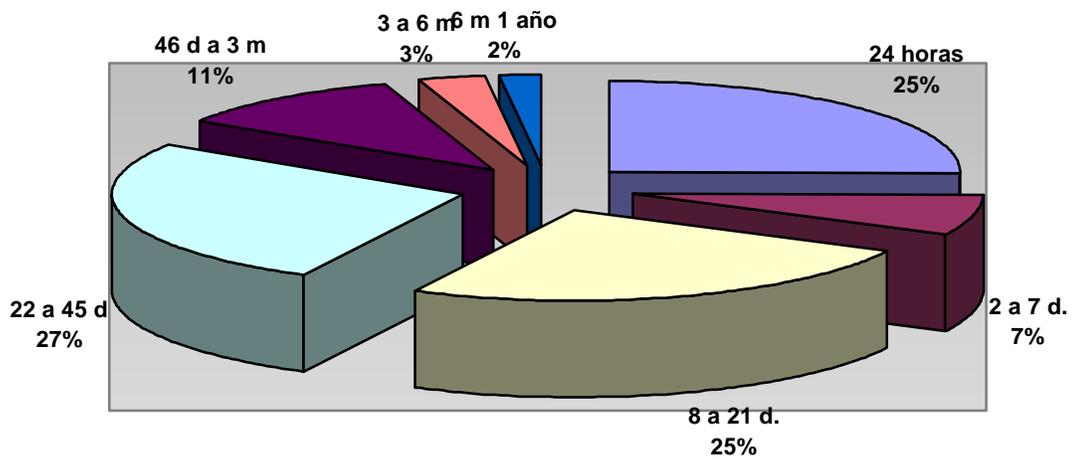
### Resultados

Por especialidades se observan importantes diferencias. En la consulta de M. Interna el 44,8% de los pacientes se resuelve, desde el punto de vista diagnóstico, en la 1ª cita. De éstos, el 43,2% provienen de Atención Primaria y el 22,5% del C.E.P., de manera que el 72% de los pacientes derivados desde el Ambulatorio de Especialidades se diagnostican en la 1ª cita. El otro periodo de tiempo representativo, es el comprendido entre 22 días y 3 meses diagnosticándose el 31% de los pacientes (14,4% entre 22 y 45 días, y el 16,6% entre 46 días y 3 meses). Cardiología comparte porcentajes diagnósticos similares en la 1ª cita: 24,8%; y los periodos de 8 a 21 días (24,8%) y de 22 a 45 días (26,3%), sin diferencias en la procedencia de los enfermos. En la consulta de Digestivo la mayor parte de los pacientes se diagnostican entre 22 y 45 días (36%) y entre 46 días y 3 meses (25%). Unicamente el 16,3% se da un juicio clínico final en la 1ª cita. En Neumología en el 44% de los casos se emite un diagnóstico final entre 8 y 21 días, y en la 1ª cita el 18,9% de los pacientes salen diagnosticados (*Figura 108 a 111*).

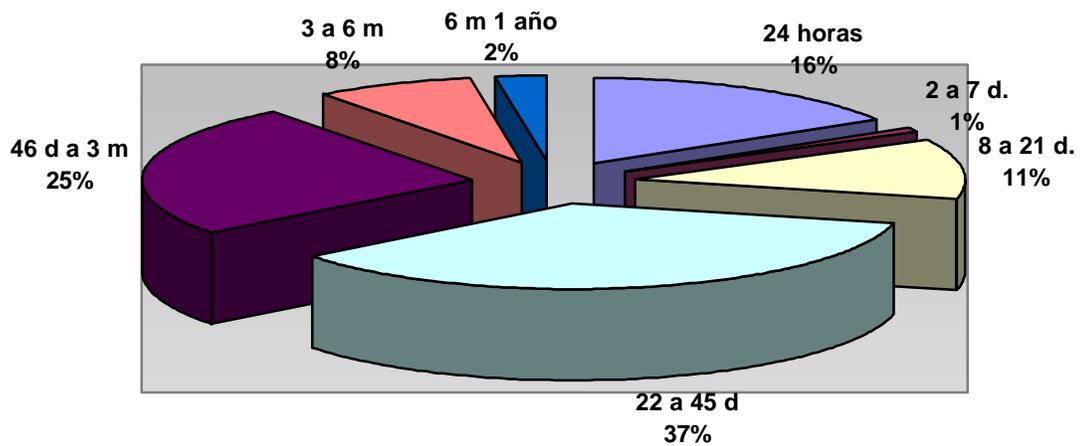
**Figura 108: Demora diagnóstica. Consulta de Medicina Interna**



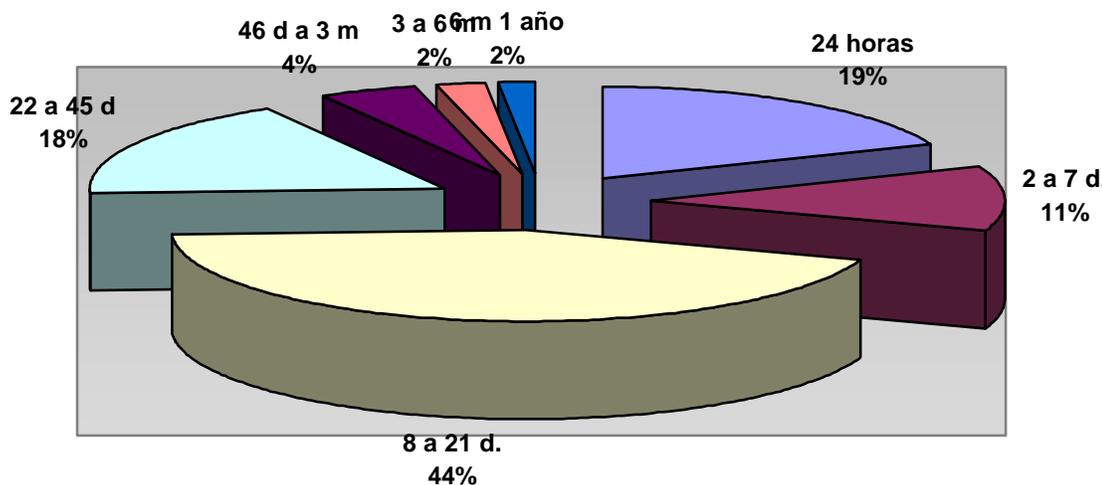
**Figura 109: Demora diagnóstica. Consulta de Cardiología**



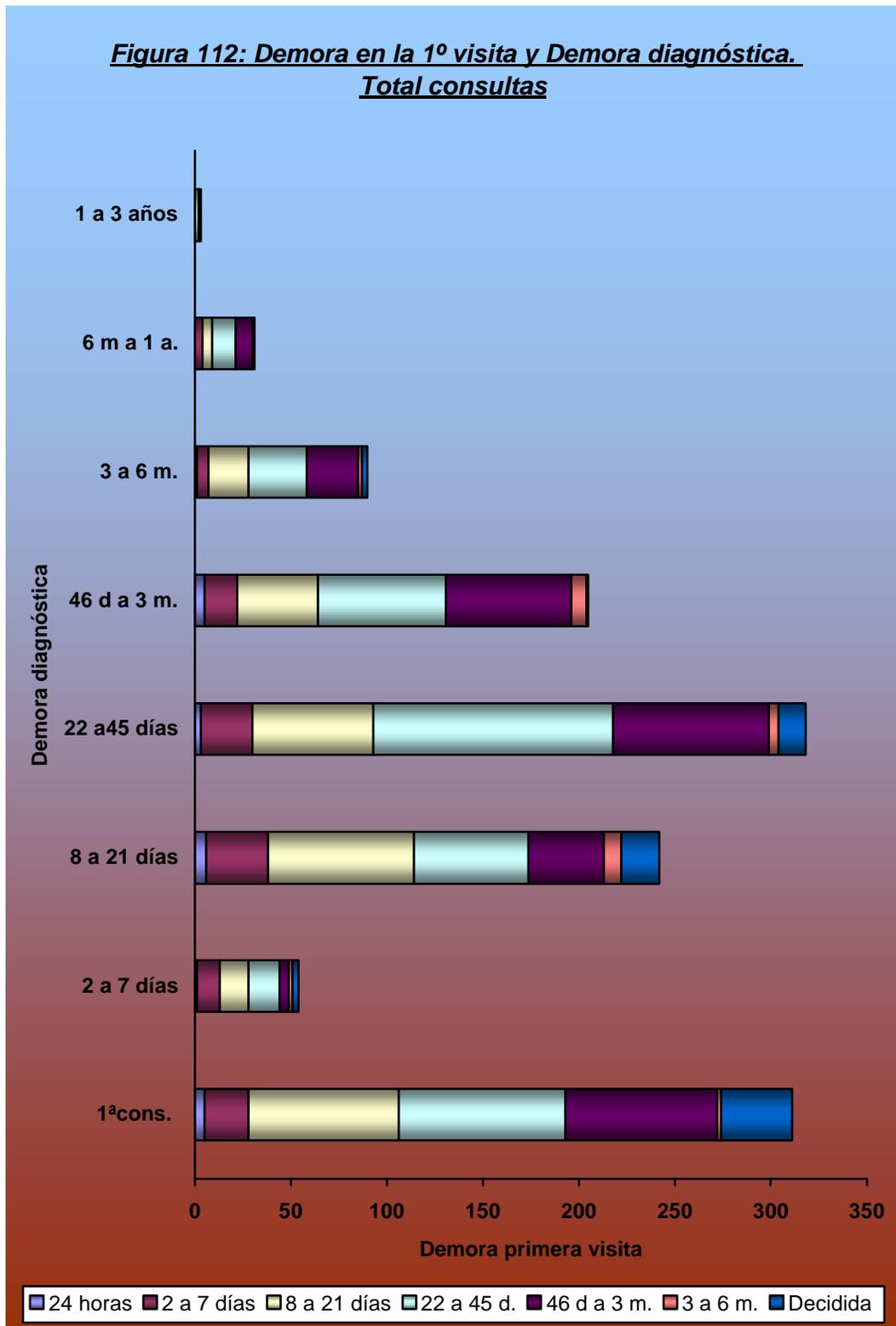
**Figura 110: Demora diagnóstica. Consulta de Digestivo**



**Figura 111: Demora diagnóstica. Consulta de Neumología**



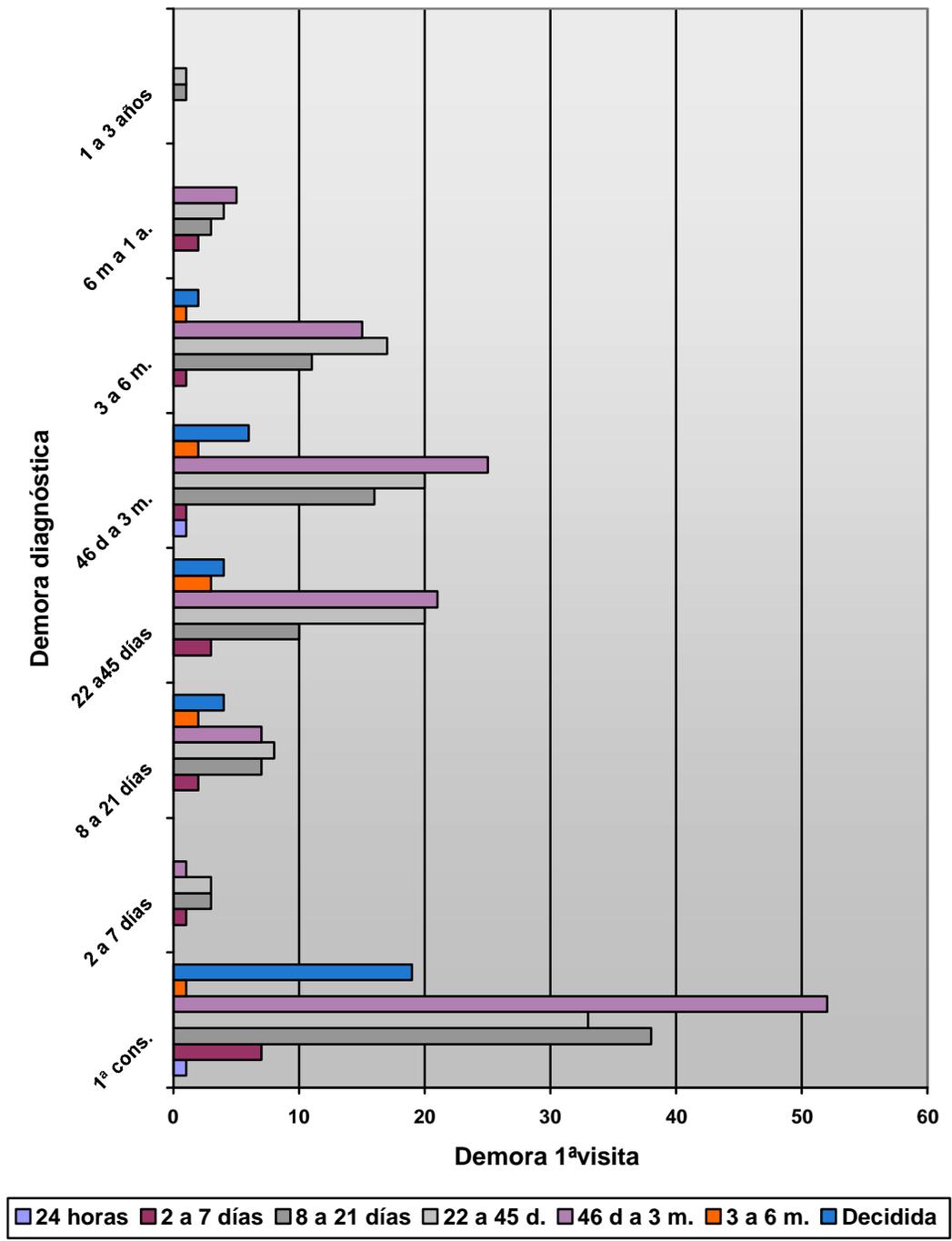
En el total de las consultas, el periodo de demora diagnóstica más obtenido ha sido el de 22 a 45 días (318 pacientes), siendo el diagnóstico en la 1ª cita el siguiente (311 pacientes). En 242 pacientes, este periodo se ha fijado entre 8 y 21 días y en 215 enfermos entre 46 días y 3 meses. Si consideramos que la demora en la 1ª visita más frecuente ha sido la de 22 a 45 días (399 enfermos), y la demora hasta el diagnóstico final también de 22 a 45 días, el tiempo de espera de un paciente desde que se decide su derivación a la consultas del Sº de Medicina Interna hasta que se emite un informe diagnóstico se encuentra ente 45 y 90 días. Hay también un grupo importante de pacientes (311) que “sólo” esperan el periodo de demora hasta la cita, ya que se diagnostican en la 1ª visita (**Figura 112**)



### Resultados

Como ya se ha expresado previamente, por especialidades se observan diferencias entre las mismas, tanto en la demora en la 1ª visita como en la demora hasta el diagnóstico final. En la consulta de M. Interna la demora en la 1ª visita más obtenida ha sido la de 46 días a 3 meses (126 pacientes) y la demora diagnóstica “en la 1ª visita”. El siguiente periodo en frecuencia hasta el diagnóstico ha sido el de 46 días a 3 meses (71 pacientes). Es decir, en el mejor de los casos la demora total más frecuente es de 46 días, y en el peor de ellos más frecuente de 6 meses (*Figura 113*).

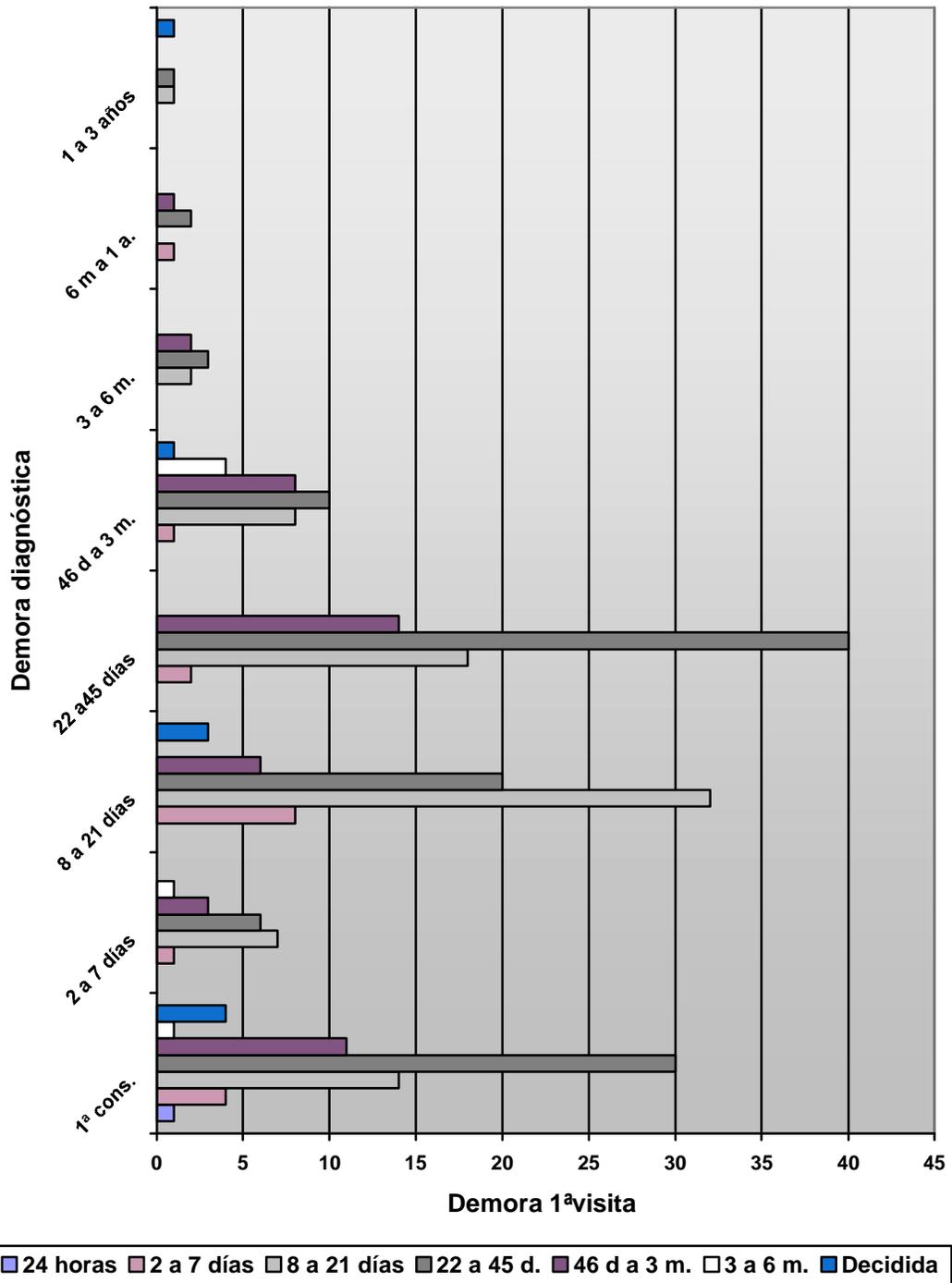
**Figura 113: Demora en la 1ª visita y Demora Diagnóstica.  
Consulta de Medicina Interna**



### **Resultados**

En la consulta de Cardiología, la demora en la 1ª visita entre 22 y 45 días es la más aportada (112 pacientes). La demora hasta el diagnóstico se encuentra repartida entre la 1ª visita (65 pacientes), 8 a 21 días (69 pacientes) y 22 a 45 días (74 pacientes). Por consiguiente, el tiempo medio de espera entre el momento de la derivación y la emisión de un informe diagnóstico por el especialista se encuentra por término medio entre 30 y 66 días, aunque puede oscilar entre 22 días y 90 días con más frecuencia (***Figura 114***)

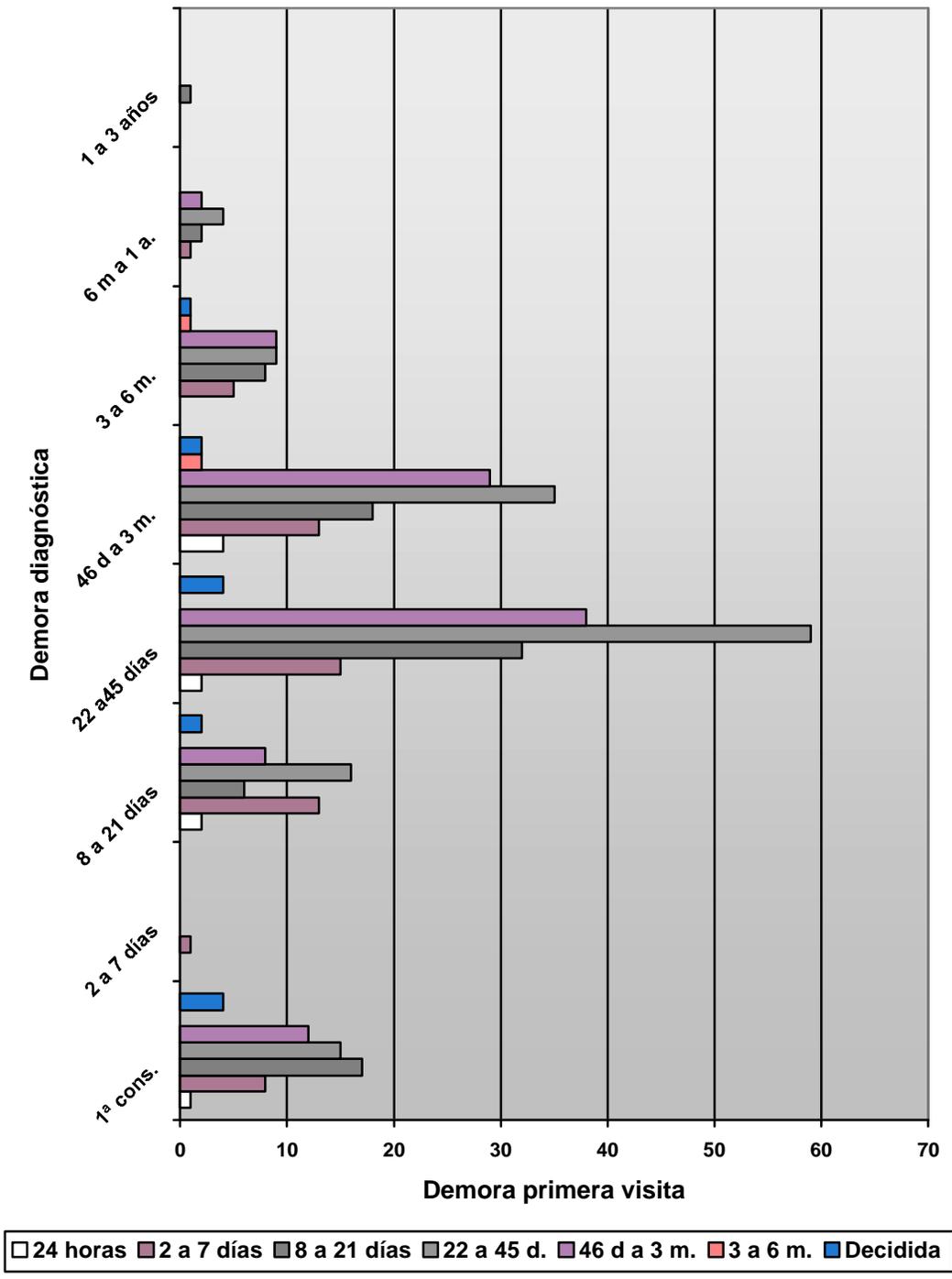
**Figura 114: Demora en la 1ª visita y Demora Diagnóstica.**  
**Consulta de Cardiología**



### Resultados

La consulta de Digestivo atiende a sus pacientes derivados con más frecuencia entre 22 y 45 días (138 pacientes). Asimismo, la demora más frecuente hasta su diagnóstico se encuentra en el mismo plazo de tiempo, por lo que el periodo total de tiempo más repetido desde su derivación hasta la emisión de un informe diagnóstico es de 45 a 90 días (Figura 115)

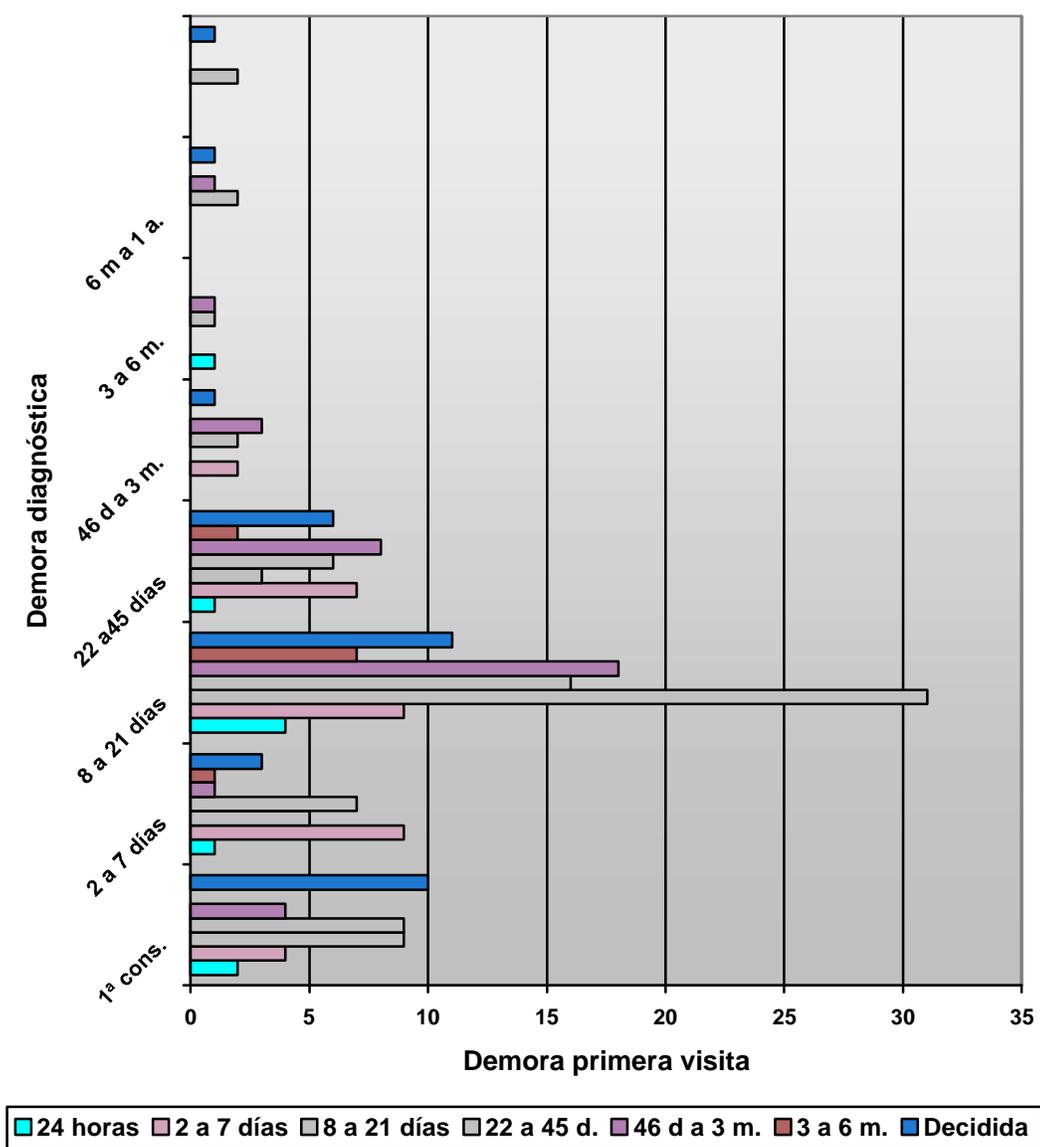
**Figura 115: Demora en la 1ª visita y Demora Diagnóstica.**  
**Consulta de Digestivo**



Resultados

Para la consulta de Neumología, la demora en la 1ª visita más frecuente es la de 8 a 21 días (48 pacientes) y de 22 a 45 días (43 pacientes). Hasta la emisión de un diagnóstico, este periodo es de 8 a 21 días más frecuentemente. Es por ello, que el tiempo total desde su derivación hasta el informe diagnóstico oscila entre 30 y 66 días (*Figura 116*)

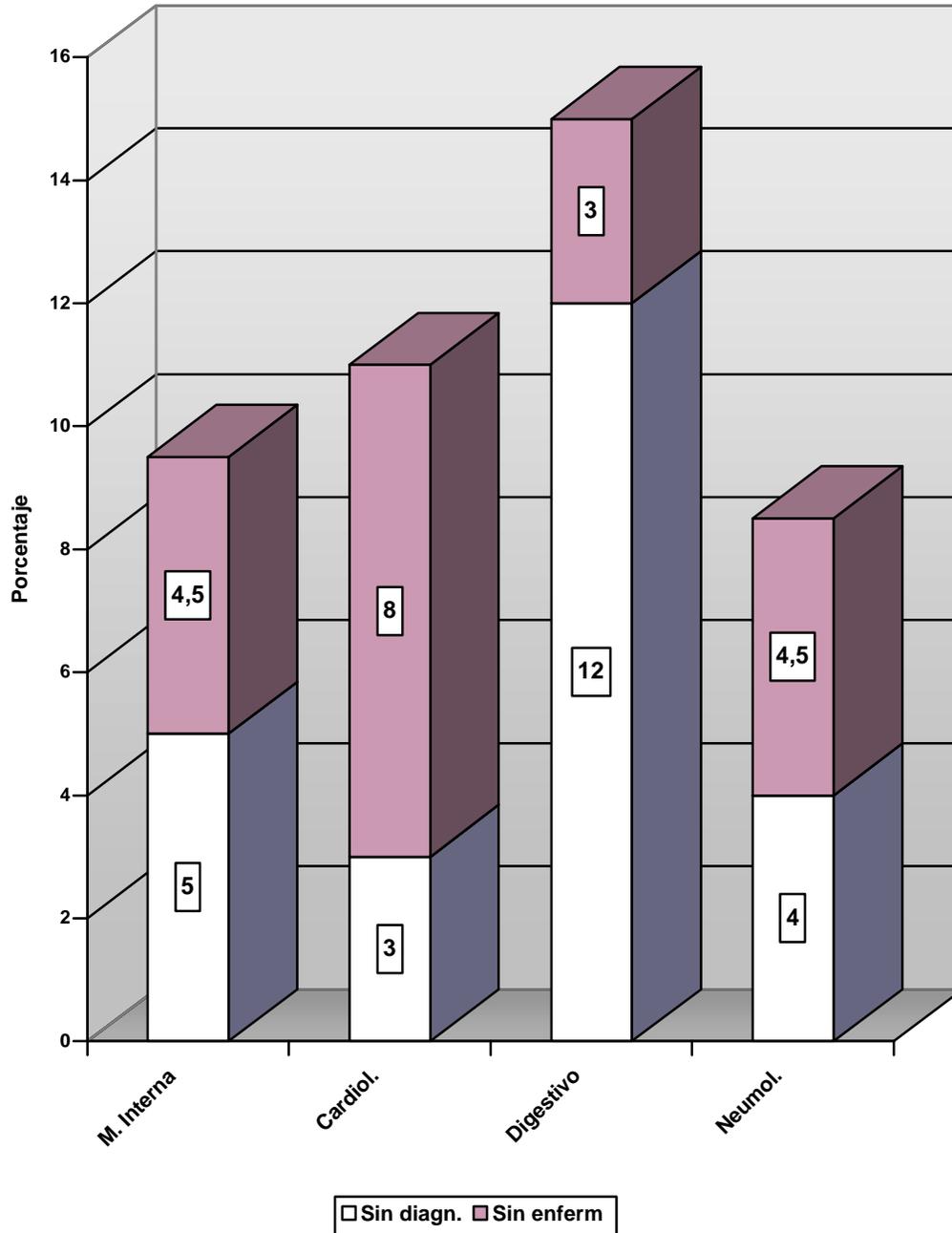
**Figura 116: Demora en la 1ª visita y Demora Diagnóstica.**  
**Consulta de Neumología**



**4. ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LOS PACIENTES DURANTE SU ESTUDIO EN LA CONSULTA EXTERNA.** El análisis se ha realizado en los 1.797 enfermos de los que se dispone documentación clínica en las historias clínicas de la consulta.

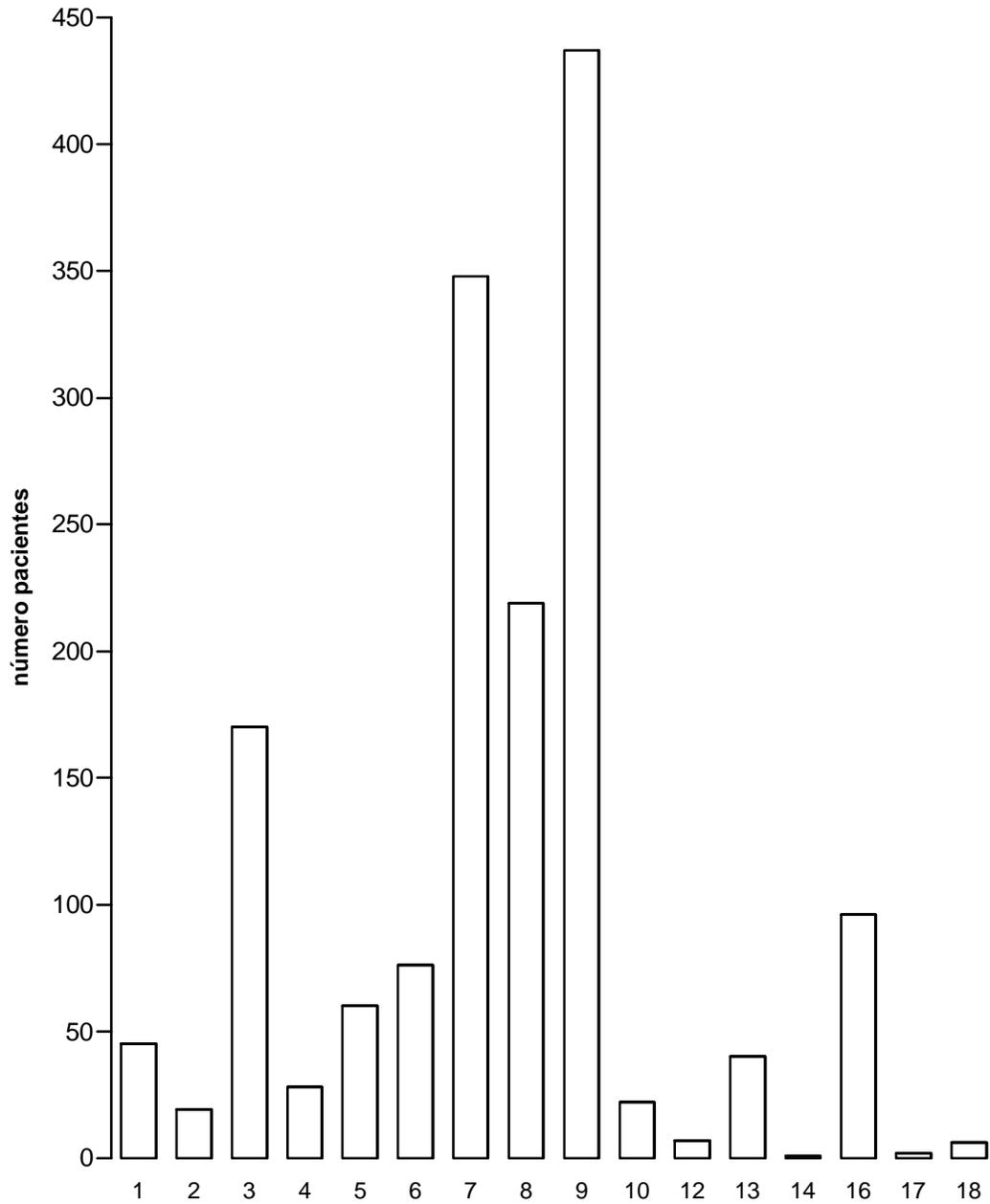
**4. 1. Diagnóstico clínico principal.** Se han emitido un total de 1.593 juicios diagnósticos principales (89% del total). En el restante 11% (204) de pacientes: en 124 casos (7%) no se da ningún diagnóstico en el informe o incluso en la historia clínica, y en 80 ocasiones (4%), los pacientes no presentaban ningún proceso nosológico. La consulta que en más ocasiones no emite diagnóstico alguno es Digestivo (12%), oscilando las restantes entre el 3% de Cardiología y el 5% de M. Interna. En los pacientes en los que no se le detecta enfermedad alguna se invierten los términos, siendo Cardiología la más afectada, con el 8% y Digestivo la que menos, con el 3%, estando las otras 2 especialidades, en el 4,5%. Es probable que en dichas especialidades, no se haya emitido un diagnóstico, al no haberle detectado nada patológico al paciente, aunque no esté de esta forma especificado (**Figura 117**).

**Figura 117: Diagnóstico principal. Pacientes sin enfermedad y sin diagnóstico (%). Por especialidades**



En el conjunto de las consultas, los grupos diagnósticos más frecuente han sido el de las enfermedades del aparato digestivo: 437 pacientes; sistema cardiocirculatorio (incluida la patología vasculo-cerebral): 348 pacientes; aparato respiratorio: 219 pacientes; y procesos endocrino-metabólicos: 170 pacientes (***Figura 118***).

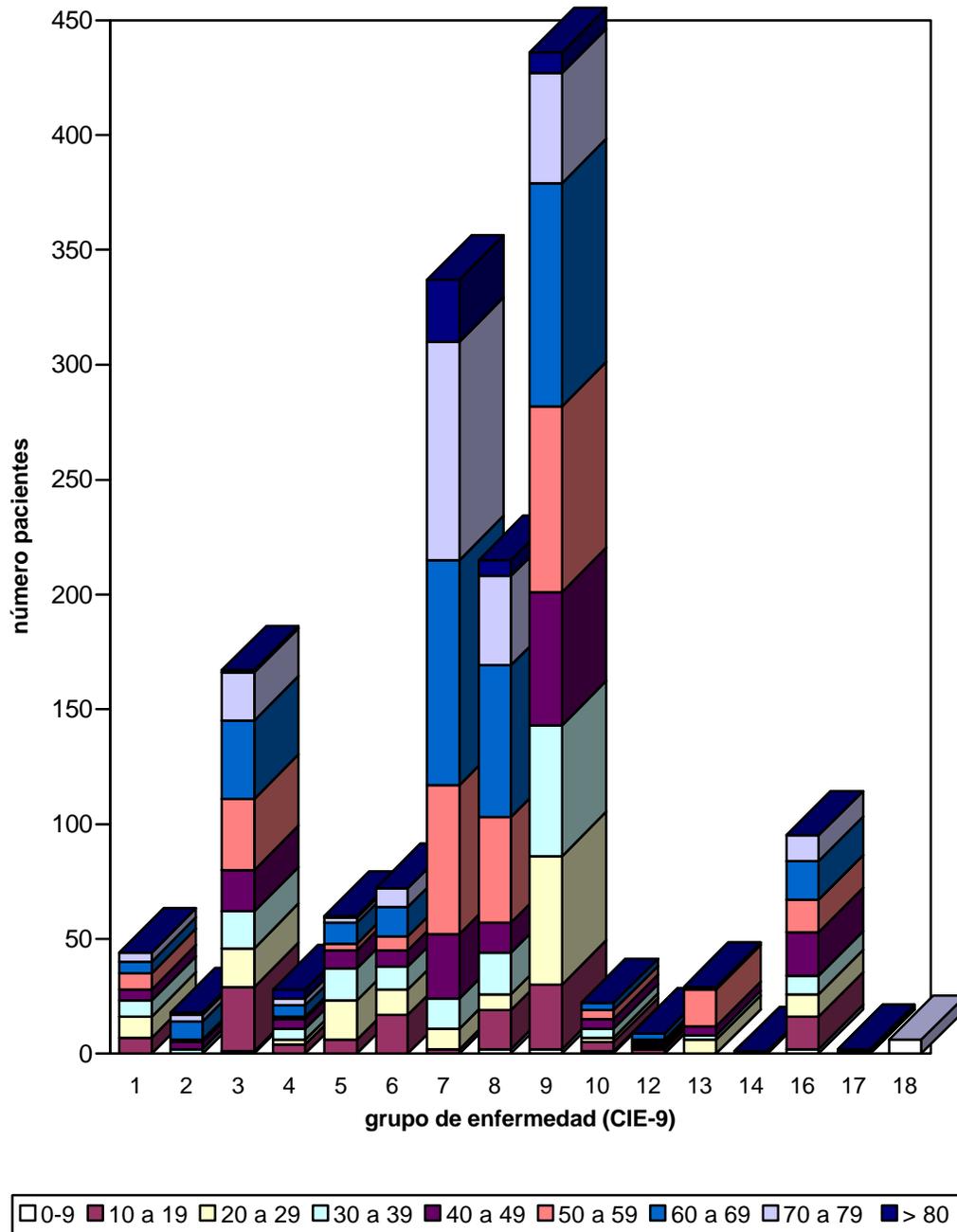
**Figura 118: Consultas del Sº de M. Interna. Diagnóstico principal. CIE-9-MC**



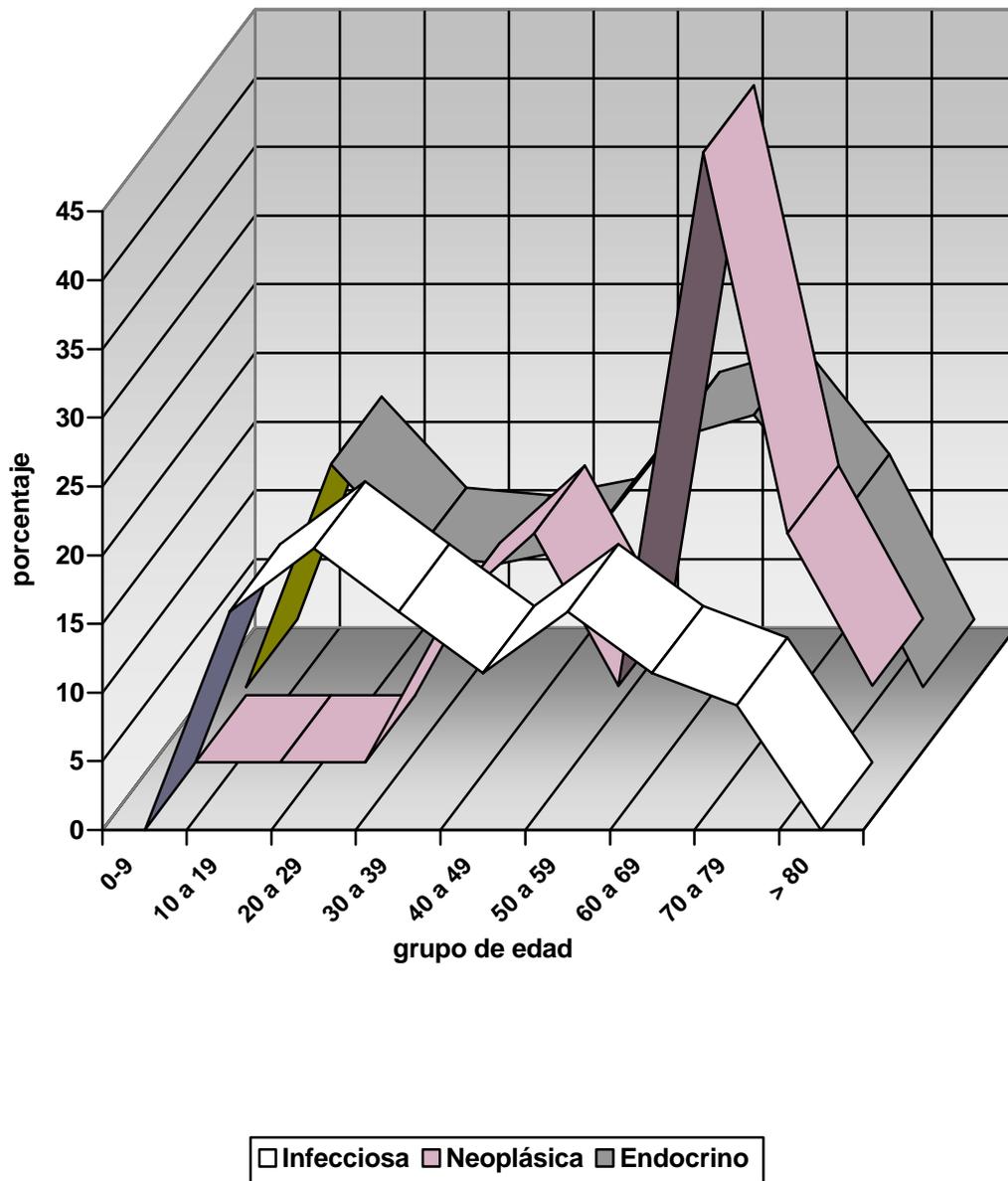
(Incluido grupo 18. Inclasificable. Mantoux +)

Si analizamos los grupos de enfermedad (CIE-9-MC) en relación con la edad, se obtienen resultados claramente diferentes entre los distintos grupos. Las enfermedades infecciosas (grupo 1) se dan con mayor frecuencia en la 3ª década de la vida, y en menor e igual número en la 2ª, 4ª y 6ª décadas. Las enfermedades neoplásicas (grupo 2) son mayoritarias entre los 60 y 69 años de edad. Los procesos endocrinometabólicos (grupo 3) tienen un primer pico de incidencia entre los 10 y 19 años para concentrarse posteriormente en pacientes de 50 a 69 años. Las enfermedades psiquiátricas (grupo 5) afectan a personas entre 20 y 39 años, con un ascenso en la 7ª década. Los procesos neurológicos, excluida la patología cerebrovascular, (grupo 6) tienen un comportamiento parecido al grupo anterior, ampliándose a la 2ª década. Las enfermedades cardiovasculares (grupo 7) selecciona al grupo de edad de más de 50 años, con una gran supremacía entre 60 y 79 años. La patología respiratoria (grupo 8) afecta fundamentalmente a pacientes entre los 60 y 69 años de edad, y en menor medida a la década precedente. Las enfermedades digestivas (grupo 9) van aumentando progresiva y lentamente con la edad, hasta los 70 años, que descienden. Los procesos reumatológicos (grupo 13), aunque en escaso número, también afecta a personas entre 50 y 69 años, fundamentalmente. Los signos y síntomas mal definidos (grupo 16) son variables de una década a otra, señalando su indefinición (*Figuras 119 a 122*)

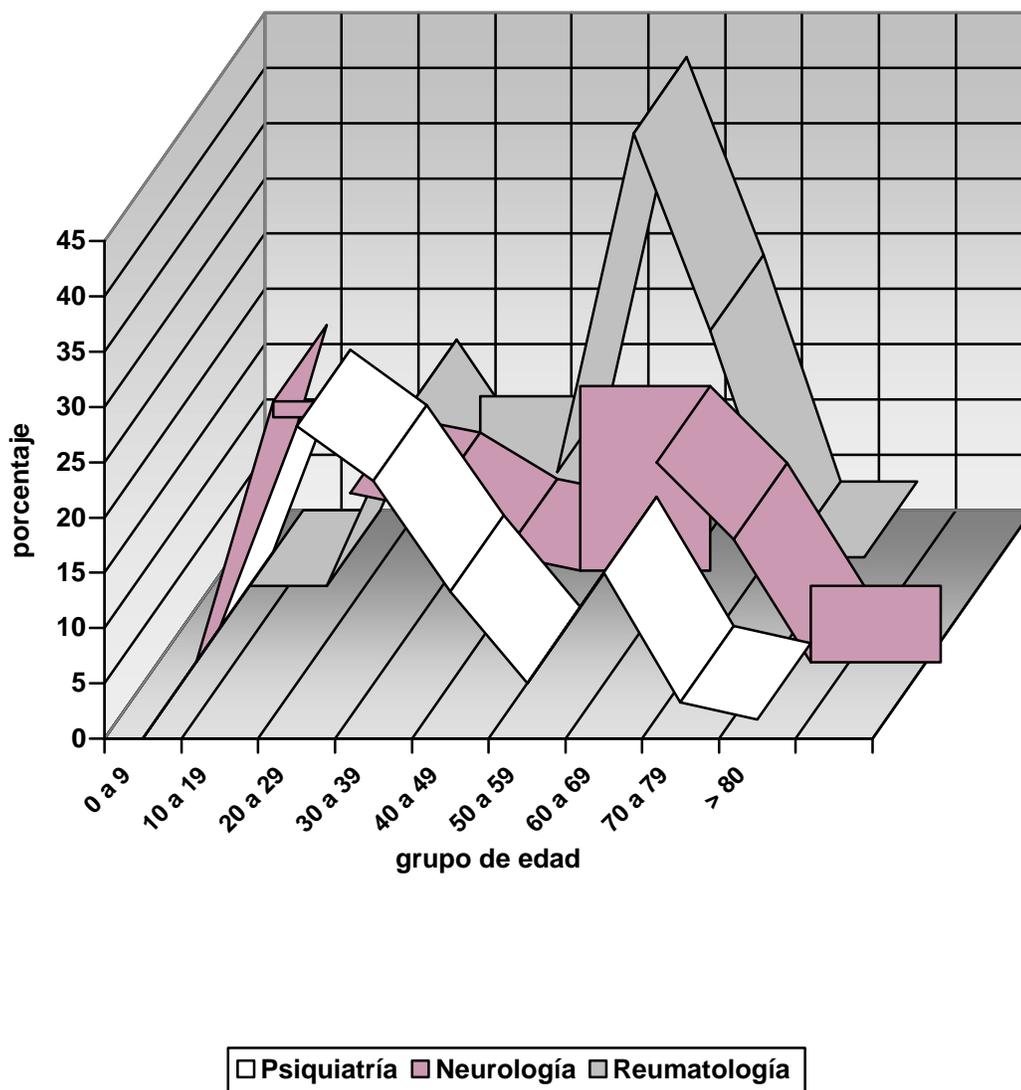
**Figura 119: Consultas del Sº de M. Interna. Diagnóstico principal. CIE-9-MC. Por grupos de edad**



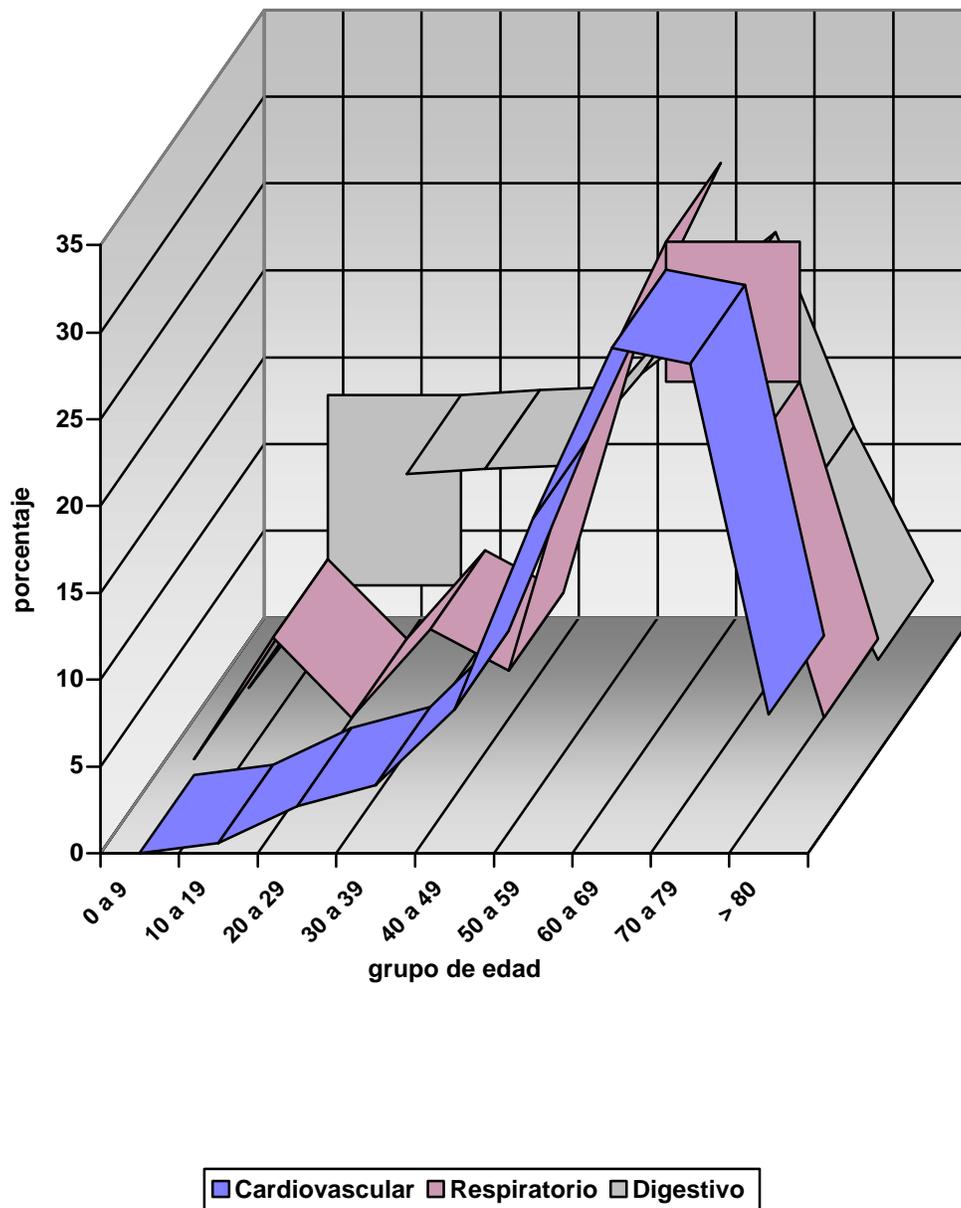
**Figura 120: Grupos de enfermedad 1 (Infecciosas), 2 (Neoplasias) y 3 (Endocrinas) (CIE-9) por grupo de edad. En porcentaje sobre el total**



**Figura 121: Grupos de enfermedad 5 (Mentales), 6 (Neurológicas) y 13 (Reumatológicas) (CIE-9) por grupo de edad. En porcentaje sobre el total**



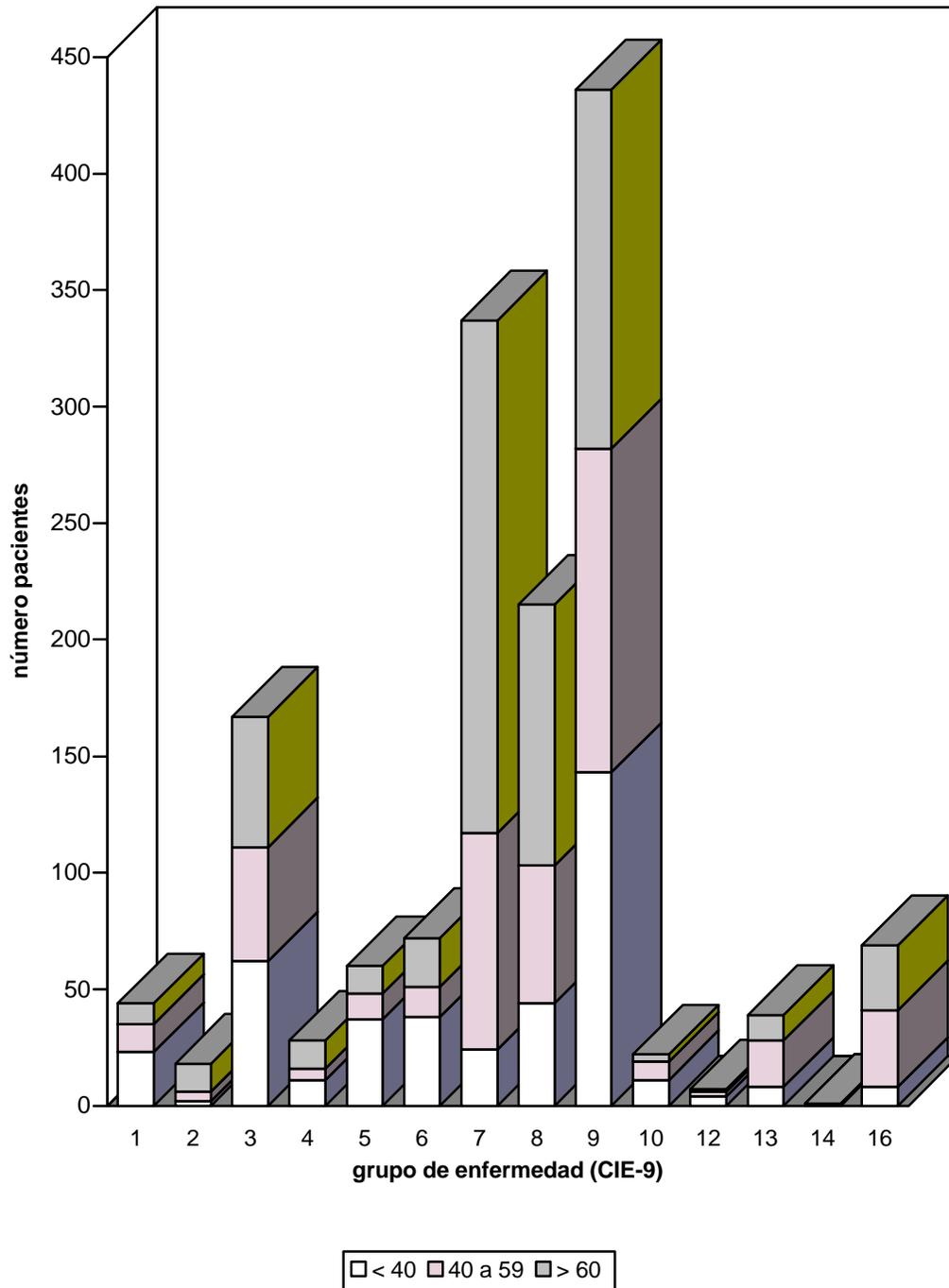
**Figura 122: Grupos de enfermedad 7 (Cardiovascular), 8 (Respiratorias) y 9 (Digestivas) (CIE-9) por grupo de edad. En porcentaje sobre el total**



### Resultados

Si se distribuyen los pacientes en 3 rangos de edad: menor de 40 años, de 40 a 59 años y mayor de 60 años, se aprecia que las enfermedades digestivas conforman la mayor parte de los procesos en ese primer rango, con clara diferencia respecto a las endocrinometabólicas. Entre 40 y 59 años son también las enfermedades digestivas las más observadas, aunque aumentando las cardiovasculares y las respiratorias. Estas dos últimas son las más percibidas para el grupo de más de 60 años, aunque con presencia importante de las digestivas (*Figura 123*)

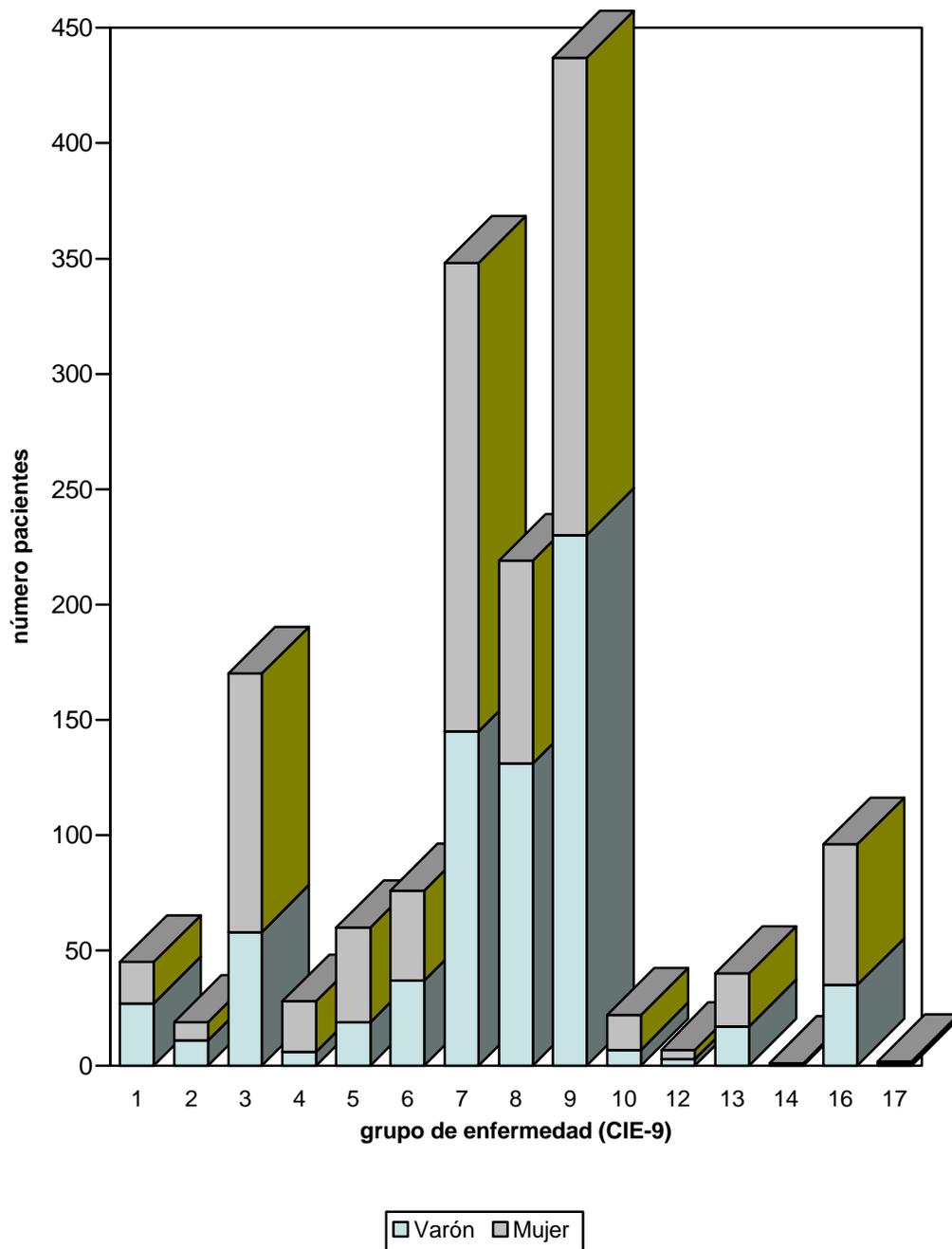
**Figura 123: Consultas del Sº de M. Interna. Diagnóstico principal. CIE-9-MC. En tres grupos de edad**



### Resultados

Si analizamos los grupos de enfermedad según el sexo, las mujeres predominan en las enfermedades hematológicas, endocrinometabólicas, psiquiátricas, cardiovasculares, renales, reumatológicas y “signos y síntomas mal definidos”. Por el contrario los procesos neoplásicos, infecciosos y respiratorios son más frecuentes en los hombres, significativamente, quedando los digestivos, y neurológicos en proporciones similares **(Figura 124)**

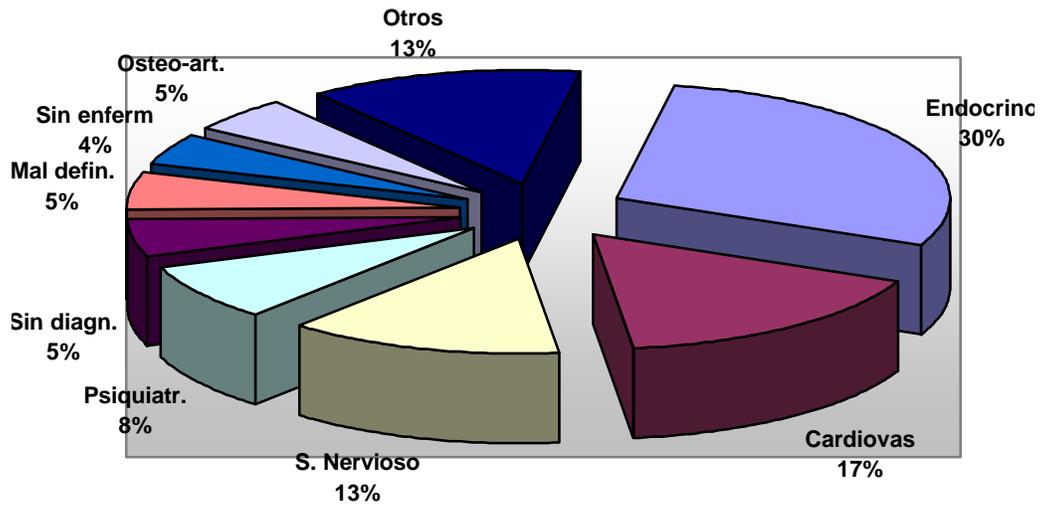
**Figura 124: Consultas del Sº de M. Interna. Diagnóstico principal. CIE-9-MC. Por sexo**



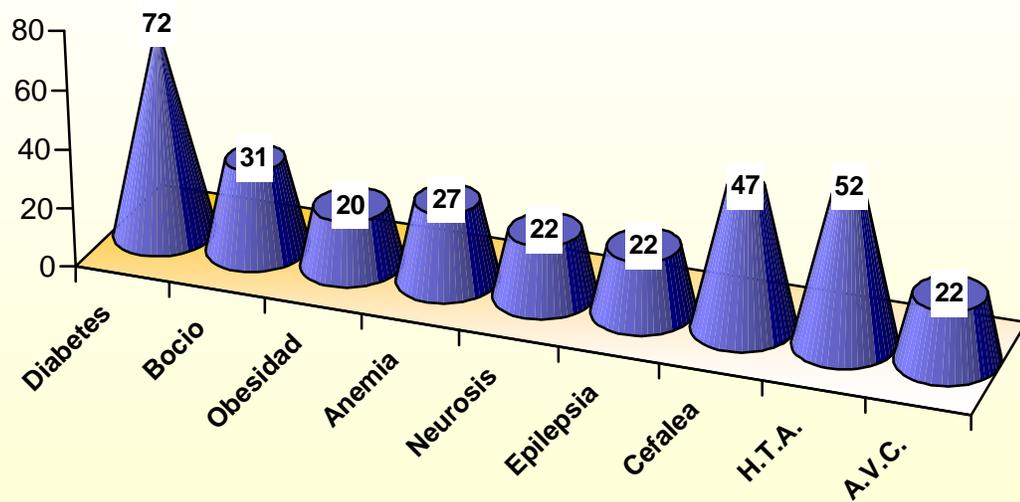
### **Resultados**

La distribución de diagnóstico principal entre las 4 especialidades, lógicamente es variable de una a otra. M. Interna (567 pacientes) es la que presenta una mayor dispersión entre los diagnósticos. Sin emisión de diagnóstico se encuentra un total de 30 pacientes, y sin enfermedad alguna 25 enfermos. El grupo de enfermedades más frecuente ha sido el de la esfera endocrino-metabólica, con 162 enfermos. Las enfermedades cardiocirculatorias (incluyendo la patología vasculo-cerebral con 22 pacientes) han supuesto 91 casos, y las del Sistema Nervioso, 75 casos. Es de destacar que la patología psiquiátrica ocasiona 45 diagnósticos y los signos y síntomas mal definidos, otros 30 (***Figura 125***). La diabetes mellitus ha sido la enfermedad endocrina más diagnosticada en la consulta de M. Interna, con 72 enfermos. Las enfermedades del tiroides han significado 51 diagnósticos, siendo el bocio simple o nodular el más consignado (31 casos). En menor medida se encuentran la obesidad (20 casos), la hiperlipemia (7 casos) y la talla baja (5 casos). La cefalea (en general) es el diagnóstico neurológico más frecuente: tensional, 14 enfermos; migraña, 26 enfermos; e inespecífica, 7 enfermos. La epilepsia (22 pacientes) y los trastornos extrapiramidales (12 pacientes) son los siguientes en frecuencia. La hipertensión arterial (52 casos) y la cardiopatía isquémico-hipertensiva (8 casos) son los diagnósticos cardiocirculatorios más obtenidos. La anemia ferropénica (14 casos) y de otro origen (13 casos) son los procesos hematológicos más frecuentes. Es también destacable la patología psiquiátrica con 22 diagnósticos de trastorno neurótico. La mayoría de las enfermedades osteoarticulares son de estirpe degenerativa (23 enfermos). La patología infecciosa ocupa un discreto lugar, con 16 diagnósticos, siendo el de brucelosis el más señalado, con 8 enfermos (***Figura 126***).

**Figura 125: Consulta de M. Interna. Diagnóstico por grupo de enfermedades**

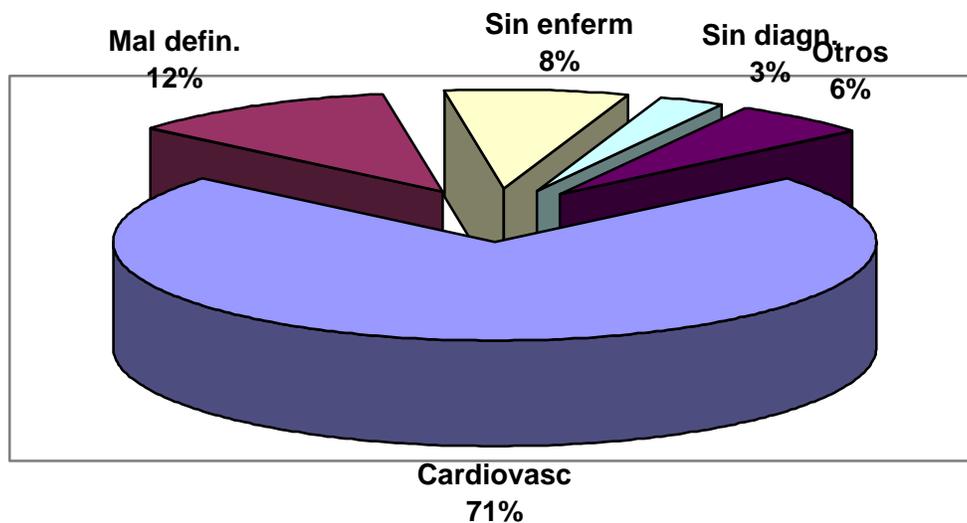


**Figura 126: Consulta de M. Interna: Diagnósticos más frecuentes**

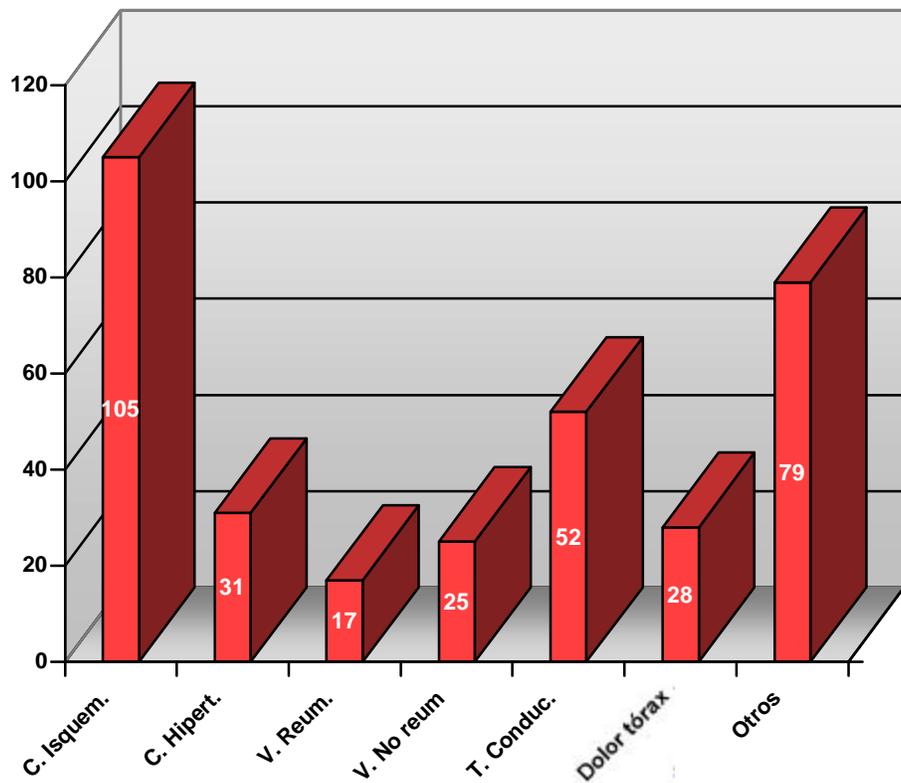


En la consulta de Cardiología se han emitido un total de 302 diagnósticos principales. En 26 pacientes no se le detecta enfermedad y en 9 no se da diagnóstico alguno. Mayoritariamente se dan como diagnóstico principal los procesos cardiocirculatorios, siendo el más frecuente el de *cardiopatía isquémica* (105 de 337 pacientes). La cardiopatía valvular reumática, (17 enfermos) y no reumática (25 enfermos) es el 2º diagnóstico en frecuencia. Los trastornos de la conducción han supuesto 52 diagnósticos (fibrilación auricular, 28 enfermos) y la cardiopatía hipertensiva un total de 31 enfermos. El dolor torácico atípico se ha dado como diagnóstico principal en 28 pacientes. Otros grupos de enfermedad no cardiocirculatoria (excluyendo los dolores torácicos) han significado un total de 31 diagnósticos (***Figuras 127 y 128***).

**Figura 127: Consulta de Cardiología. Grupos de enfermedades**

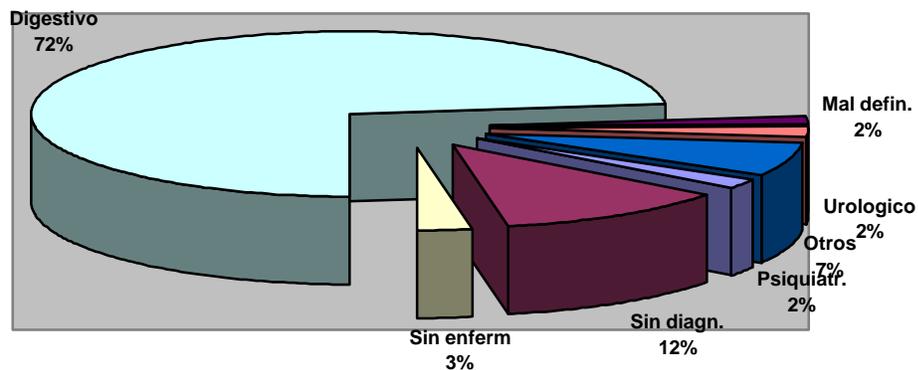


**Figura 128: Consulta de Cardiología. Diagnósticos más frecuentes**

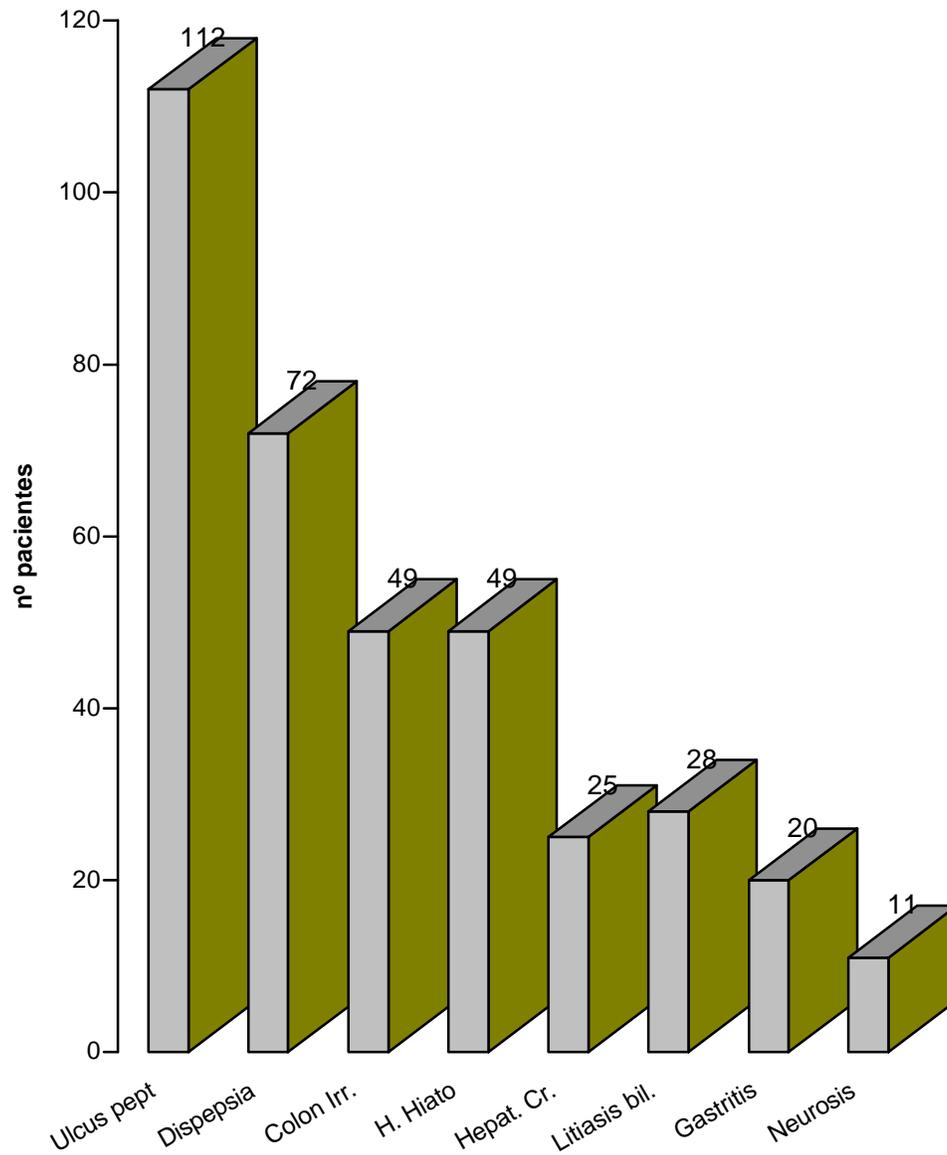


En el 74% de los 587 pacientes de la consulta externa de Digestivo el diagnóstico principal es de procesos de dicha especialidad. A 72 pacientes (12%) no se le da ningún diagnóstico y a 16 (3%) no se les detecta enfermedad alguna. Procesos psiquiátricos se dan en el 2% de los casos, al igual que signos y síntomas mal definidos. El proceso digestivo más frecuentemente diagnosticado ha sido la Úlcera péptica y duodenal, con 112 pacientes. Los trastornos funcionales se encuentran en 2ª posición, dándose el diagnóstico de Dispepsia Funcional en 72 ocasiones, y el de Colon Irritable en otros 49 casos. La hernia de hiato se ha dado en 49 enfermos, la hepatopatía crónica en 25 pacientes (13 cirrosis hepática) y la litiasis biliar en 28 casos. Los procesos no digestivos más frecuentes han sido la Neurosis (11 pacientes), la Litiasis renal (6 pacientes), y la Fibromialgia (5 pacientes) (**Figuras 129 y 130**).

**Figura 129: Consulta externa de Digestivo. Diagnóstico por grupo de enfermedad**

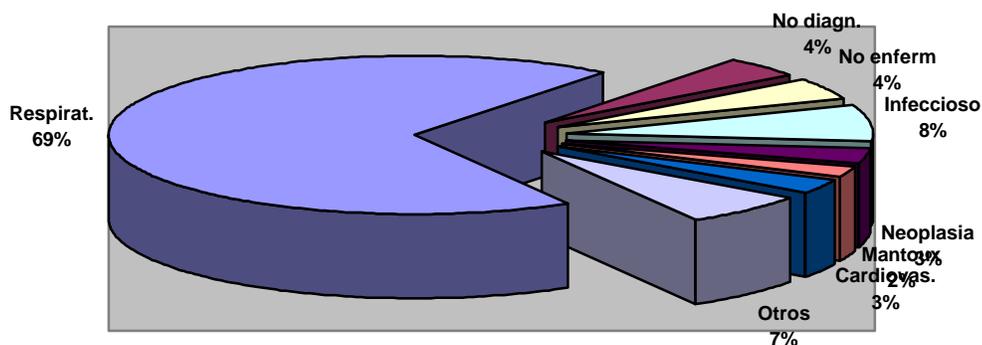


**Figura 130: Consulta externa de Digestivo. Diagnóstico Principal más frecuente**

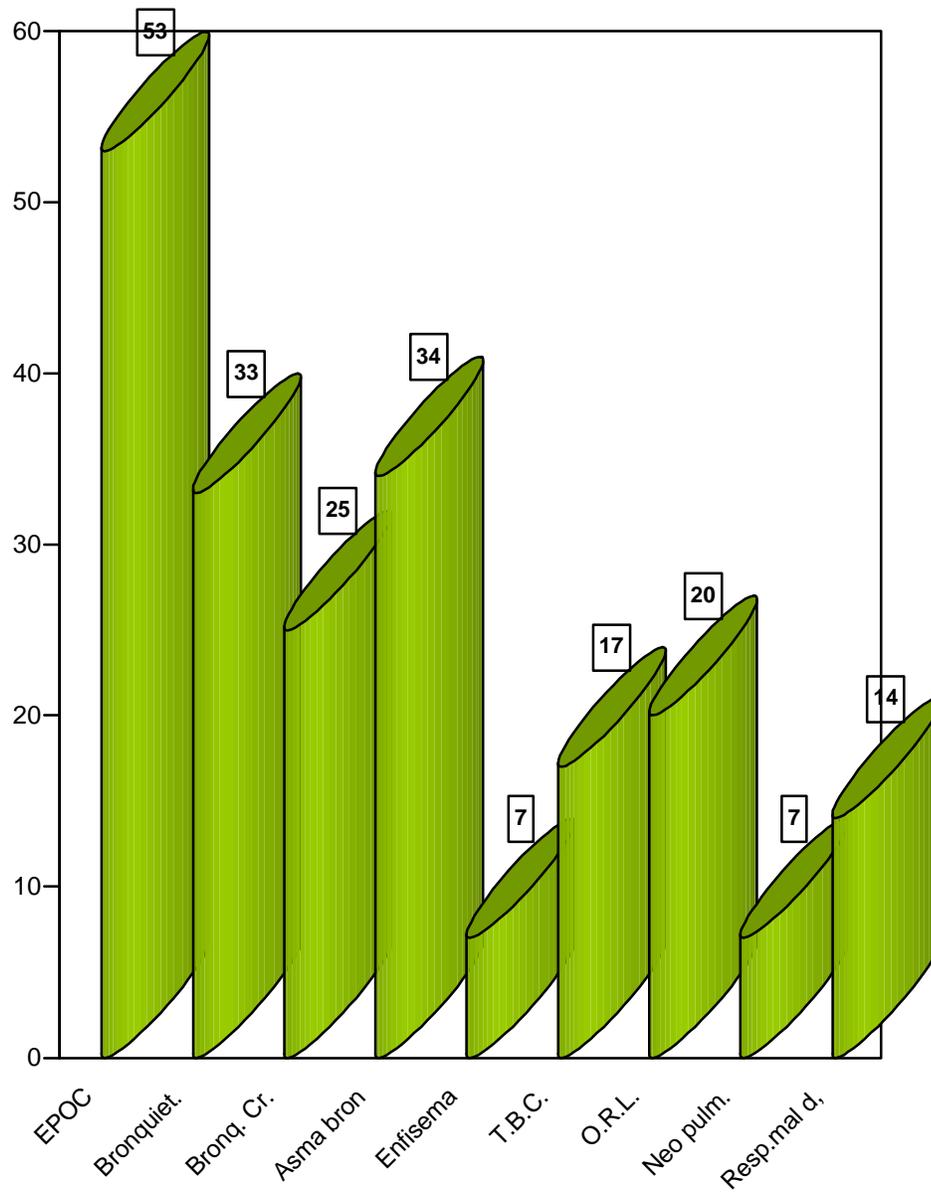


En 204 pacientes el diagnóstico principal en la consulta externa de Neumología ha sido de enfermedades del Aparato Respiratorio. La patología infecciosa, con 23 casos es la siguiente más diagnosticada. Los signos y síntomas mal definidos se han dado en 16 ocasiones. No se ha dado ningún diagnóstico en 12 pacientes, y 13 no se les detecta enfermedad alguna. Se han diagnosticado 9 procesos neoplásicos (7 pulmonares) y 5 enfermedades cardíacas. La patología respiratoria más frecuentemente diagnosticada ha sido la bronquial crónica: 25 Bronquitis Crónica, 53 E.P.O.C., 33 Bronquiectasias, 34 Asma Bronquial y 7 Enfisema Pulmonar. La Tuberculosis Pleuropulmonar se ha dado en 17 ocasiones como diagnóstico principal, la Neumonía en 17 casos y los procesos O.R.L. en 20 pacientes (12 agudos y 8 crónicos) (***Figuras 131 y 132***).

***Figura 131: Consulta de Neumología. Diagnóstico por grupo de enfermedades***

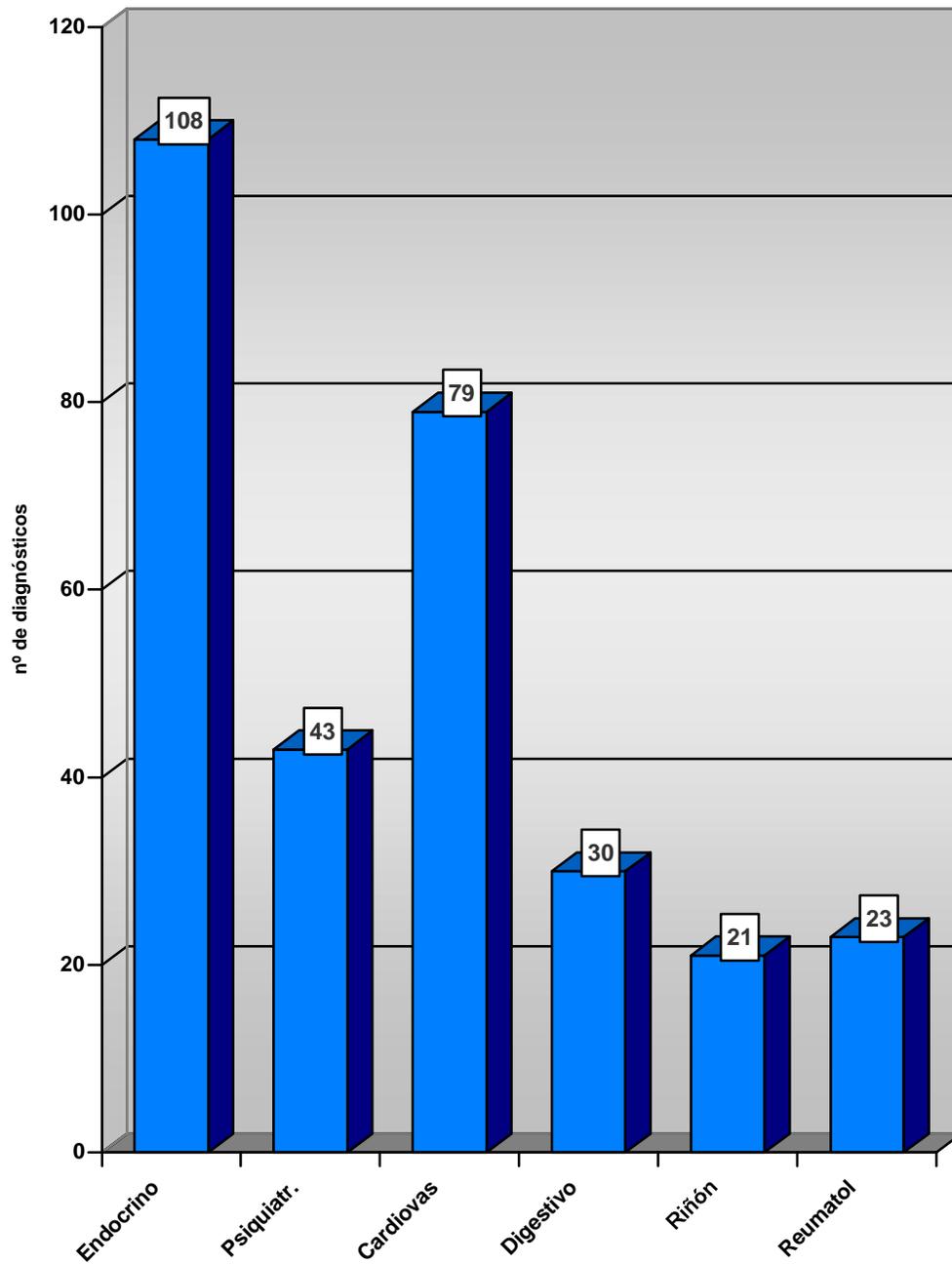


**Figura 132: Consulta externa de Neumología. Diagnósticos más frecuentes**

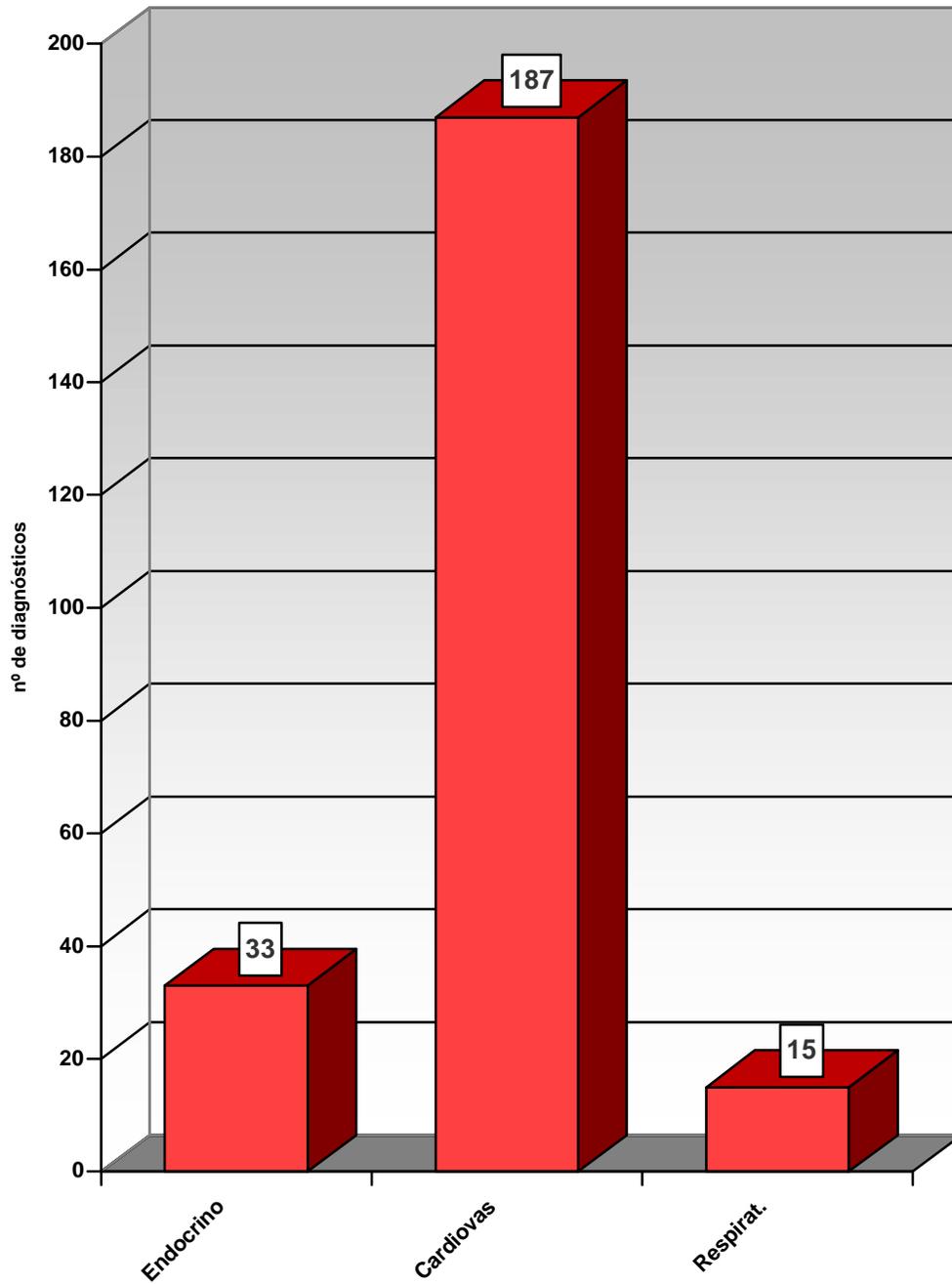


**4. 2. Diagnósticos secundarios.** Se han emitido un total de 1.115 diagnósticos 2<sup>os</sup> en el global de las consultas de M. Interna, lo que equivale a 0,70 diagnósticos secundarios por cada diagnóstico principal de enfermedad dado. Entre las distintas consultas se aprecian diferencias, siendo la proporción de menos a más la siguiente: Digestivo 0,57; M. Interna 0,69; Neumología 0,74; y Cardiología 0,90. En total se emiten 1,70 diagnósticos por enfermo (de los diagnosticados). Un diagnóstico 2<sup>o</sup> se da en 779 pacientes, dos diagnósticos 2<sup>os</sup> en 259 de ellos, 3 diagnósticos 2<sup>os</sup> en 70 y 4 diagnósticos 2<sup>os</sup> en 7. Al menos un diagnóstico 2<sup>o</sup> se da en el 49% de los pacientes con un diagnóstico principal emitido. El número de diagnósticos totales (diagnóstico principal + diagnóstico 2<sup>o</sup>) es variable de una a otra consulta: M. Interna 1,63; Cardiología 1,90; Digestivo 1,60; y Neumología 1,74. Por grupo de la CIE-9, la consulta de M. Interna da diagnósticos 2<sup>os</sup> fundamentalmente endocrino-metabólicos (108 diagnósticos) y cardiovasculares (79 diagnósticos) y en menor medida, de riñón y vías urinarias (21 diagnósticos) y reumatológicos (21 diagnósticos). En Cardiología sigue la patología cardiovascular como diagnóstico 2<sup>o</sup> más frecuente, con 187 casos, seguido de la esfera endocrino-metabólica, con 33 diagnósticos. Igualmente, la consulta de Digestivo emite como diagnóstico 2<sup>o</sup> prioritario procesos del grupo de enfermedades digestivas (176 diagnósticos), estando a continuación la patología endocrino-metabólica (24 diagnósticos) y la psiquiátrica (19 diagnósticos). En la consulta de Neumología, aunque el diagnóstico 2<sup>o</sup> preferente es el del grupo de enfermedades respiratorias, con 71 casos, los procesos cardiovasculares (45 diagnósticos) y los endocrino-metabólicos (23 diagnósticos) también tiene su importancia. Los síntomas y signos mal definidos suponen un total de 13 diagnósticos 2<sup>os</sup> (**Figuras 133 a 136**).

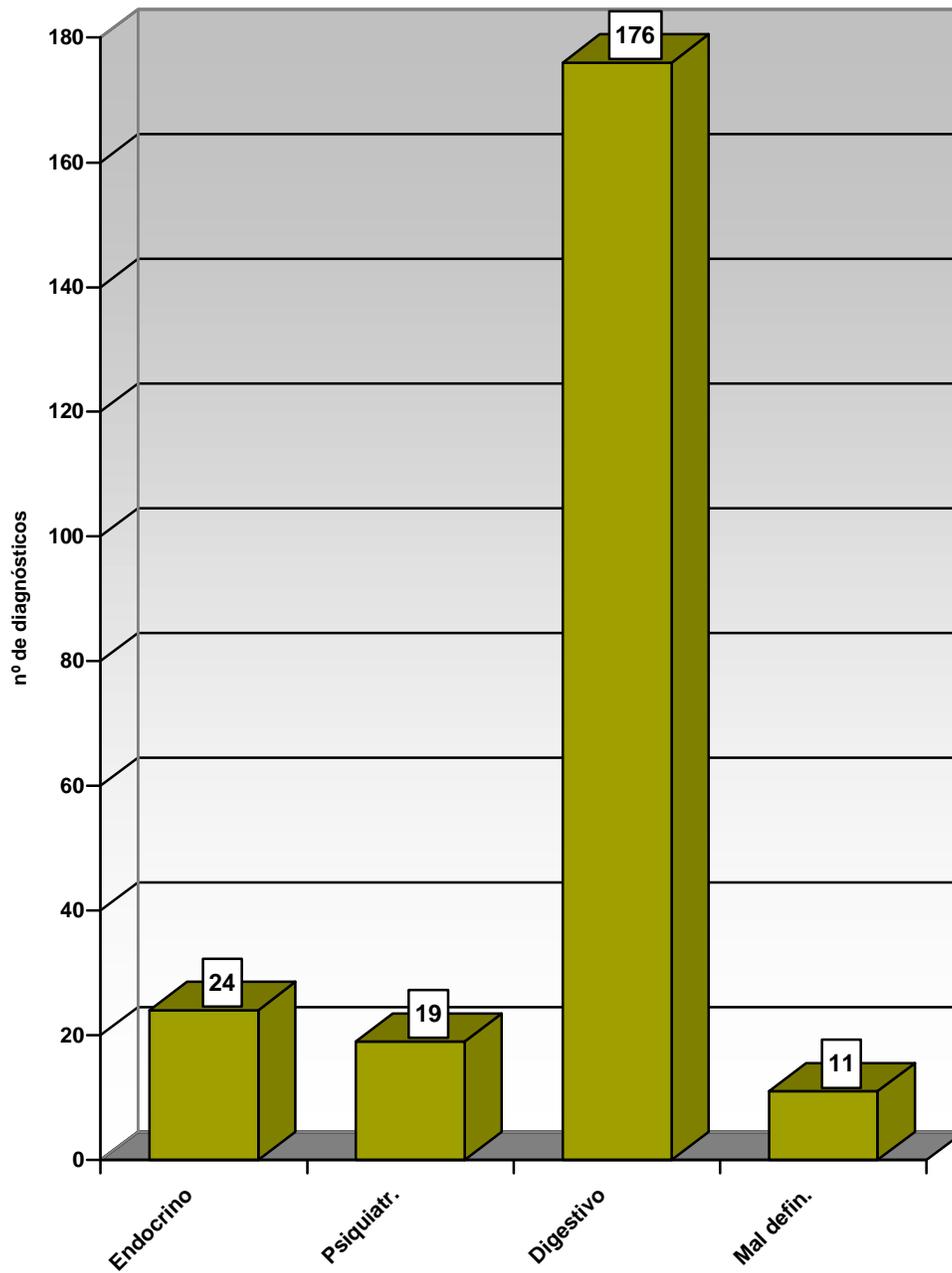
***Figura 133: Diagnósticos secundarios. Consulta de M. Interna. Por grupo de enfermedad (CIE-9)***



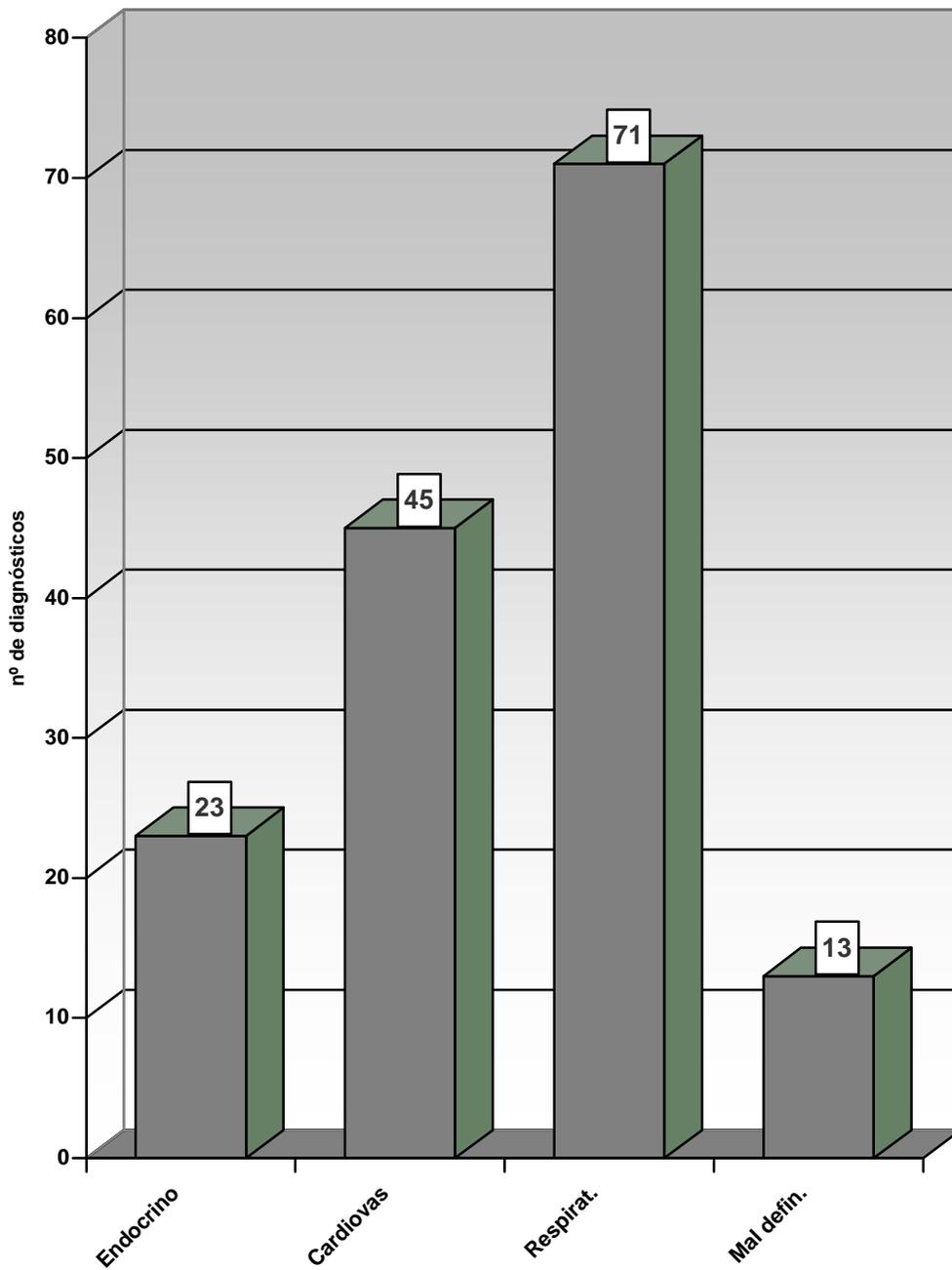
**Figura 134: Diagnósticos secundarios. Consulta de Cardiología. Por grupo de enfermedad (CIE-9)**



**Figura 135: Diagnósticos secundarios. Consulta de Digestivo. Por grupo de enfermedad (CIE-9)**



**Figura 136: Diagnósticos secundarios. Consulta de Neumología. Por grupo de enfermedad (CIE-9)**



### Resultados

Las enfermedades o procesos emitidos más frecuentemente como diagnósticos 2<sup>os</sup> han variado dependiendo de la especialidad analizada. En M. Interna han sido la Diabetes Mellitus, con 39 diagnósticos, (3 microangiopatía diabética) y la H.T.A., con 36 diagnósticos, los más expresados, seguido de la Hiperlipemia con 33. La Obesidad y el síndrome Ansioso- depresivo, con 26 casos, se encuentran a continuación. Ya en menor número se citan el síndrome degenerativo articular (16 diagnósticos), la cardiopatía isquémica (14 diagnósticos), el A.V.C. (8 diagnósticos) y las enfermedades tiroideas (8 diagnósticos) (***Figura 137***).

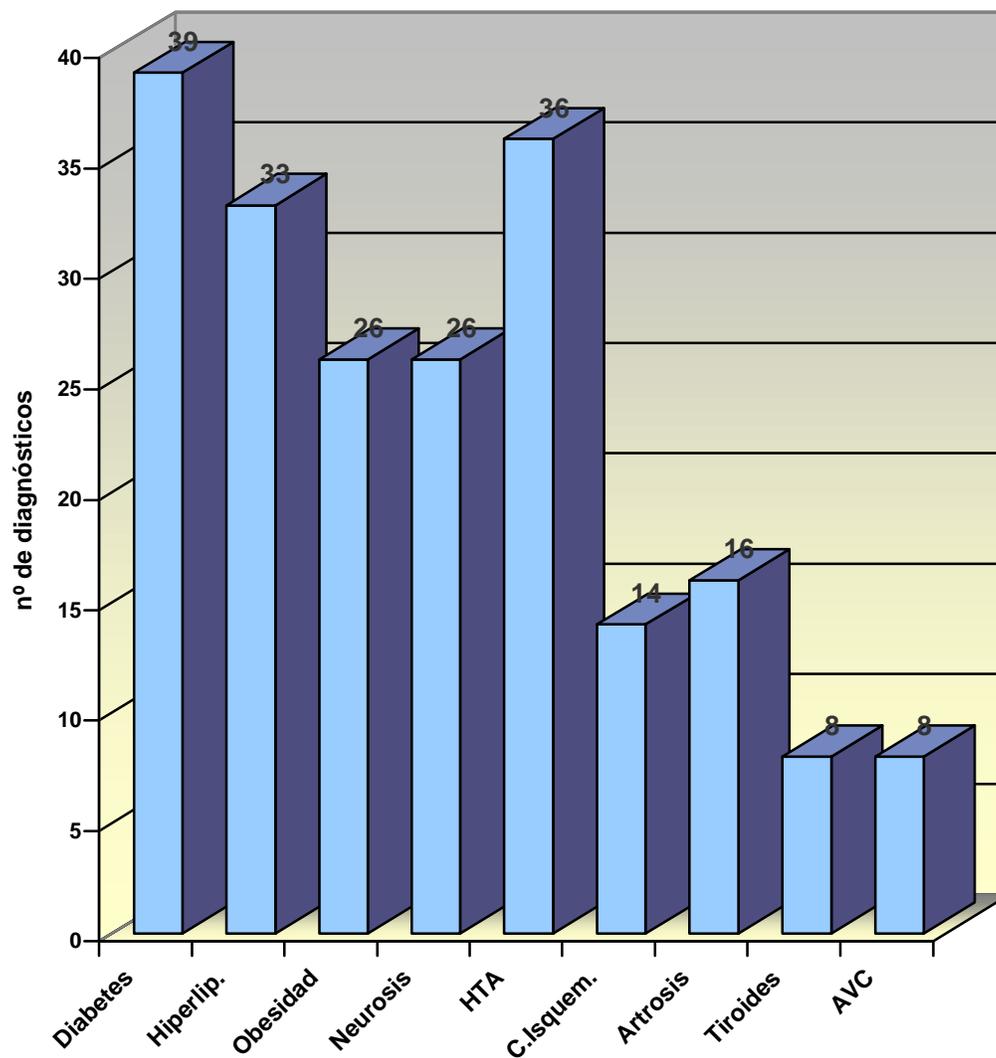
En la consulta de Cardiología, la H.T.A se emite como diagnóstico 2<sup>o</sup> en 63 ocasiones. La Diabetes Mellitus (21 diagnósticos) y la Hiperlipemia (18 diagnósticos) son los procesos no cardiacos más frecuentes citados como 2<sup>o</sup> diagnóstico. Dentro de la esfera cardiovascular, la cardiopatía isquémico es la más nombrada, con 48 casos (32 ángor pectoris), y a continuación las Arritmias Cardiacas, con 35 (16 fibrilación auricular). La E.P.O.C. (15 diagnósticos), valvulopatía mitral y aórtica (12 diagnósticos), Insuficiencia Cardíaca (10 diagnósticos) y Cardiopatía Hipertensiva (9 diagnósticos) son también citadas (***Figura 138***).

Son los procesos digestivos los más frecuentemente emitidos como diagnóstico 2<sup>a</sup> en la consulta de dicha especialidad. Por orden de frecuencia son los siguientes: Esofagitis, 32 diagnósticos; Colopatía Funcional, 22; Úlcera Péptica, 21; Gastroduodenitis, 20; Hernia de Hiato, 16; Litiasis Biliar, 13; Divertículos de Colon, 11; y Dispepsia Funcional, 9. La Hipertensión Portal se cita en 9 ocasiones, la Cirrosis Hepática en 7 y la Hemorragia Digestiva Alta en 6. En cifras similares se encuentran enfermedades no digestivas, como la Hiperlipemia (11 diagnósticos), el Síndrome Ansioso-depresivo (10 diagnósticos), la Diabetes Mellitus (9 diagnósticos), el síndrome Anémico (8 diagnósticos) y el Alcoholismo (6 diagnósticos) (***Figura 139***).

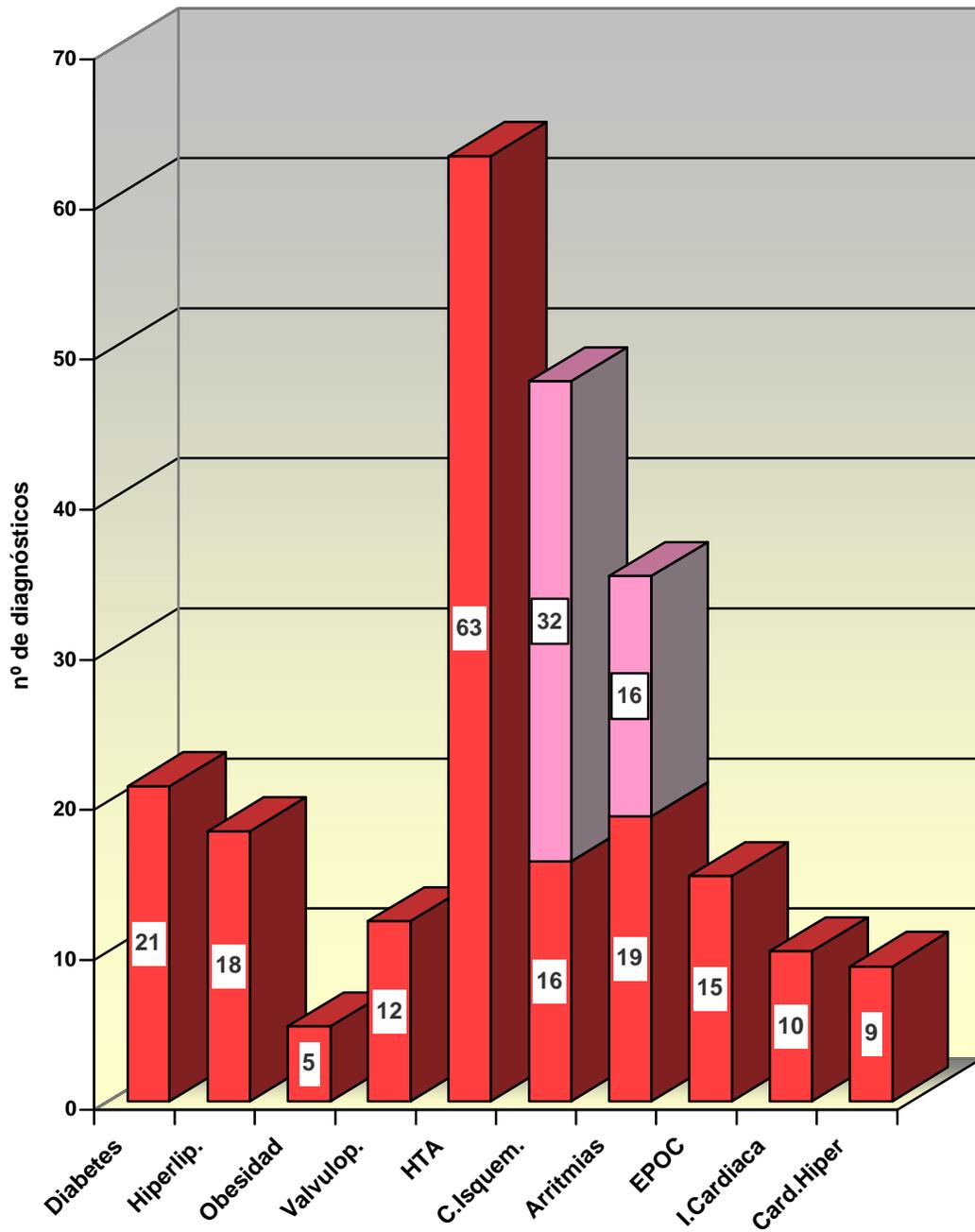
Los procesos respiratorios más citados en la consulta de Neumología han sido la E.P.O.C., con 43 diagnósticos 2<sup>os</sup> (25 Bronquiectasias) y las secuelas pulmonares de la T.B.C., con 19. Los procesos de origen O.R.L. han supuesto un total de 25 diagnósticos 2<sup>os</sup>, infecciosos

y alérgicos fundamentalmente. La H.T.A. es el diagnóstico no respiratorio más frecuente, dado en 19 ocasiones, seguido de la Diabetes Mellitus, emitido en 14 pacientes, y la Hiperlipemia, en 7. La Hemoptisis es “el síntoma mal definido” más expresado como diagnóstico 2° (4 casos) (*Figura 140*).

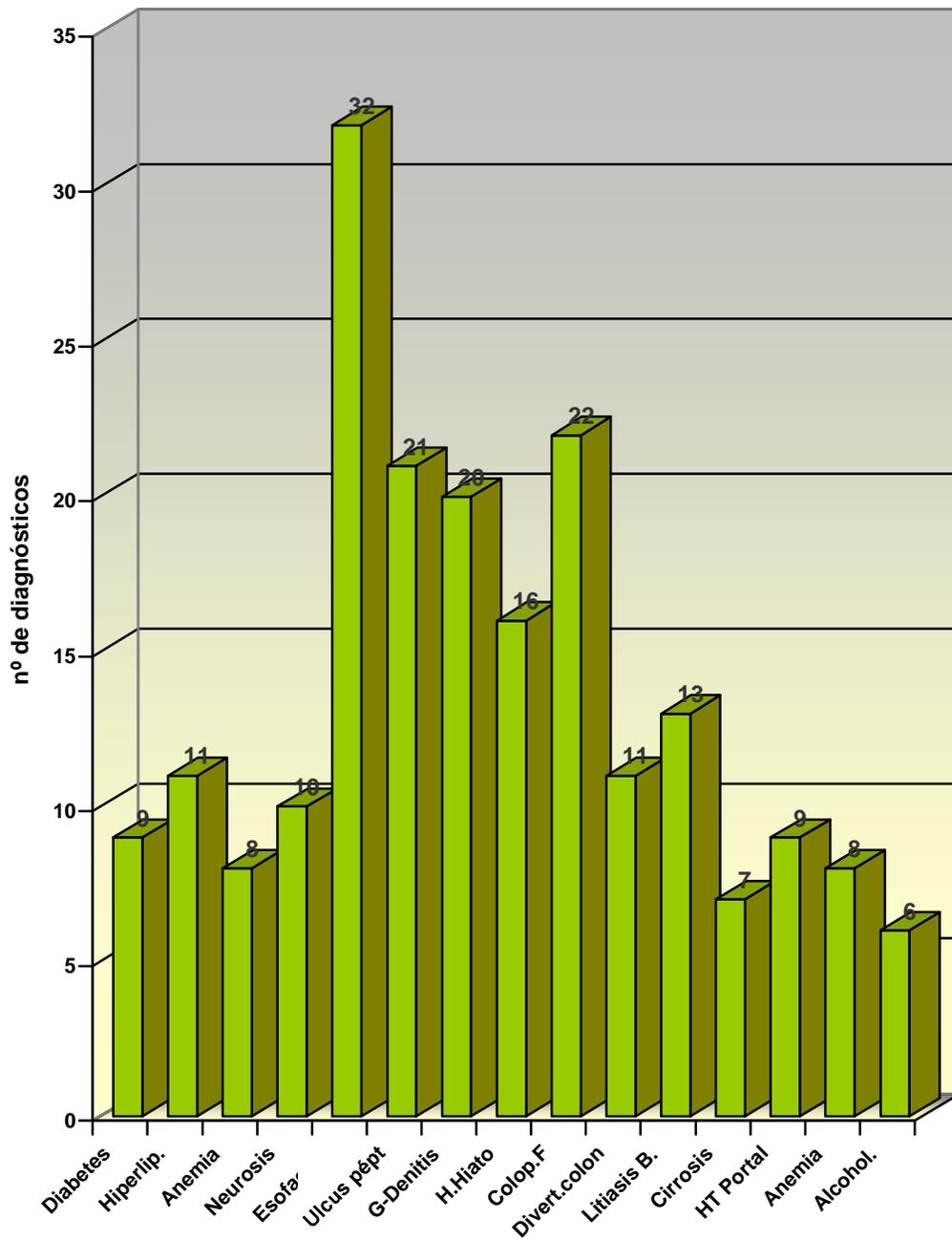
***Figura 137: Diagnósticos secundarios emitidos. Consulta de M. Interna***



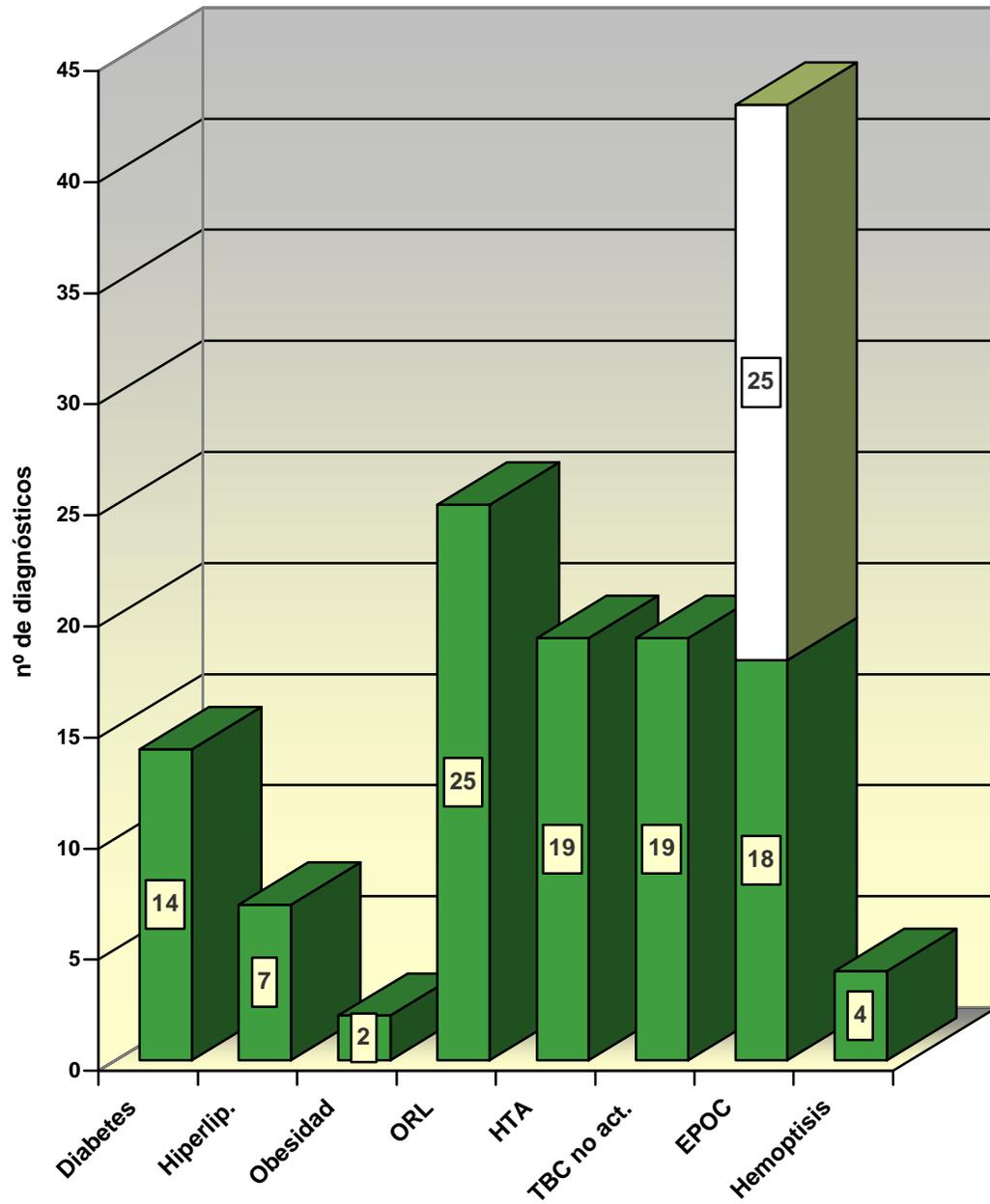
**Figura 138: Diagnósticos secundarios emitidos. Consulta de Cardiología**



**Figura 139: Diagnósticos secundarios emitidos. Consulta de Digestivo**

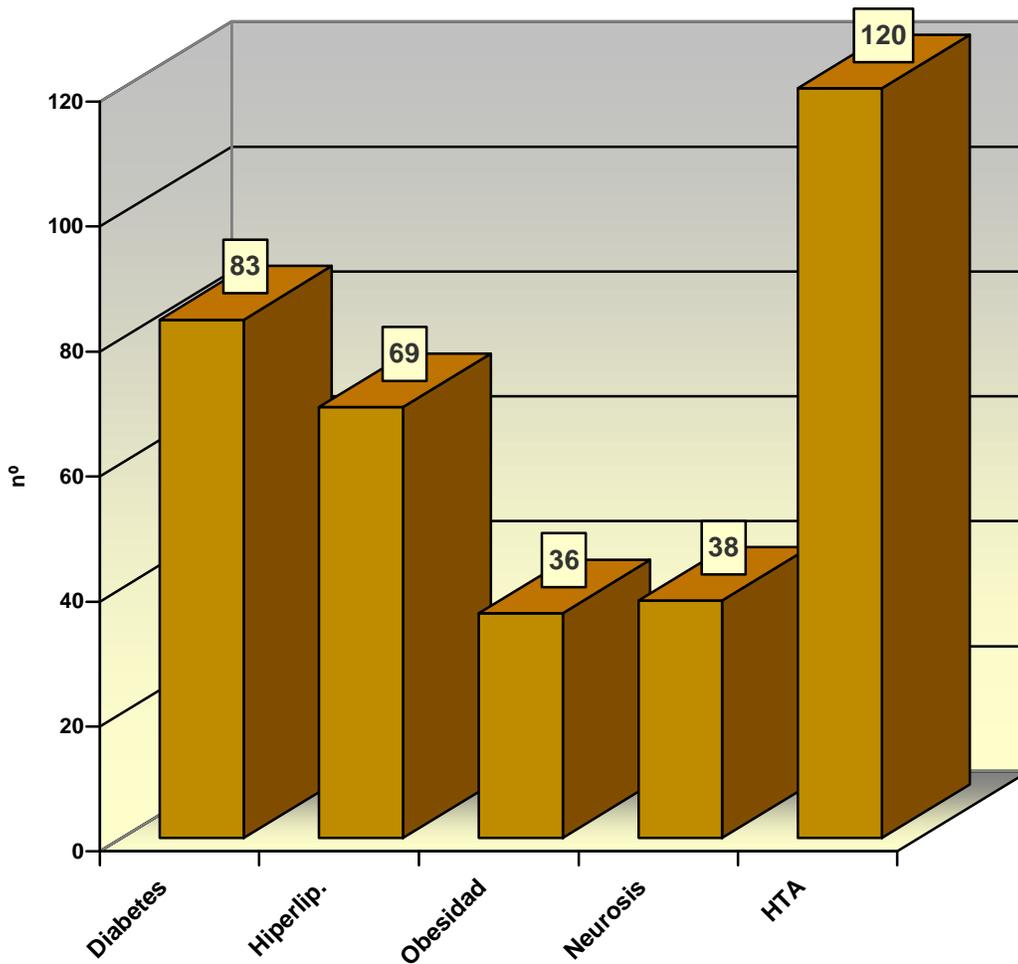


**Figura 140: Diagnósticos secundarios emitidos. Consulta de Neumología**



En el total de las 4 consultas del S° de M. Interna analizadas, se puede concluir que se dan 5 diagnósticos 2<sup>os</sup> más frecuentemente, independientemente de la especialidad, fundamentalmente de la esfera endocrino-metabólica: Diabetes Mellitus, Hiperlipemia, Obesidad; Psiquiátrica: síndrome Ansioso-depresivo y la H.T.A. Este último es el diagnóstico más citado, con 120 ocasiones, seguido de la Diabetes Mellitus, con 83 casos. El número total de diagnósticos emitidos con esos procesos vienen representados en la **Figura 141:**

**Figura 141: Diagnósticos 2os emitidos. Total de consultas del S° de M. Interna**



### Resultados

Si contabilizamos conjuntamente el Diagnóstico Principal y el Diagnóstico 2º las enfermedades citadas en más de 100 ocasiones son las siguientes: Ulcera Péptica, 133 casos; Diabetes Mellitus, 134; Cardiopatía Isquémica, 174; H.T.A., 180 y E.P.O.C., 217. En la siguiente Tabla se puede apreciar el número de estos diagnósticos por especialidades:

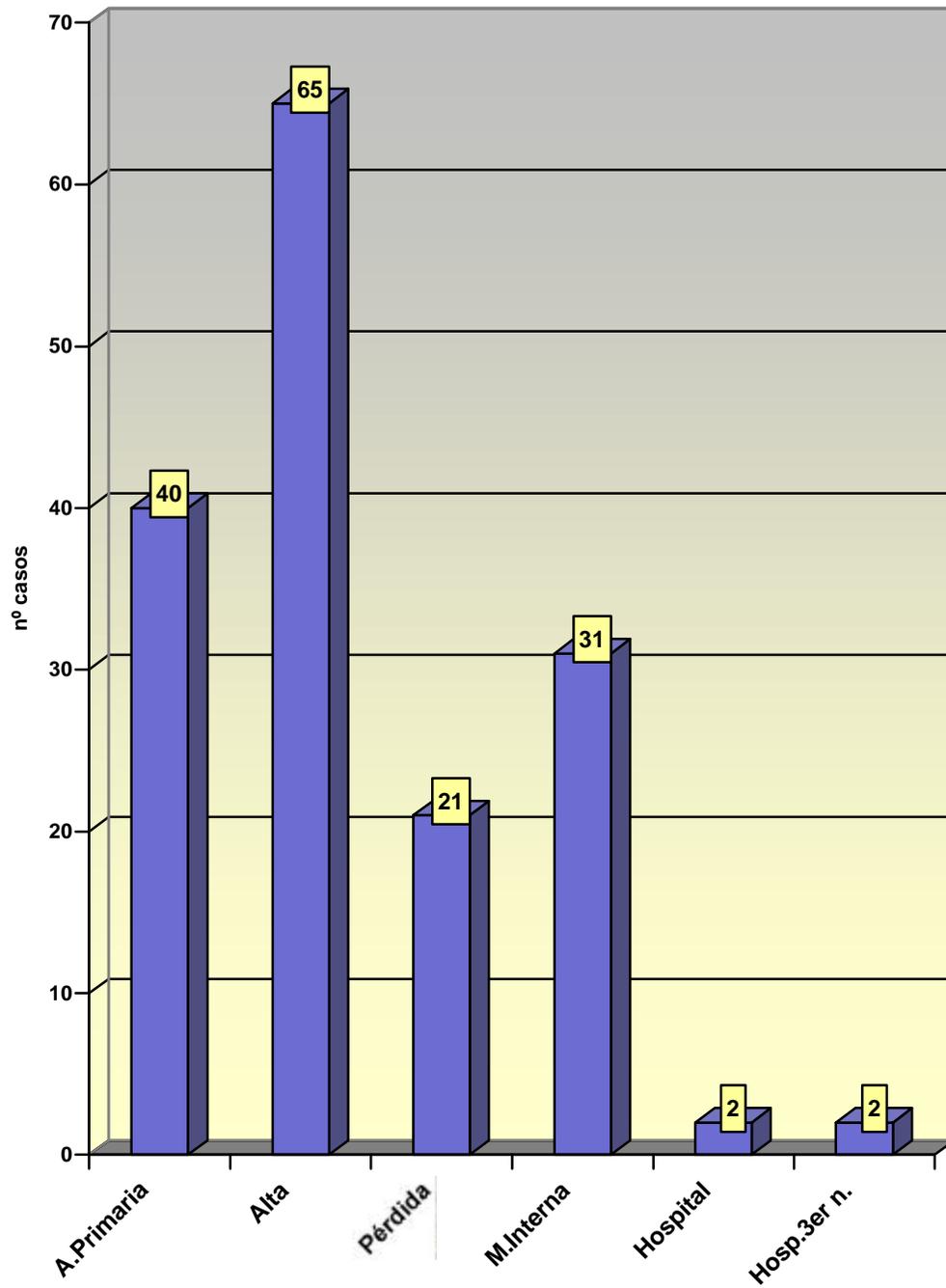
**Tabla 25: Diagnósticos más frecuentes emitidos en las consultas del Sº de M. Interna, por especialidad**

	M. Interna	Cardiología	Digestivo	Neumología	TOTAL
<b>Diabetes M.</b>	111	21	9	14	155
<b>Ansioso-dep</b>	50	0	21	0	71
<b>H.T.A.</b>	88	79	0	21	188
<b>C.Isquémica</b>	19	153	0	2	174
<b>E.P.O.C.</b>	3	19	0	195	217
<b>Ulcus pépt.</b>	6	0	133	0	139
<b>T. dig. Func.</b>	0	0	152	0	152

**4. 3. Tipo de Enfermedad.** En total se han emitido 1.595 Diagnósticos Principales a otros tantos enfermos. En los restantes 202 pacientes, o no se le había detectado ninguna enfermedad o no se había dado ningún diagnóstico. Se han dado 1.015 diagnósticos 2ºs, lo que significa 1,64 diagnósticos de media por enfermo con asignación diagnóstica.

Como enfermedad aguda se han dado 164 diagnósticos, 802 de enfermedad crónica simple y 628 de enfermedad crónica compleja. La curación ha sido la evolución más frecuente en los procesos agudos, con un 65%. En otras ocasiones, o falta el seguimiento (20%), o no queda señalado en la historia clínica (10%). Por todo ello, el alta definitiva (65 casos, 39,4%) o el seguimiento por A.Primaria (40 casos, 24,2%) son los destinos finales de la mayoría de estos pacientes. En consultas de M. Interna para continuar revisiones los hacen el 18,8% de ellos. No vuelven a acudir a consultas por pérdida de seguimiento o se desconoce el destino el 12,7% y 1,8% de estos pacientes, respectivamente (**Figura 142**).

**Figura 142: Enfermedad Aguda. Destino final del paciente**



### Resultados

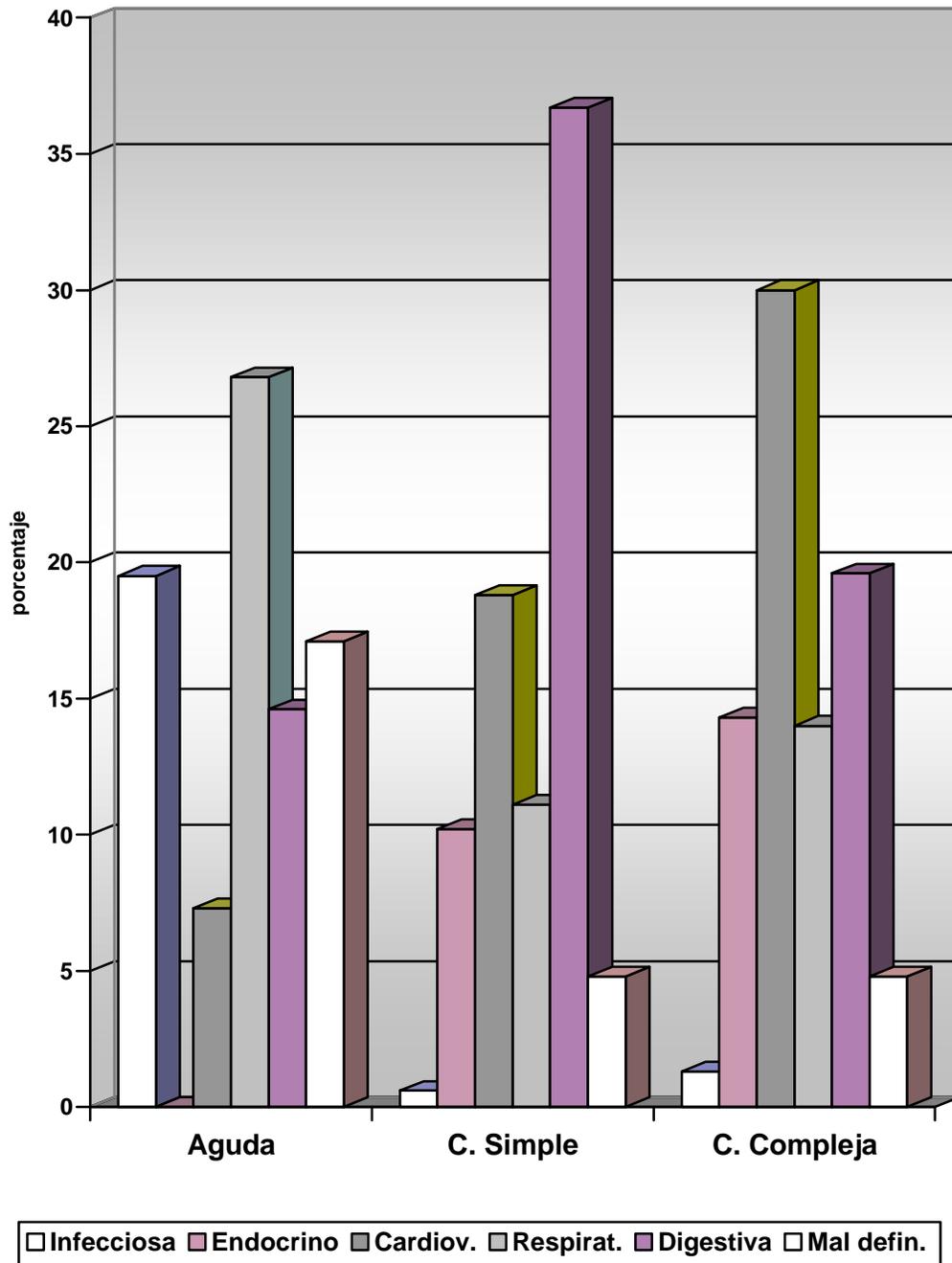
Los pacientes con enfermedades crónicas simples se desconoce su evolución en un 69% de los casos (65,6% de los que consta seguimiento). En 108 pacientes (13%) la evolución es favorable con las medidas terapéuticas indicadas (15,4% con seguimiento); en 58 enfermos (7%) no existe mejoría a pesar de un buen cumplimiento de estas medidas (8% con seguimiento); en 51 enfermos (6%), la evolución clínica es variable, con fases de mejoría y otras de empeoramiento. Un pequeño grupo de pacientes (1,9-2%) no se produce mejoría, no cumpliendo el tratamiento correctamente.

En las enfermedades crónicas complejas, un 41% de pacientes (255) no se conoce su evolución (36,6% con seguimiento). La mejoría ocurre en 167 enfermos (27% del total), 35 de ellos de forma notable. En 88 enfermos (14%), no se produce mejoría, por la propia enfermedad (17 pacientes) o por otras circunstancias (71 pacientes); y en 111 casos (18%) la evolución es variable en el tiempo.

En los procesos agudos, el grupo de enfermedad de la CIE-9 más frecuentemente encontrado ha sido de tipo respiratorio (26,8%), seguido de la patología infecciosa (19,5%) y los “signos y síntomas mal definidos” (17,1%). Con el 14,6% aparecen los procesos digestivos. Este grupo de cuadros clínicos es el más citado en las enfermedades crónicas simples, con el 36,7% de los casos. Los procesos cardiovasculares son los segundos en frecuencia, con el 18,8%, y los respiratorios en tercer lugar, con el 11,1%. Las enfermedades hematológicas suponen el 10,2% de los diagnósticos en este grupo de procesos.

La patología cardiovascular es la mayormente diagnosticada en los procesos crónicos complejos (30%), con una diferencia sustancial de los procesos digestivos (19,6%). La patología respiratoria y endocrino-metabólica muestran porcentajes similares (14% y 14,3%, respectivamente) (*Figura 143*)

**Figura 143: Tipo de enfermedad y grupo por la CIE-9**

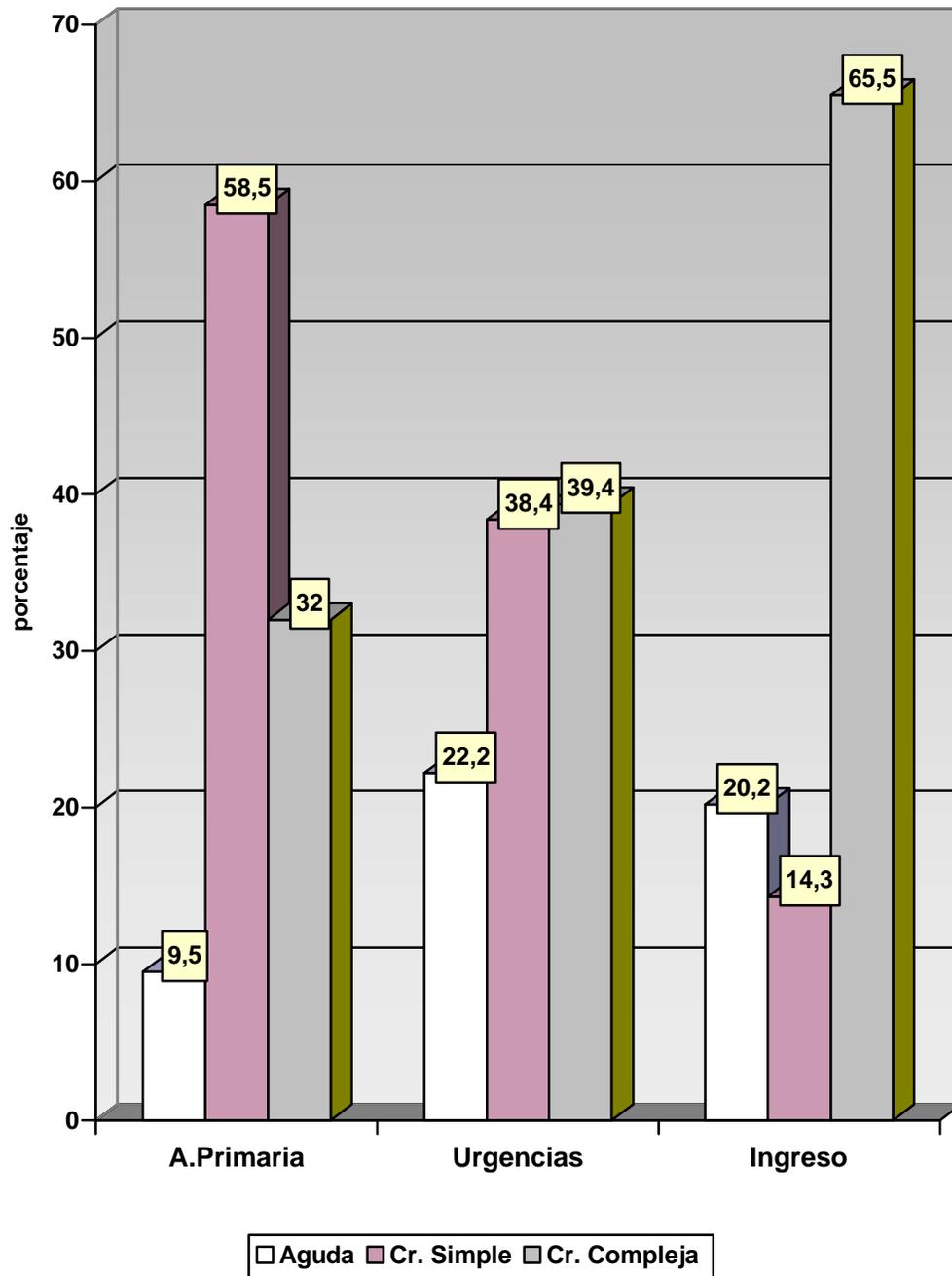


### Resultados

Las enfermedades agudas más diagnósticadas son de la esfera respiratoria: TBC pulmonar, 11 pacientes; Neumonía, 17; Sinusitis y rinitis aguda, 15; dolor torácico, 7 y Hemoptísis, 6. La Brucellosis aguda (7 casos), el síndrome febril (3 casos), virasis (3 casos), Fiebre Q (3 casos), y Hepatitis aguda (5 casos) son los procesos infecciosos más frecuentes. La Dispepsia Gástrica Aguda (3 enfermos) y la Gastritis Aguda (6 enfermos) son las enfermedades agudas digestivas más nombradas.

Se aprecian diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) al comparar el tipo de enfermedad según la procedencia del enfermo: Atención Primaria remite pacientes mayormente con procesos crónicos simples, la hospitalización de M. Interna los envía con enfermedades crónicas complejas y la Urgencia con enfermedades crónicas en similar proporción, pero tomando importancia los procesos agudos (***Figura 144***).

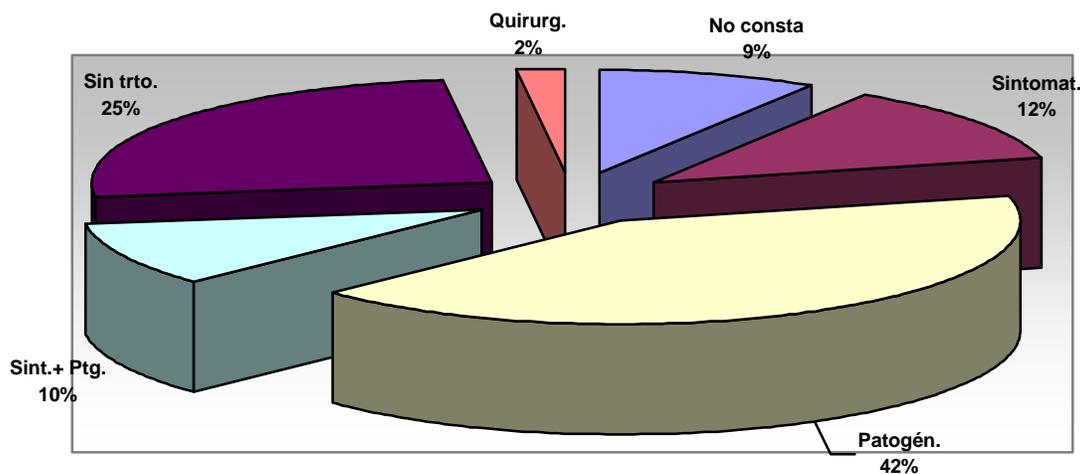
**Figura 144: Tipo de enfermedad en el diagnóstico principal según procedencia. En porcentaje sobre el total**



**4. 4. Medidas terapéuticas indicadas con el diagnóstico final.** Con respecto al tratamiento indicado con el diagnóstico final, se hizo constar aquel en el informe en 1.637 pacientes (91%). Por especialidades, M. Interna 528 de 567 pacientes (93%), Cardiología 325 de 337 (96%), Digestivo 492 de 593 (83%) y Neumología 292 de 300 (97%).

**4. 4. 1. Tipo de tratamiento.** Medidas no farmacológicas de tratamiento, mediante algún tipo de educación sanitaria se ha consignado en 521 pacientes (29%). No se han utilizado fármacos después del diagnóstico en 647 pacientes (36%): en 160 casos no queda constancia en la historia clínica de su uso, en 450 directamente no se indica tratamiento y en 37 casos, éste es quirúrgico. Medicamentos se han utilizado en 1.150 pacientes (64%): en 217 enfermos, el tratamiento ha sido sintomático, en 748 etiológico o patogénico, en 182 ambos tipos de tratamiento, y en sólo 3 éste se puede considerar erróneo (**Figura 145**).

**Figura 145: Tipo de tratamiento después del diagnóstico final**



De los 1.322 pacientes que no recibieron tratamiento en la 1ª visita, 422 tampoco se indicaba después del diagnóstico final; en 138 enfermos el tratamiento se ha considerado sintomático; en 497 causal o patogénico y en 105 ambos tipos de tratamiento. En 34 de estos pacientes se indicó cirugía. En 119 casos no se hacía constar el tratamiento indicado.

Aquellos pacientes tratados en la 1ª visita a la consulta no se les modificó el tipo de tratamiento en el 79% de los casos. En los 121 casos que el tratamiento en la 1ª visita fuera sintomático, éste se mantuvo en 72 ocasiones (60%); se cambió a un tratamiento patogénico en 10 enfermos; se le añadió este tratamiento en otros 13 enfermos y no se indicó tratamiento en 6 pacientes. En 16 no se hacía constar en el informe.

De los 265 pacientes tratados patogénicamente en la 1ª visita se les dejaba el mismo tipo de tratamiento a 232 (88%). En 13 ocasiones se le añadió tratamiento sintomático, en 3 se le sustituyó por este tipo de tratamiento, en 8 enfermos no se le indicó tratamiento y en 8 no se hacía constar esta circunstancia en la historia o el informe clínicos.

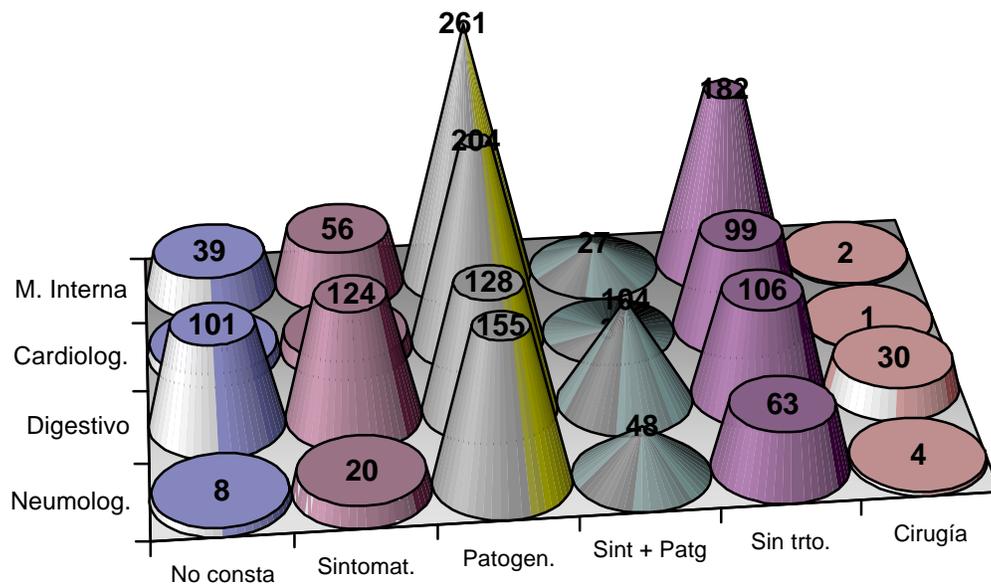
Igualmente, los pacientes con tratamiento sintomático y patogénico en la 1ª visita se les mantenía el mismo tipo de tratamiento una vez diagnosticados, en el 77% de los casos (48 de 62). No se indicó tratamiento en 3 enfermos y no se hacía constar éste en 4 pacientes. Otros 2 casos se les dejó tratamiento sintomático, y en 4, sólo patogénico. La cirugía fue la elección en 1 paciente.

Una vez retirados del conjunto total de pacientes aquellos cuyo diagnóstico definitivo se había dado el mismo día de la 1ª visita, y en los que se hacía constar el tratamiento, éste se había modificado en el 49% del total: si el tratamiento inicial era sintomático, se mantuvo en 38 de 85 casos (45%); si el tratamiento inicial era patogénico se quedó así en 89 de 115 pacientes (77%); si el tratamiento era de ambos tipos no se varió en 14 de 25 enfermos (56%). Cuando no se indicaba tratamiento en la 1ª visita (1.113 pacientes), este criterio se mantuvo en el 25% de las ocasiones (278 pacientes). Hay que tener en cuenta que en 130 pacientes, de los 1.353 totales, no se indicaba el tipo de tratamiento en el informe o historia después del diagnóstico final.

### Resultados

Se aprecian diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en el tipo de tratamiento indicado por las distintas consultas de especialidad. La consulta de Digestivo es la que en mayor cuantía no indica el tratamiento después del diagnóstico definitivo, con un 17%. M. Interna es la segunda, con el 6,9%. Igualmente Digestivo es la especialidad que más prescribe tratamiento sintomático, con el 21%. M. Interna lo hace en el 10% de los casos. El tratamiento patogénico o etiológico es aconsejado mayormente por Cardiología (60,5%), siendo recomendado por Neumología en el 52% de los pacientes y por M. Interna en el 46% de ellos. Ambos tipos de tratamiento se observan fundamentalmente en Digestivo y Neumología, con el 17,5% y 16%, respectivamente. Sin ningún tipo de tratamiento salen el 32% de los pacientes de la consulta de M. Interna, el 29% de la consulta de Cardiología, el 18% de la consulta de Digestivo y el 21% de Neumología. El tratamiento quirúrgico ha sido el de elección en el 5% de los pacientes de Digestivo y del 1,3% de Neumología (*Figura 146*).

**Figura 146: Tipo de tratamiento después del diagnóstico final. Por especialidades**



### Resultados

Los tipos de tratamiento indicados en la 1ª visita y en el informe final no muestran diferencias estadísticamente significativas, aunque se modifican en las distintas especialidades, fundamentalmente en Digestivo (Tablas 25 a 28)

**Tabla 25:** Tipo de tratamiento en la 1ª visita y en el informe final. Especialidad de M. Interna

TIPO DE TRATAMIENTO	Tratamiento 1ª visita (%)	Tratamiento final (%)
Sintomático	39 (19,5)	56 (16)
<b>Etiológico/Patogénico</b>	137 (65,5)	261 (75,5)
<b>Sintomático+Patogénico</b>	24 (12)	27 (8)
<b>Quirúrgico</b>	0 (0)	2 (0,5)

**Tabla 26:** Tipo de tratamiento en la 1ª visita y en el informe final. Especialidad de Cardiología

TIPO DE TRATAMIENTO	Tratamiento 1ª visita (%)	Tratamiento final (%)
Sintomático	5 (9)	17 (7,5)
<b>Etiológico/Patogénico</b>	50 (89)	204 (91)
<b>Sintomático+Patogénico</b>	1 (2)	3 (1)
<b>Quirúrgico</b>	0 (0)	1 (0,5)

**Tabla 27:** Tipo de tratamiento en la 1ª visita y en el informe final. Especialidad de Digestivo

TIPO DE TRATAMIENTO	Tratamiento 1ª visita (%)	Tratamiento final (%)
Sintomático	74 (48)	124 (32)
<b>Etiológico/Patogénico</b>	49 (32)	128 (33)
<b>Sintomático+Patogénico</b>	31(20)	104 (27)
<b>Quirúrgico</b>	0 (0)	30 (8)

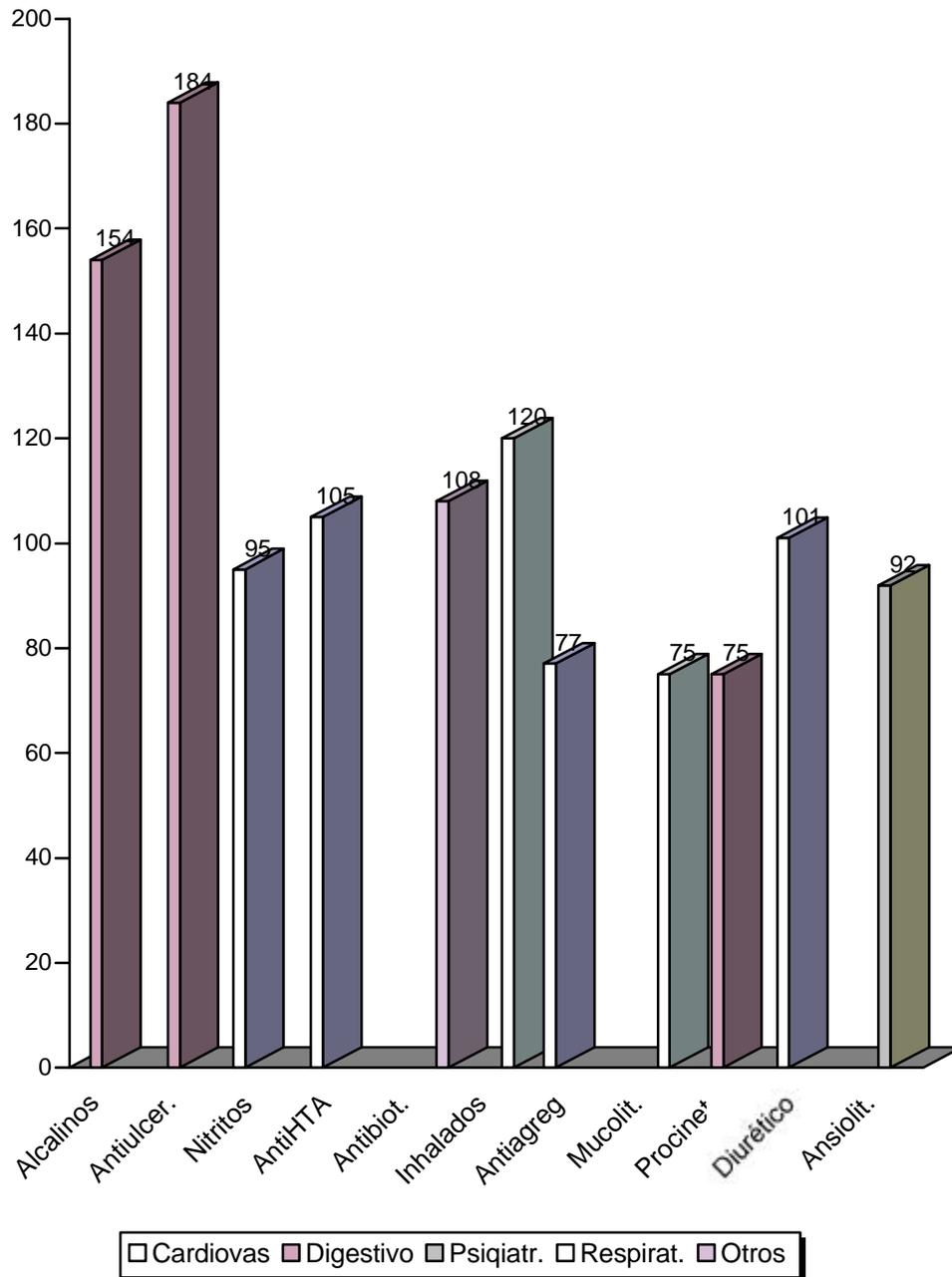
**Tabla 28: Tipo de tratamiento en la 1ª visita y en el informe final. Especialidad de Neumología**

TIPO DE TRATAMIENTO	Tratamiento 1ª visita (%)	Tratamiento final (%)
Sintomático	3(8)	20 (9)
<b>Etiológico/Patogénico</b>	29 (76)	155 (68)
<b>Sintomático+Patogénico</b>	6 (16)	48 (21)
<b>Quirúrgico</b>	0 (0)	4 (2)

**4. 4. 2. Tratamiento farmacológico.** En el total de consultas se indicaron un total de 2.136 medicamentos en 1.150 enfermos, lo que equivale a 1,85 fármacos de media por enfermo tratado médicamente. En las distintas consultas se indicaron los siguientes medicamentos: M. Interna 636 en 344 tratados (media: 1,85); Cardiología 520 en 225 tratados (media: 2,31); Digestivo 537 en 356 tratados (media: 1,50) y Neumología 440 en 225 tratados (media: 1,45).

Por grupos de medicamentos los más utilizados son los antiulcerosos (184) y alcalinos (154) (Grupo A). Con un uso superior a 100 también se encuentra los IECA (Inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina) (112) y Antihipertensivos (105) (Grupo C), antibióticos (108) (Grupo J), broncodilatadores inhalados (120) (Grupo R), y diuréticos (101) (Grupo C). Por aparatos son los fármacos de la esfera digestiva y cardiovascular los más utilizados, con 525 y 717, respectivamente. Es igualmente significativa la indicación de medicamentos psiquiátricos ansiolíticos y benzodiazepinas (BZP) (92) y menos los antidepresivos (13) (Grupo N). Los analgésicos y AINE (Antinflamatorios no esteroideos) son frecuentemente utilizados (Grupo M) (*Figura 147*). En la **Tabla 29** se puede observar los medicamentos, según la clasificación anatómica de especialidades (236):

**Figura 147: Tratamiento final. Grupos de fármacos más importantes**

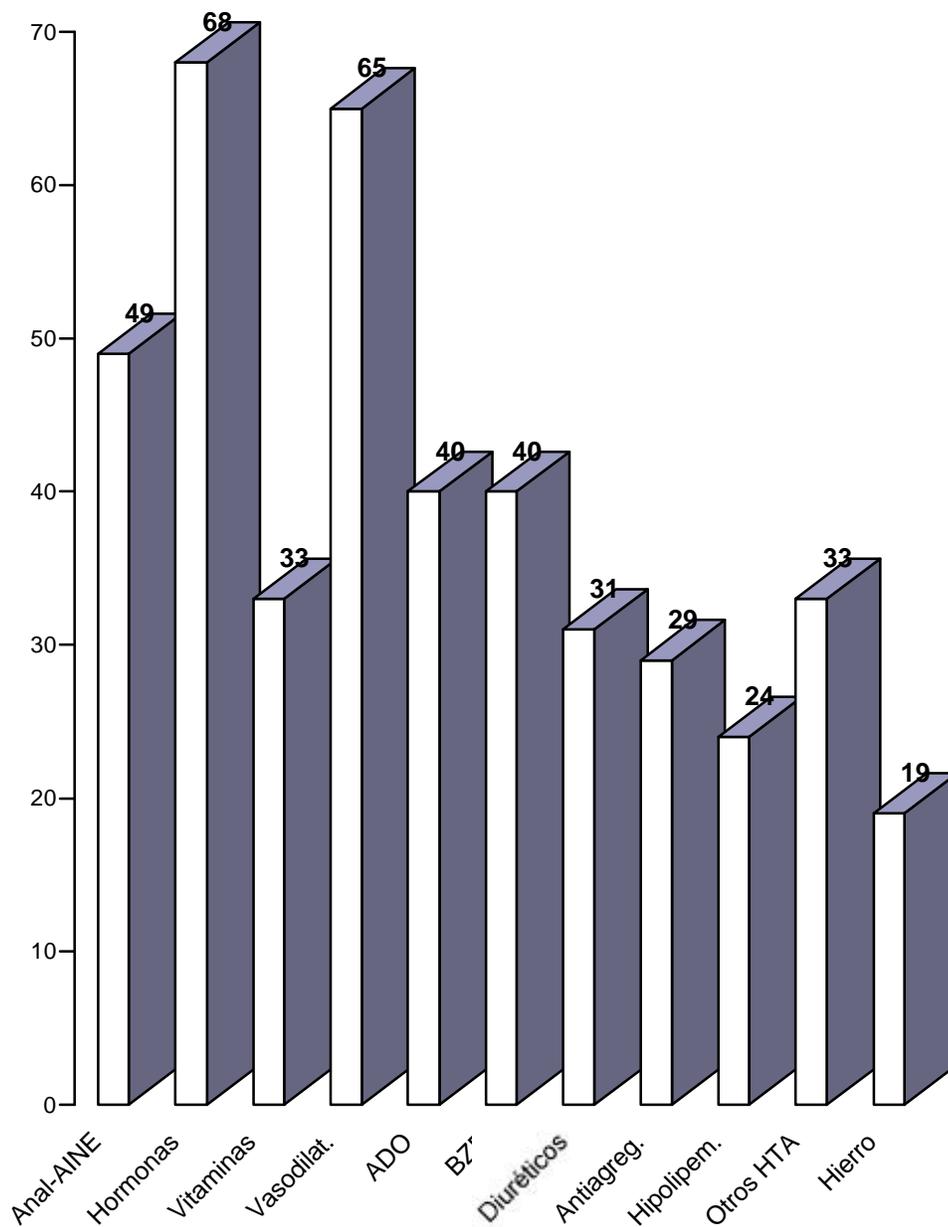


**Tabla 29: Clasificación Anatómica de Especialidades. Tratamiento final indicado en las consultas. Cifra absoluta y porcentaje**

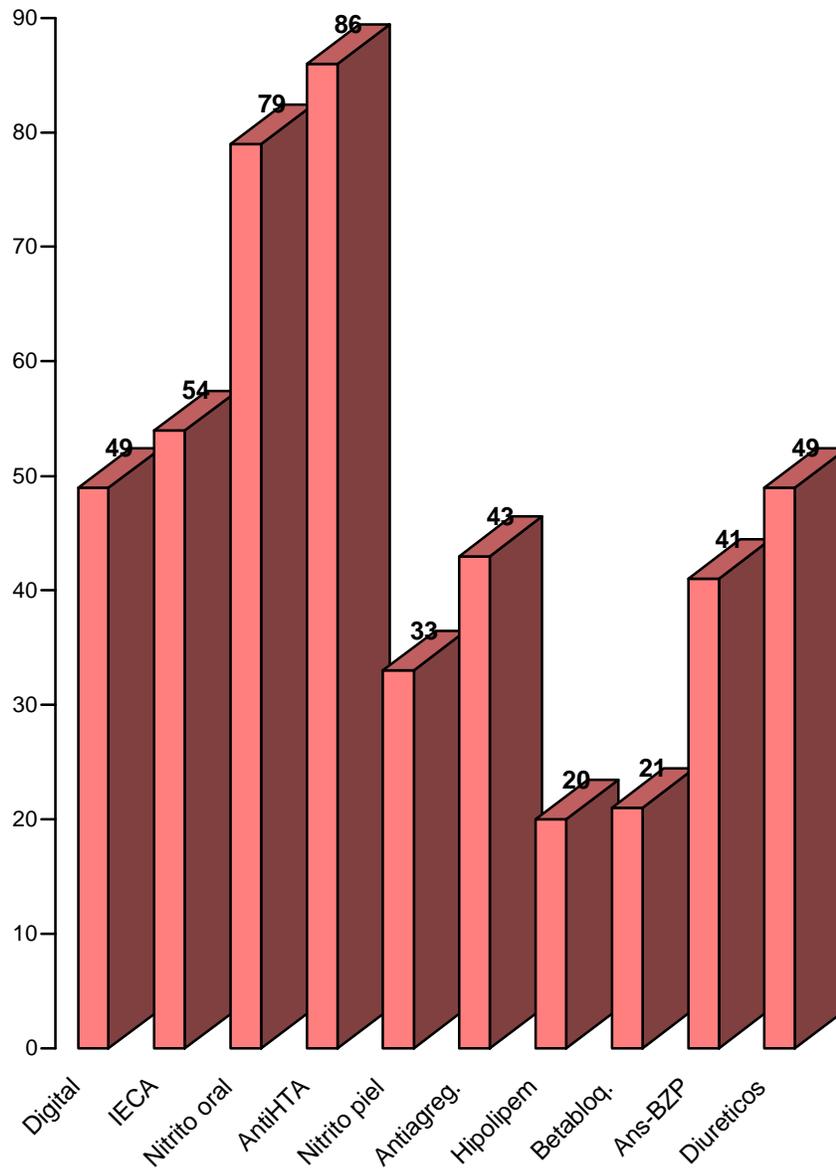
Grupo Terapéutico	Total absoluto	Total (%)
<b>A (aparato digestivo y metabolismo)</b>	684	32
<b>B (sangre y órganos hematopoyéticos)</b>	152	7,1
<b>C (aparato cardiovascular)</b>	599	28
<b>D (terapia dermatológica)</b>	44	2
<b>H (terapia hormonal)</b>	44	2
<b>J (antiinfecciosos)</b>	114	5,4
<b>M (aparato locomotor)</b>	29	1,4
<b>N (sistema nervioso central)</b>	183	8,6
<b>R (aparato respiratorio)</b>	283	13,3
<b>V (varios: inmunosupresores)</b>	1	0,04
<b>TOTAL</b>	2.133	100

Lógicamente, los grupos de medicamentos van a venir determinados por la consulta de especialidad donde han sido indicados. La consulta de M. Interna es la que más grupos de medicamentos utiliza, con una mayor dispersión. Los mayormente indicados son los siguientes: Hormonas (Insulina y hormona tiroidea) 68, IECA 42, analgésicos/antiinflamatorios 49, vitaminas 33, vasodilatadores cerebrales y sistémicos 65, ADO (Antidiabéticos orales) 40, benzodiazepinas 40, diuréticos 31, antiagregantes 29 e hipolipemiantes 24. La consulta de Cardiología indica básicamente medicamentos del sistema cardiovascular, siendo los más importantes los siguientes: digitálicos 49, IECA 54, nitritos orales 79, nitritos transdérmicos 33, antihipertensivos 86, antiagregantes 43, hipolipemiantes 20, betabloqueantes 21, ansiolíticos 34, y diuréticos 49. La especialidad de Digestivo indica fundamentalmente 5 grupos de medicamentos de aparato digestivo: alcalinos 36, antiulcerosos 63, laxantes 55, espasmolíticos y antiespasmódicos 39, y procinéticos 68. El grupo de fármaco más utilizado en Neumología es el de broncodilatadores inhalados, con 112. Otros medicamentos iindicados son los antibióticos (94), mucolíticos (70), teofilinas (57) y ya en menor cuantía, IECA y antihistamínicos (15), y diuréticos (12) (*Figuras 148 a 151*).

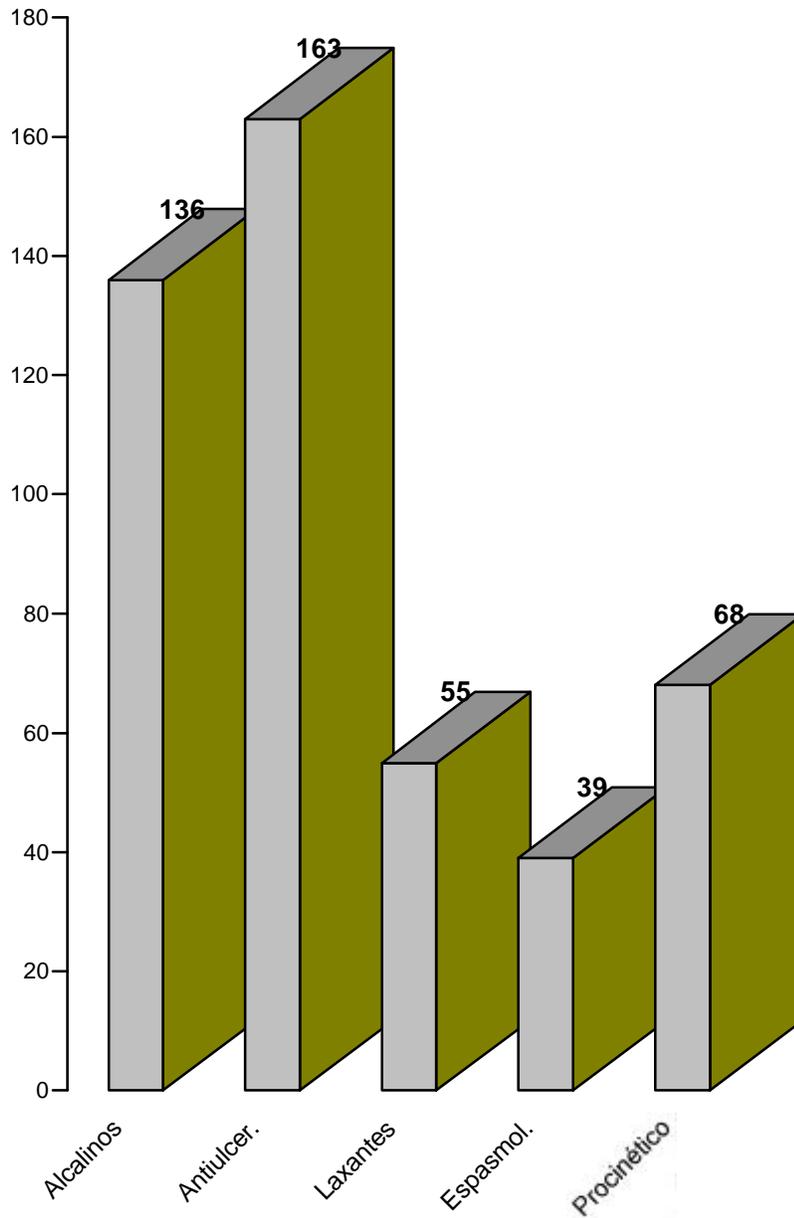
**Figura 148: Tratamiento final. Grupos de medicamentos.**  
**Consulta de M. Interna**



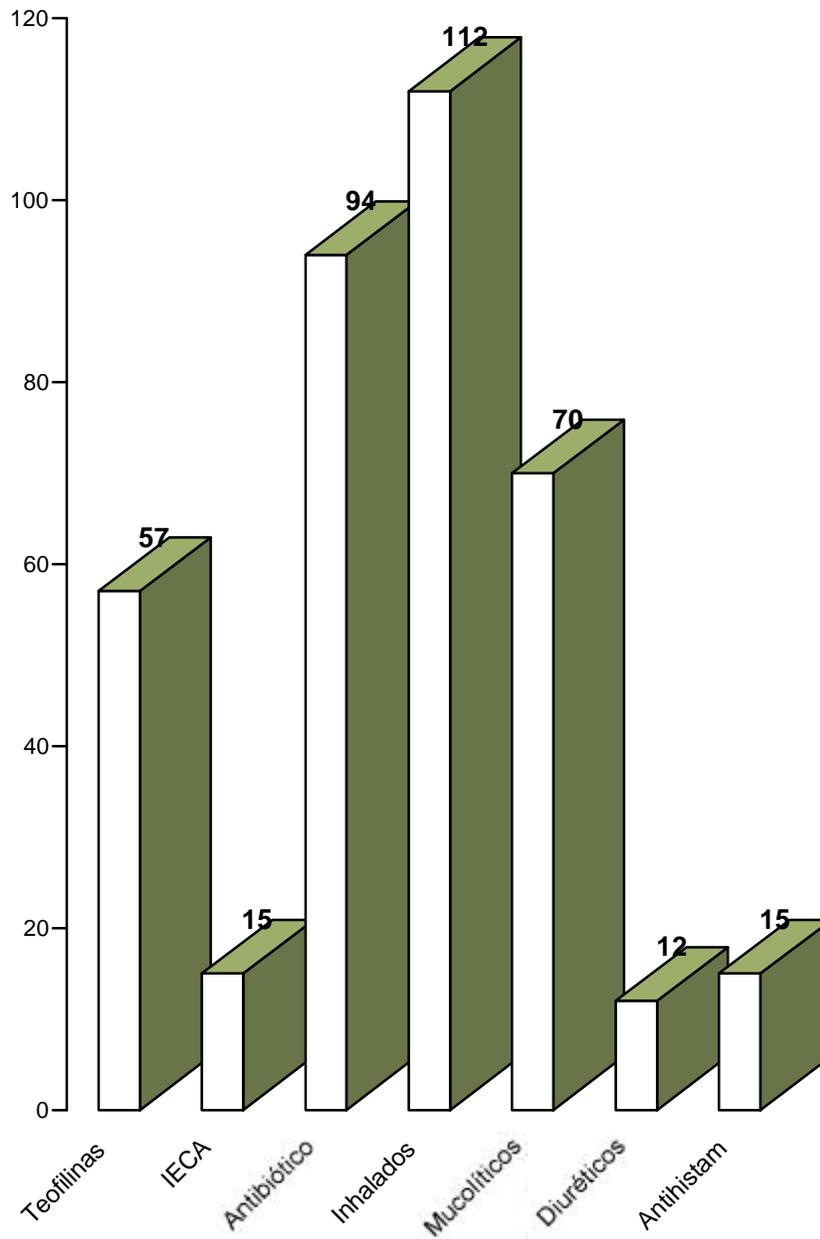
**Figura 149: Tratamiento final. Grupos de medicamentos.**  
**Consulta de Cardiología**



**Figura 150: Tratamiento final. Grupos de medicamentos.**  
**Consulta de Digestivo**



**Figura 151: Tratamiento final. Grupos de medicamentos.**  
**Consulta de Neumología**

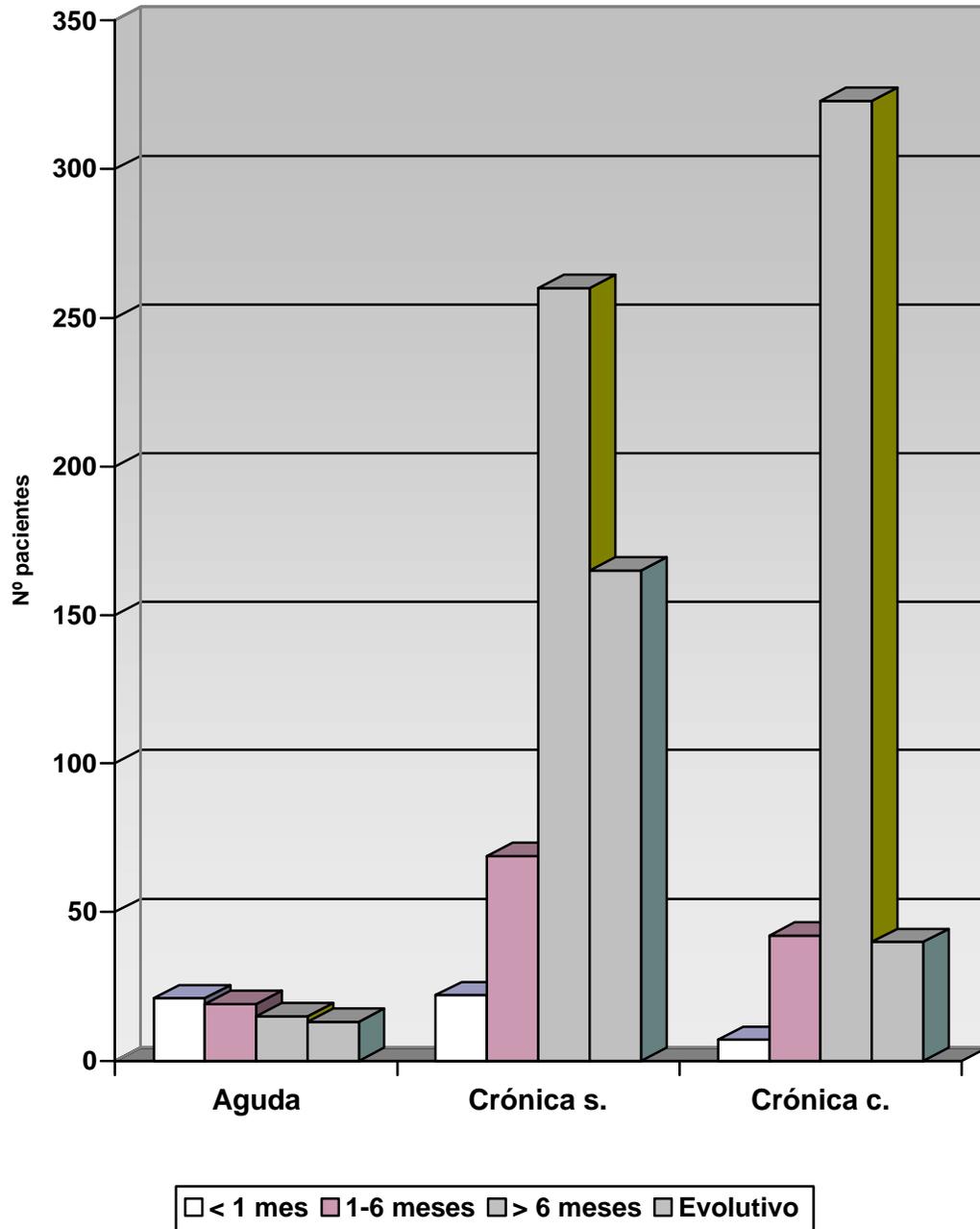


### Resultados

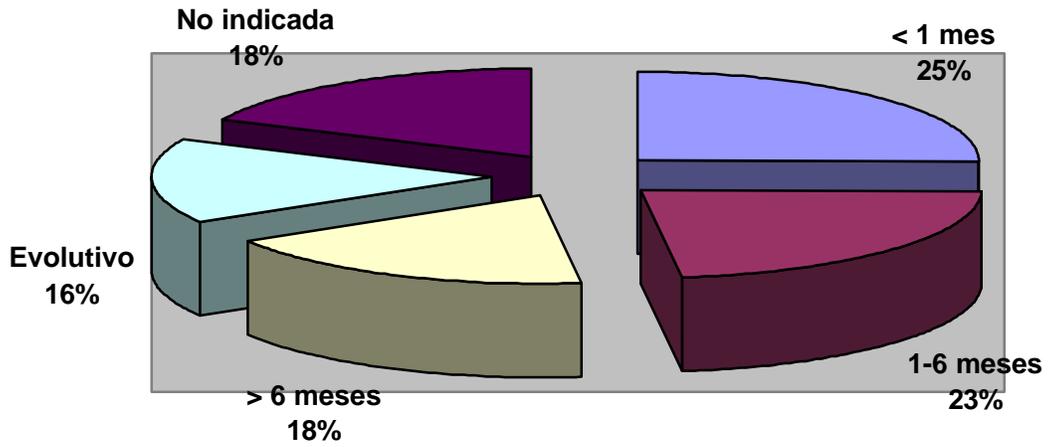
Según el tipo de enfermedad así va a depender el tratamiento y su duración. En los 165 pacientes con enfermedad aguda, el nº de fármacos utilizados ha sido de 135, lo que supone una media de 0,81 medicamento por enfermo. Los grupos más utilizados han sido los Antibióticos (30) y mucolíticos (18). Analgésicos.AINE (12) y alcalinos son los siguientes. En los 803 pacientes con enfermedad crónica simple se han indicado 985 medicamentos distintos (media por enfermo 1,22). Los grupos más usados han sido los antiulcerosos (116), alcalinos (101), procinéticos (62), IECA (42), benzodiazepinas (y ansiolíticos) (53), inhalados (44), antibióticos (43), laxantes (50), diuréticos (38) y ADO (31). Los fármacos utilizados en las 628 pacientes con enfermedades crónicas complejas han sido 996 (media por enfermo 1,57). En este caso los medicamentos más utilizados han sido de los sistemas cardiocirculatorio y respiratorio, y en menor medida el aparato digestivo: Nitritos orales y cutáneos 94, IECA 69, antihipertensivos 68, diuréticos 61, broncodilatadores inhalados 67, antiagregantes 47, teofilinas orales 39, digitálicos 36, antiulcerosos 62 y alcalinos 42. Las hormonas (tiroidea e insulina), con 46, ADO, con 22 y antibióticos (34) se indican con frecuencia, igualmente.

La duración del tratamiento se indicó en 1.006 pacientes (87,5%) del total de 1.150 en los que se recomendó algún tipo de medicación. En la mayoría de los casos la duración ha sido superior a 6 meses (60%). De 1 a 6 meses se indicó en el 13% de los casos; menos de 1 mes en el 5% de los pacientes y dependiendo de la evolución clínica, en el 22%. En 996, de estos 1.006 enfermos existía un diagnóstico de enfermedad. En aquéllos casos de enfermedad aguda, la duración del tratamiento era inferior a 6 meses en el 59% de las ocasiones, y según evolución clínica, en el 19%. Sólo en 15 enfermos (22%) la duración se consideró debía ser mayor de 6 meses. Las enfermedades crónicas simples precisaban de tratamiento superior a 6 meses en el 50% de las ocasiones, y según evolución, en el 32%. En 91 pacientes el tratamiento fue menor de 6 meses (18%). En los pacientes con enfermedades crónicas complejas, el tratamiento se indicó con una duración de más de 6 meses en 323 ocasiones (78%) y evolutivo en 40 ocasiones (10%). Sólo en 7 casos (2%) el tratamiento se consideró durante un tiempo inferior a 1 mes (Figuras 152 a 155).

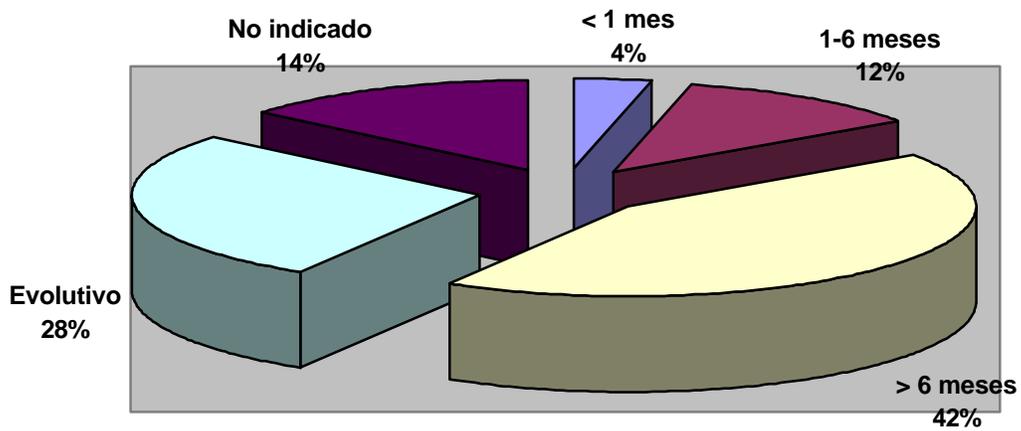
**Figura 152: Duración del tratamiento según el tipo de enfermedad**



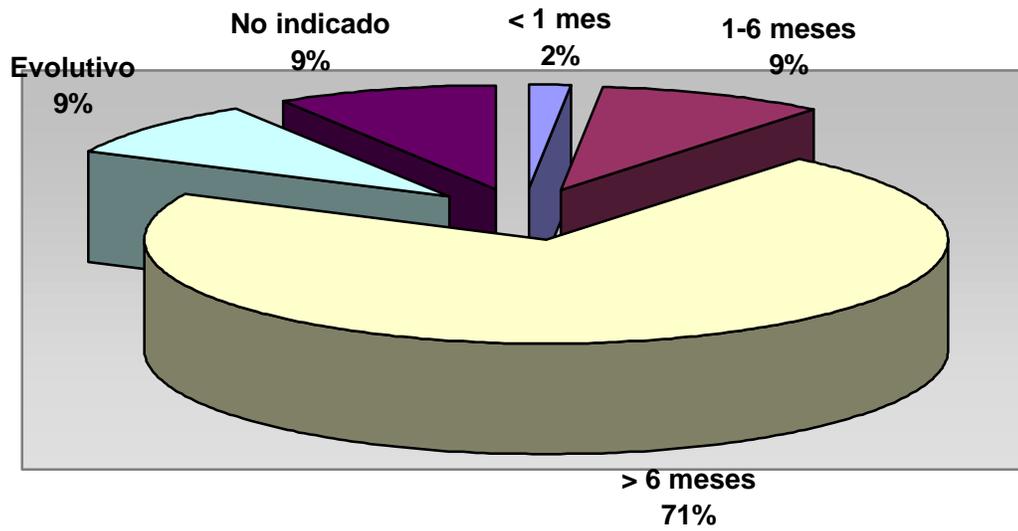
**Figura 153: Duración del tratamiento. Enfermedad aguda**



**Figura 154: Tiempo de tratamiento. Enfermedad crónica simple**



**Figura 155: Tiempo de tratamiento. Enfermedad crónica compleja**



## Resultados

**a) Número de dosis diarias.** En total se le indicó tratamiento farmacológico a 1.151 pacientes, con una dosis total diaria de 4.326, significando una dosis media por paciente de 3,758/día, y una D.E. de 2,372. El nº de dosis más repetido ha sido el de 3, con 228 pacientes (19,8%). Más de 10 dosis diarias únicamente recibieron 14 enfermos (1,2%). Por grupo de enfermedad se observan diferencias importantes entre ellas. En las 83 enfermedades agudas la media de dosis diaria ha sido de 4,036 y la D.E. de 2,211. la dosis diaria más repetida ha sido la de 3, con 23 pacientes (27,7%). Más de 5 dosis diaria recibieron el 22% de los pacientes. En las enfermedades crónicas, la media de dosis diaria ha sido de 3,737 y la D.E. de 2,383. se repite el nº 3 como la dosis más utilizada, con 205 pacientes (19,2%). Más de 5 dosis diarias recibieron el 20% de los pacientes. Los 601 pacientes con enfermedades crónicas simples recibieron una dosis diaria de 3,314 de media, y una D.E. de 2.035. Se repite el 3 como la dosis más utilizada, con 136 enfermos (22,6%), y más de 5 dosis recibieron el 14% de los pacientes (83 enfermos). La media de dosis diarias de los 453 pacientes con enfermedades crónicas complejas fue de 4,325 y la D.E. de 2,690. En estos pacientes, la dosis diaria más repetida fue la de 2, con el 17,2% (78 pacientes). Al 28% de los enfermos se les indicaba más de 5 dosis al día.

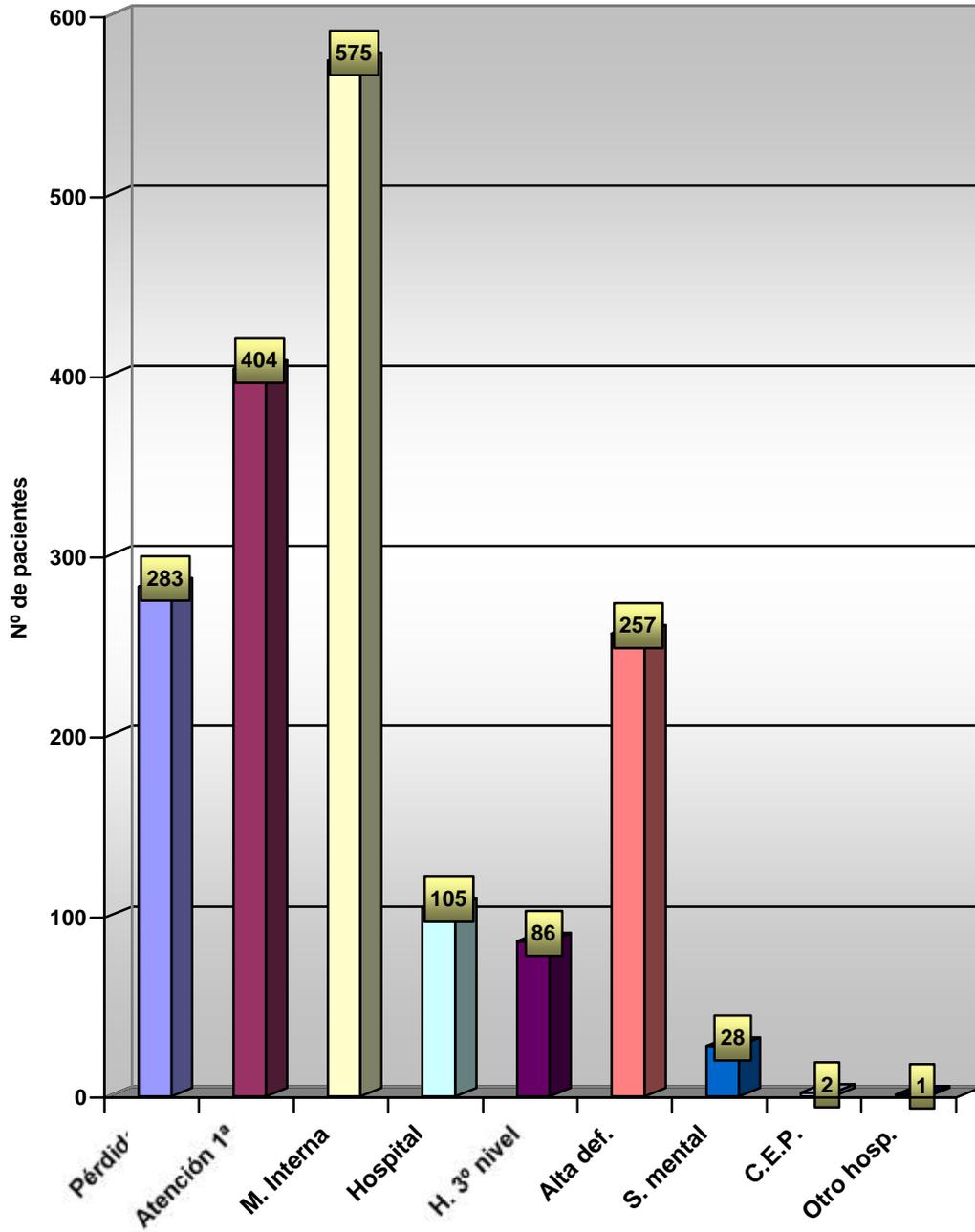
**b) Cumplimiento del tratamiento indicado.** En 170 pacientes de los 1.186 tratados (14%) se especifica en la historia clínica la cumplimentación del tratamiento prescrito. Por especialidad, M. Interna consta en el 10,7%, Cardiología en el 23,8%, Digestivo en el 12,7% y Neumología en el 13,1%. Un total de 120 enfermos siguieron convenientemente las indicaciones terapéuticas (72%). En 47 pacientes el tratamiento no se cumplió por distintos motivos: 21 por voluntad propia; 17 por efectos 2<sup>os</sup>, y 9 por otras circunstancias. La cumplimentación del tratamiento es independiente del grupo de enfermedad ( $p = 0,59$ ), del tipo de tratamiento ( $p = 0,73$ ) y de la evolución de la enfermedad ( $p = 0,08$  para las enfermedades crónicas simples, y  $p = 0,84$  para las enfermedades crónicas complejas).

**4. 4. 3. Modificación de hábitos.** En 84 informes clínicos o en la propia historia clínica (4,7% del total) se especifica sobre el cambio de hábitos. En 47 ocasiones se produce una modificación de los mismos (56%) y en 37 ocasiones esto no sucede (44%), con independencia del tipo de hábito adquirido ( $p = 0,19$ ). En las 339 historias clínicas en

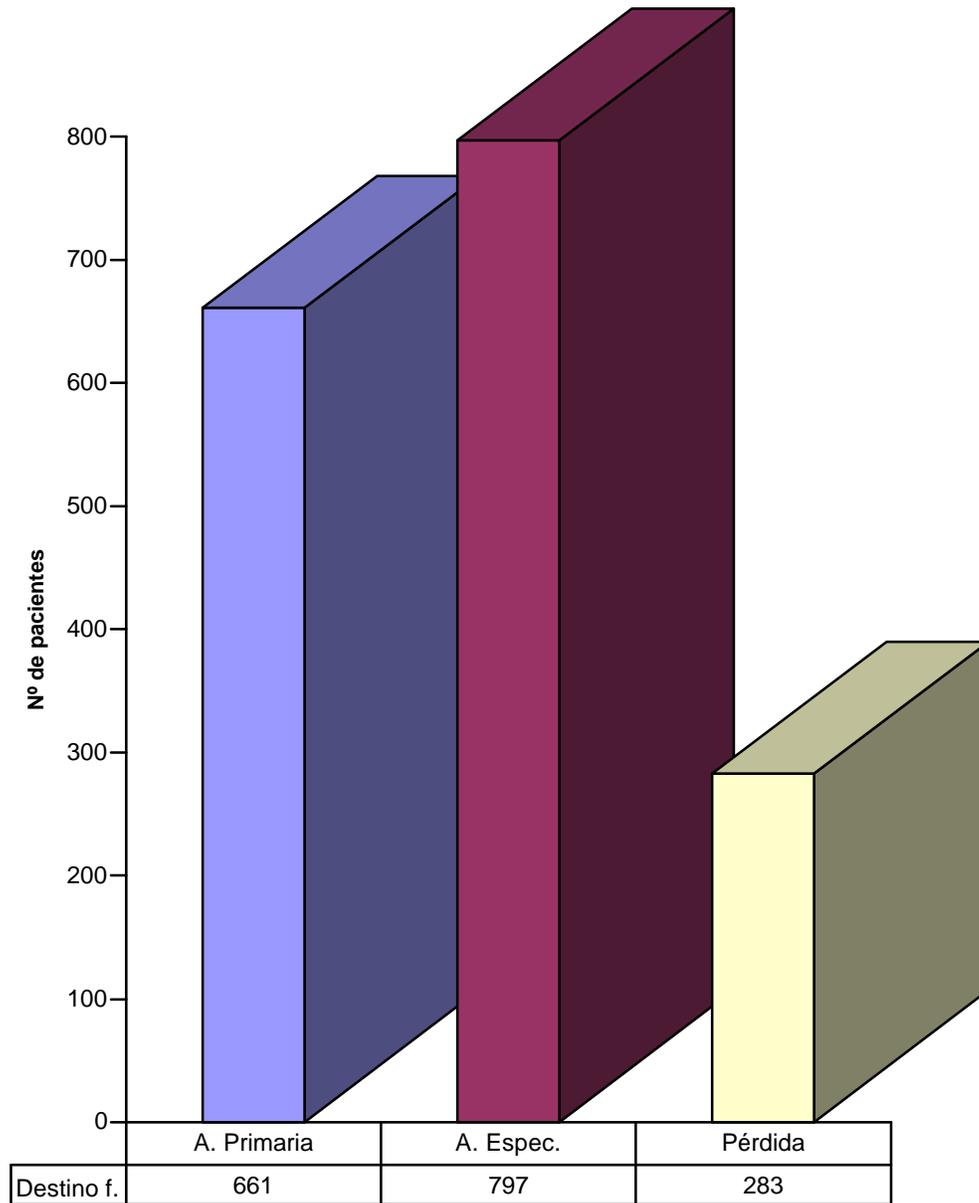
las que se recogía los hábitos del paciente en los antecedentes, únicamente en 63 (19%) se mencionaba la posibilidad de un cambio en los mismos, no siendo estadísticamente significativo ( $p > 0,05$ ) comparándolo con aquellos en los que este último dato no se señalaba.

**5. DESTINO FINAL DEL PACIENTE.** En 1.741 paciente (97%) se ha podido conocer la trayectoria definitiva del enfermo. En 283 casos (16,3%) se pierde el seguimiento no indicándose el alta por M. Interna; 404 pacientes (23,2%) se envían a Atención 1ª ; 575 enfermos (33%) continúan revisándose en las consultas del Sº de M. Interna; en 105 casos (6%) se remiten a otras consultas del hospital distinto al que lo estudia; 86 pacientes (4,9%) requieren para su manejo el hospital de referencia de mayor nivel; 257 enfermos (14,8%) se dan de alta definitiva por la consulta; 28 pacientes (1,6%) se derivan a Salud Mental; 2 (0,1%) al Ambulatorio de Especialidades y un solo paciente (0,1%) se envía a otro hospital. No se indica el ingreso de ningún paciente. En resumen, 797 pacientes (46%) continúan en el nivel especializado (incluido Salud Mental) después de ser estudiados en las consultas externas de M. Interna, 661 (38%) se envían a Atención 1ª y 283 (16,3%) no vuelven a la consulta por motivos personales (**Figura 156 y 157**).

**Figura 156: Consultas de M. Interna. Destino final del paciente**



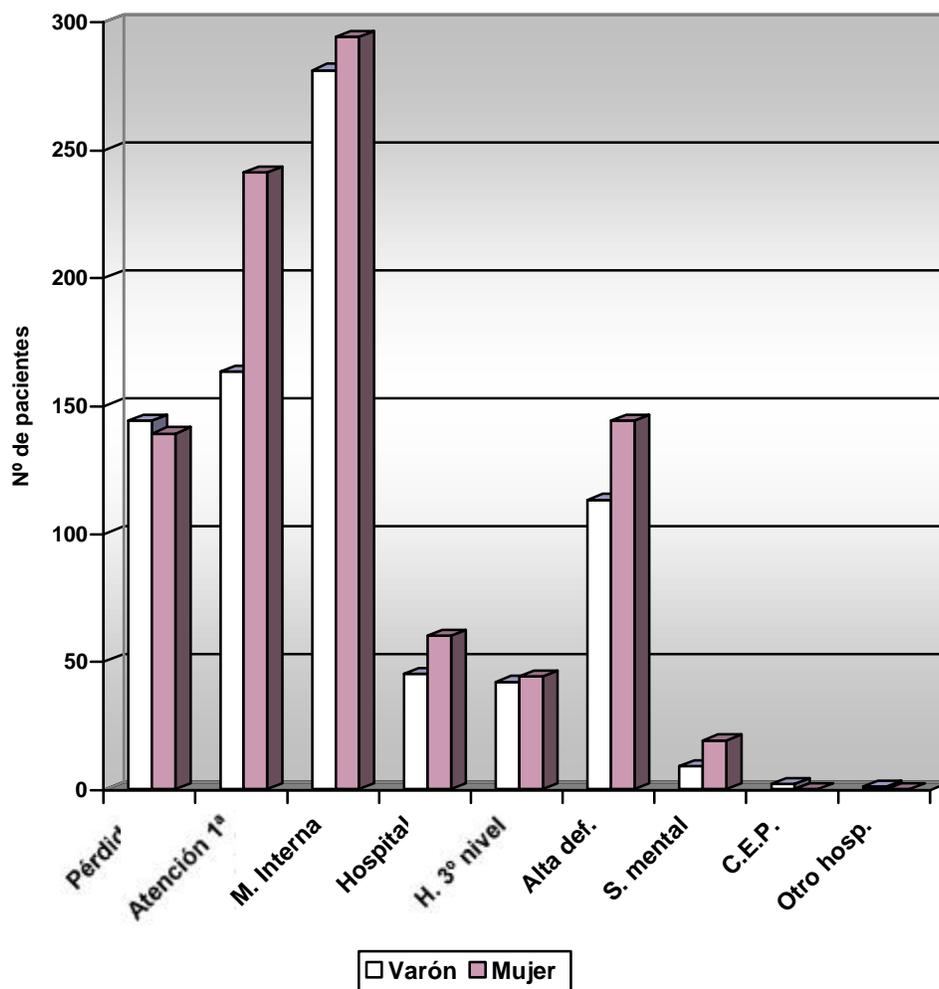
**Figura 157: Destino final del paciente. Nivel asistencial**



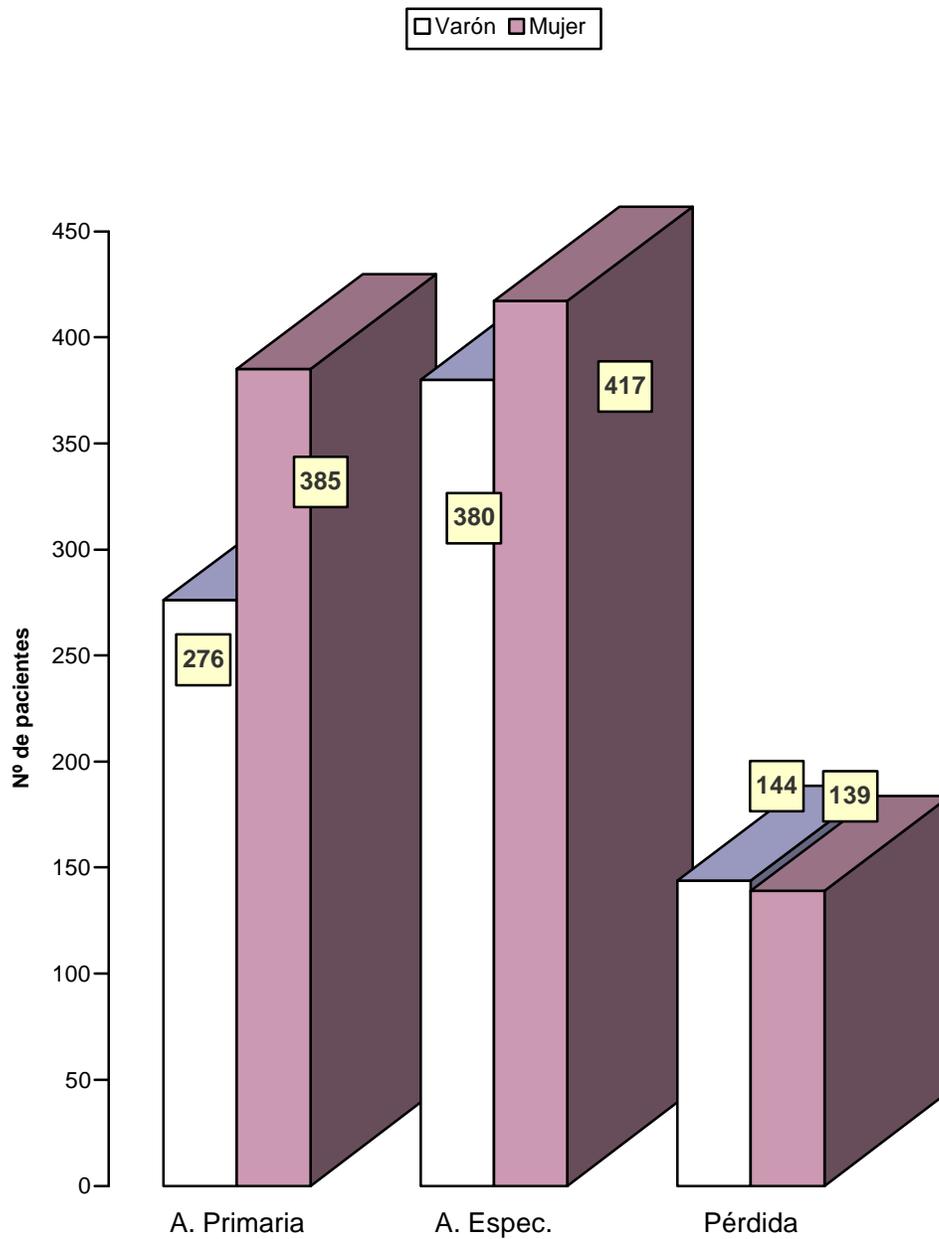
### Resultados

Se aprecian diferencias estadísticamente significativas del destino final del paciente, nivel especializado o nivel primario, en relación al sexo ( $p < 0,05$ ), descartando aquéllos en los que se desconoce su destino final o se pierde su seguimiento, o si incluimos estos últimos ( $p < 0,05$ ). En estas circunstancias, continúan su estudio y/o revisiones en ambos niveles asistenciales más mujeres que hombres (Figura 158 y 159)

**Figura 158: Consultas de M. Interna. Destino final del paciente. Por sexos**



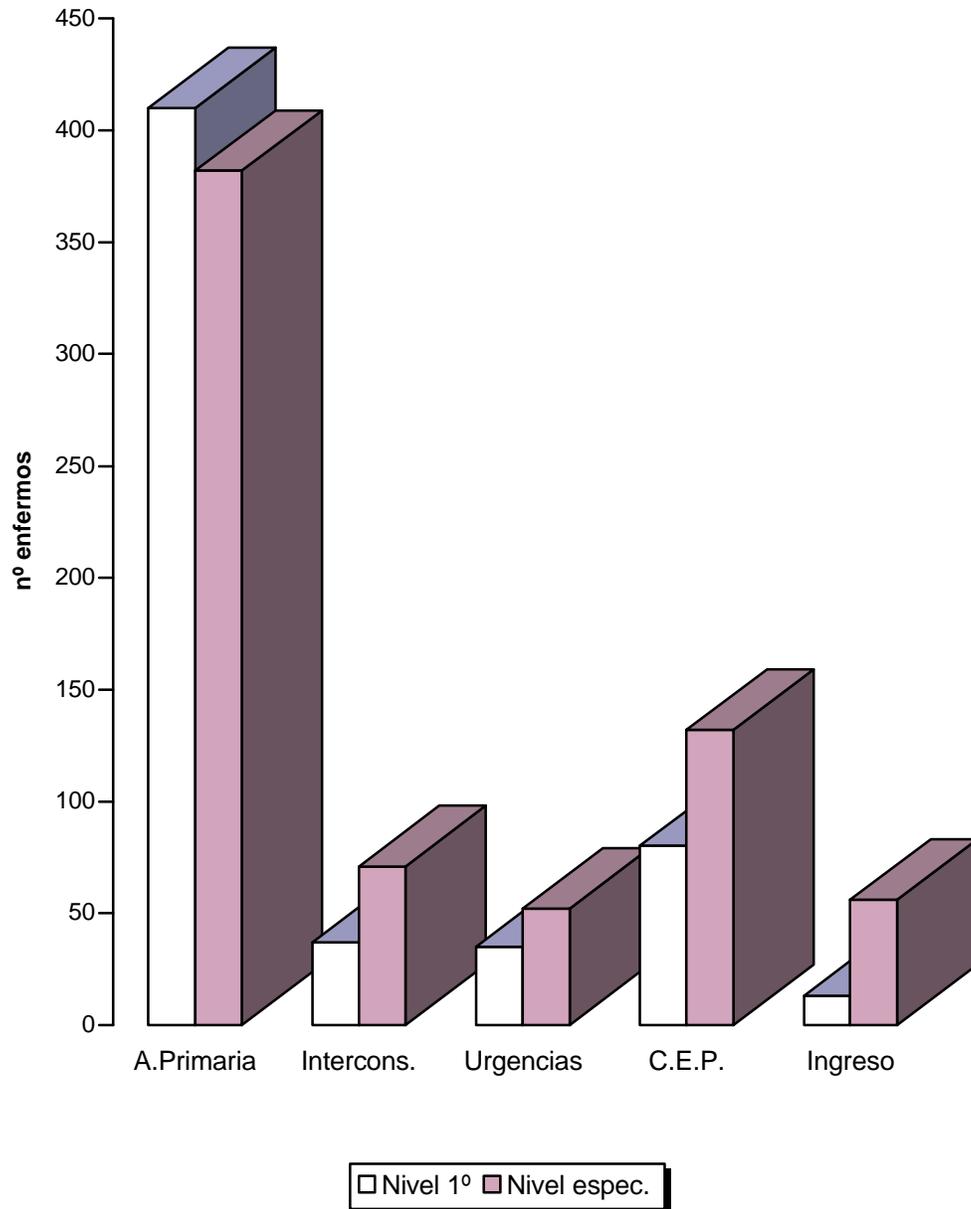
**Figura 159: Destino final del paciente. Nivel asistencial. Por sexos.**



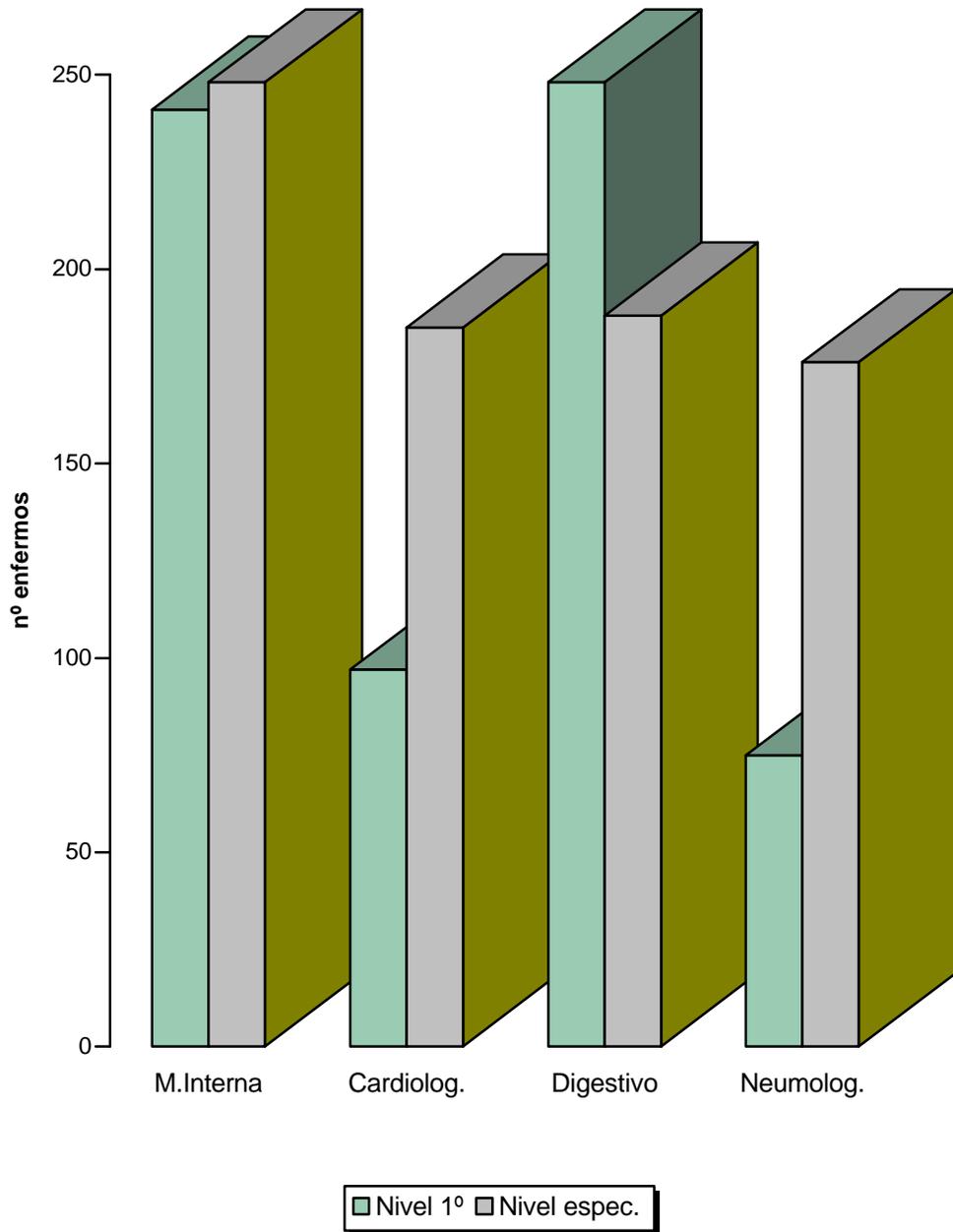
### Resultados

Igualmente se obtienen diferencias claramente significativas en relación con la procedencia del paciente y la consulta de especialidad en la que ha sido atendido. En el primer caso, los pacientes derivados desde Atención Primaria se remiten mayormente al nivel 1° de asistencia, una vez valorados y estudiados por el especialista, circunstancia que ocurre inversamente cuando la procedencia es de otras unidades o niveles asistenciales, que se mantienen en el nivel especializado ( $p < 0.001$ ). Similarmente, la consulta de Digestivo envía a sus enfermos al nivel 1° de asistencia más frecuentemente, ocurriendo lo contrario en el resto de las consultas, que mantienen predominantemente en el nivel especializado a los enfermos atendidos de 1ª vez en las consultas propias, aunque con diferencias entre ellas. Es también destacable el porcentaje de pacientes con pérdida de seguimiento entre las distintas consultas, que varía entre el 10,5% de Cardiología y el 24% de Digestivo (Figuras 160 a 162).

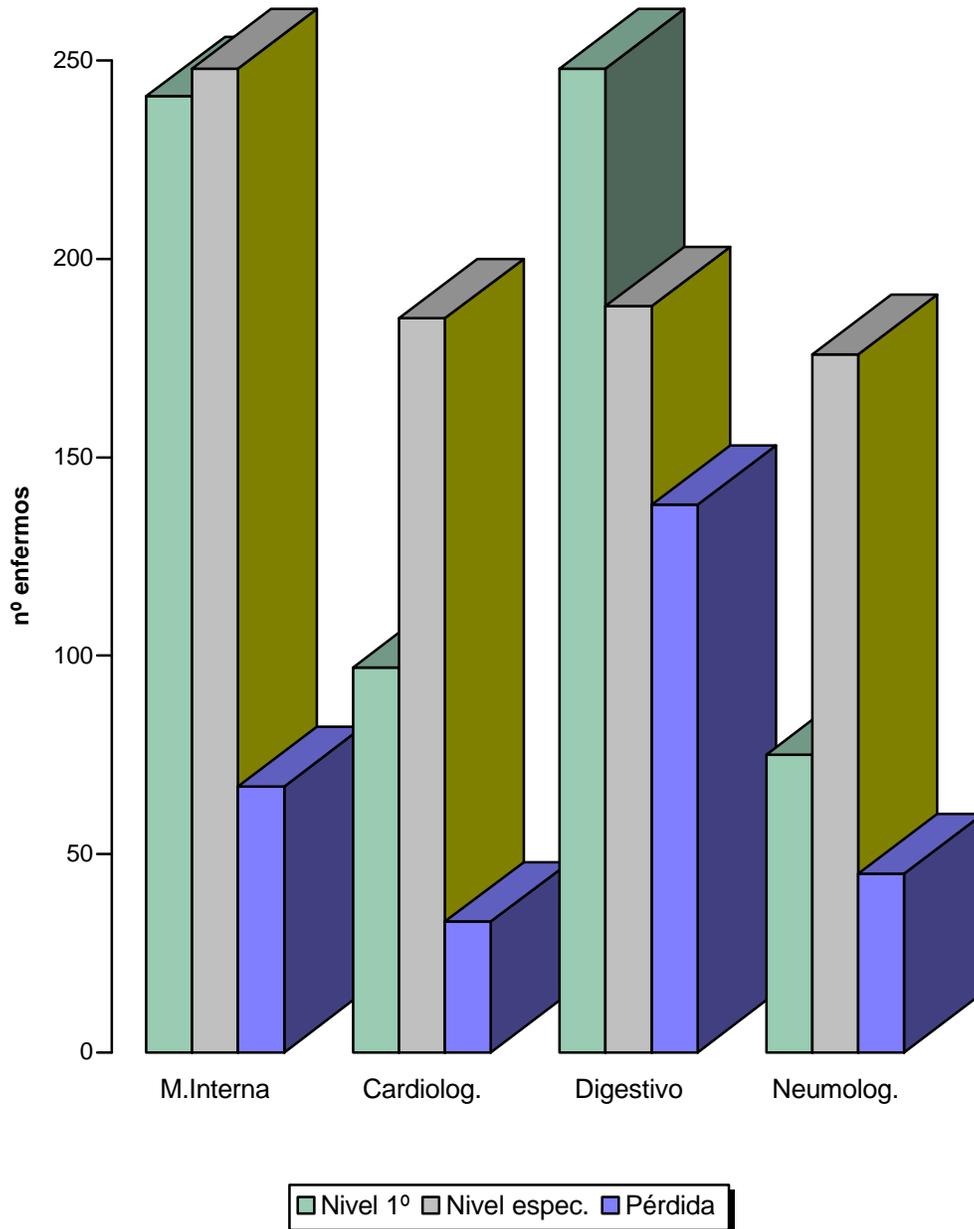
**Figura 160: Destino final de pacientes: nivel 1º o especializado. Según procedencia**



**Figura 161: Destino final de pacientes: nivel 1º o especializado. Por especialidad**



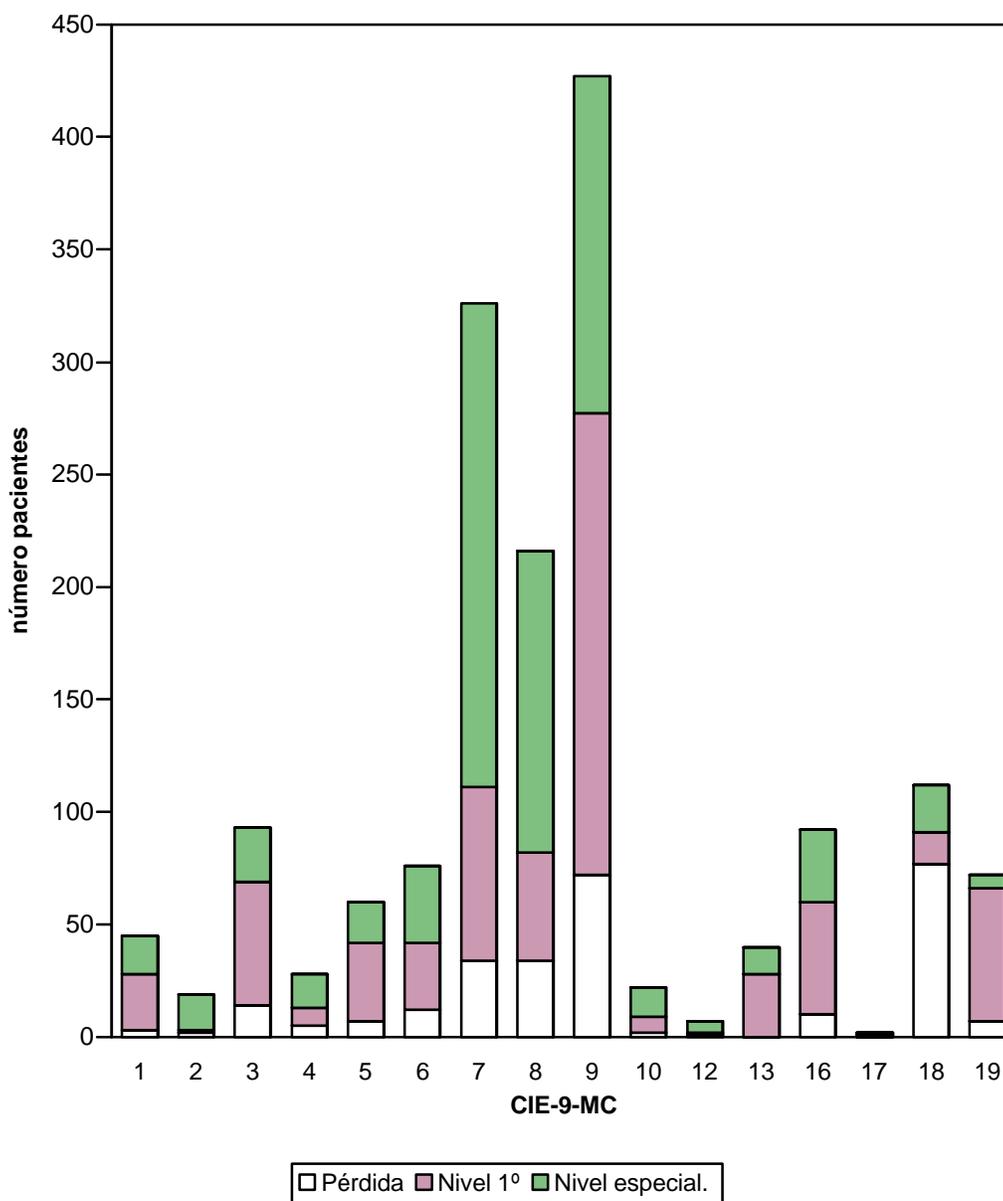
**Figura 162: Destino final de pacientes: nivel 1º o especializado. Por especialidad**



### Resultados

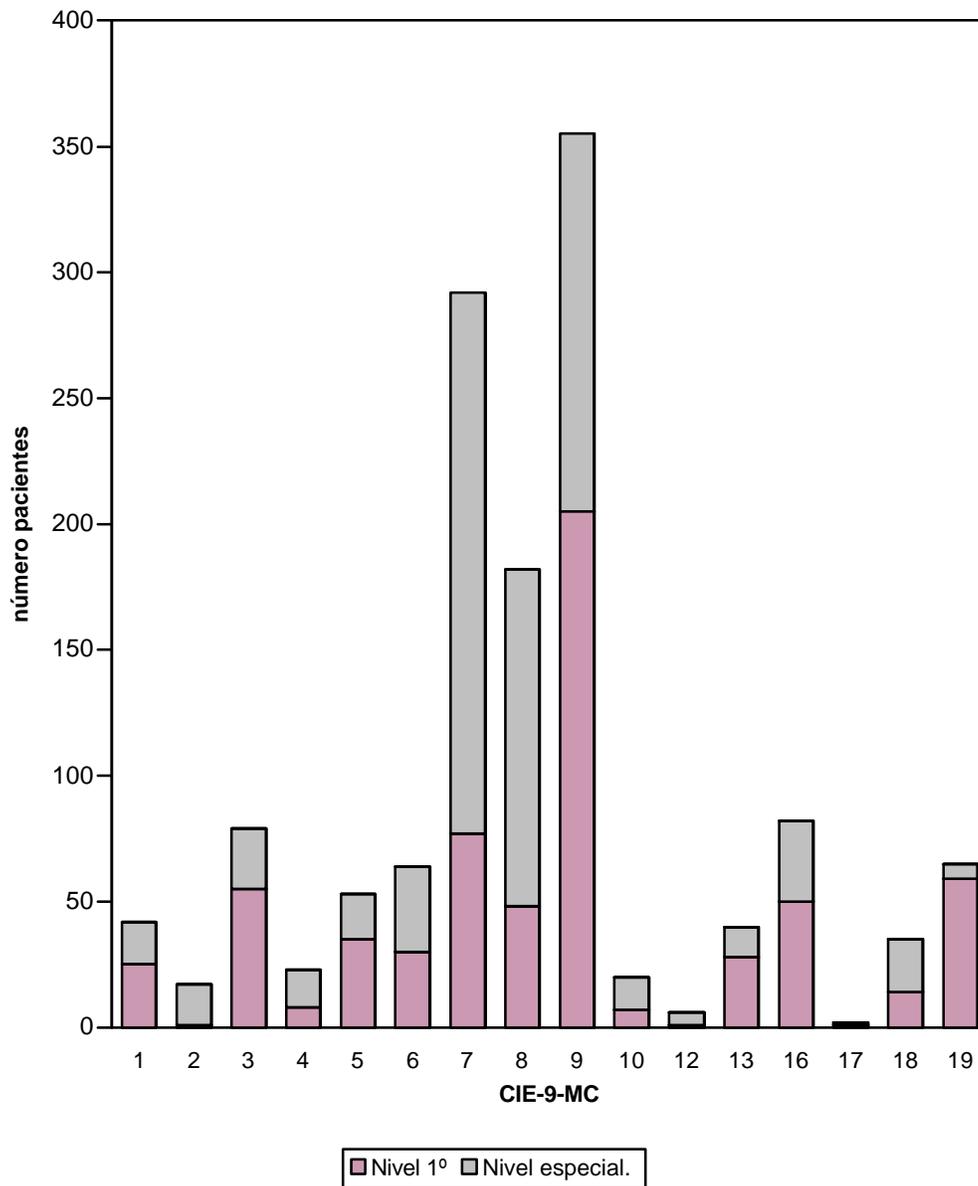
Por grupo de enfermedad se obtienen las siguientes diferencias en cuanto al seguimiento definitivo en el nivel 1° ó nivel especializado (**Figura 163 a 165**)

**Figura 163: Consultas del S° de M. Interna. Destino final del paciente. Por diagnóstico principal (CIE-9-MC)**



*Nota: incluidos grupo 18: sin diagnóstico definitivo; grupo 19: sin enfermedad*

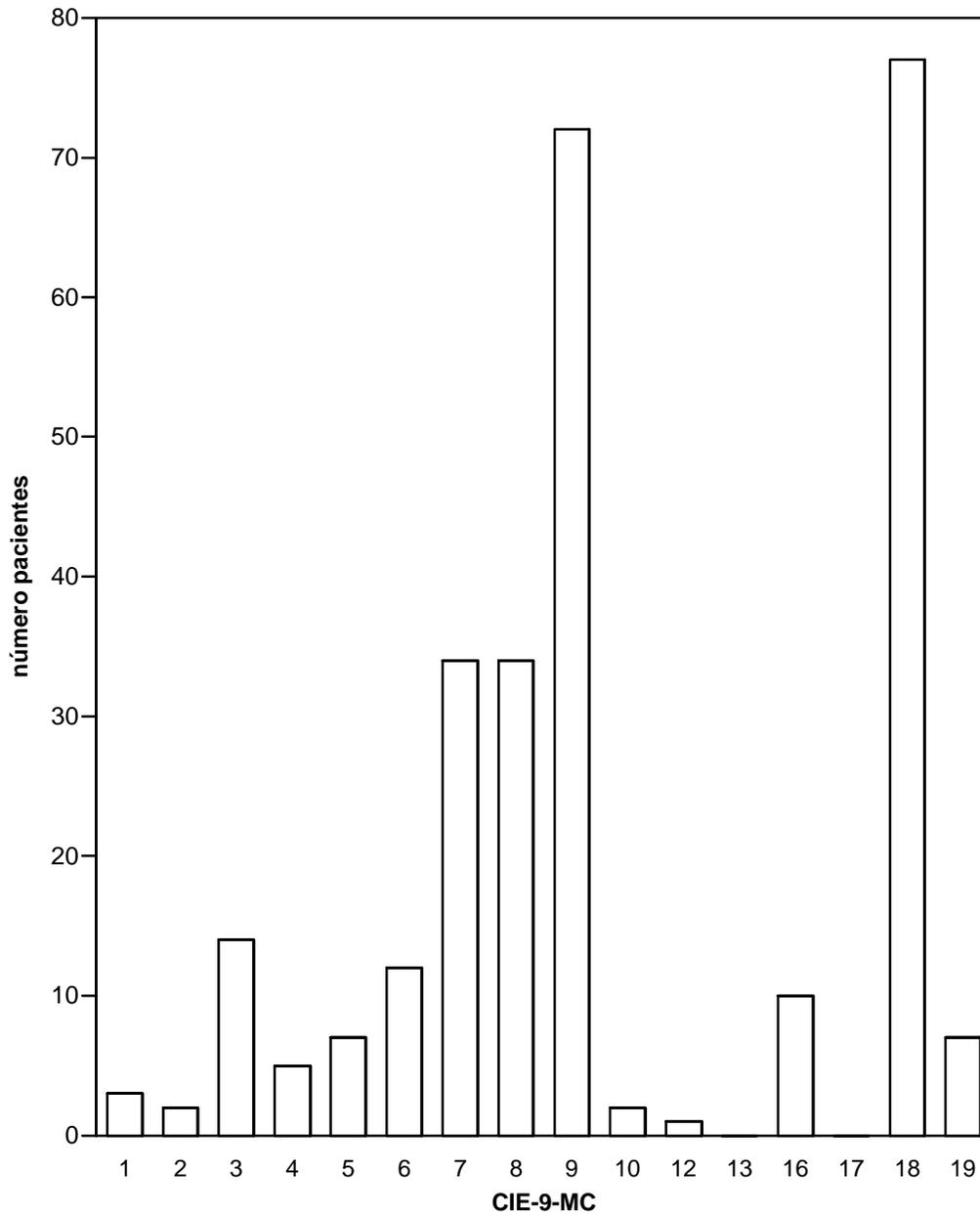
**Figura 164: Consultas del Sº de M. Interna. Destino final del paciente: nivel 1º o especializado. Por diagnóstico principal (CIE-9-MC)**



*Nota: incluidos grupo 18: sin diagnóstico definitivo; grupo 19: sin enfermedad*

Resultados

**Figura 165: Consultas del Sº de M. Interna. Destino final del paciente: pérdida de seguimiento. Por diagnóstico principal (CIE-9-MC)**



*Nota: incluidos grupo 18: sin diagnóstico definitivo; grupo 19: sin enfermedad*

Los pacientes con enfermedades cardiovasculares (grupo 7), respiratorias (grupo 8) y neoplásicas (grupo 2) continúan sus revisiones y seguimiento en el nivel especializado, y aquéllos con procesos de los grupos 9 (digestivo), 5 (psiquiátrico), 13 (reumatología) y 16 (mal definidos) son remitidos con mayor frecuencia al nivel 1° de asistencia. De los pacientes con diagnóstico en los que se desconoce su destino final, en el 36% de los casos están diagnosticados de enfermedades digestivas y en el 17% cardiovasculares o respiratorias.

**6. VALORACIÓN FINAL.** La media de puntuación en los 1.799 pacientes analizados ha sido de 2,588 y la D.E. de 1,186. La mediana y la moda han sido de 3. Por especialidades, la que mejor valoración ha obtenido ha sido Neumología (media: 2,743) y la que menos, Digestivo (media: 2,548) (**Tabla 30**).

*Tabla 30: Valoración final de la derivación a la consulta de M. Interna*

	<i>Media</i>	<i>Varianza</i>	<i>Desviación standard</i>
Medicina Interna	2,475	1,439	1,199
<b>Cardiología</b>	2,710	1,061	1,030
<b>Digestivo</b>	2,548	1,630	1,277
<b>Neumología</b>	2,743	1,235	1,111
<b>Total</b>	2,588	1,406	1,186

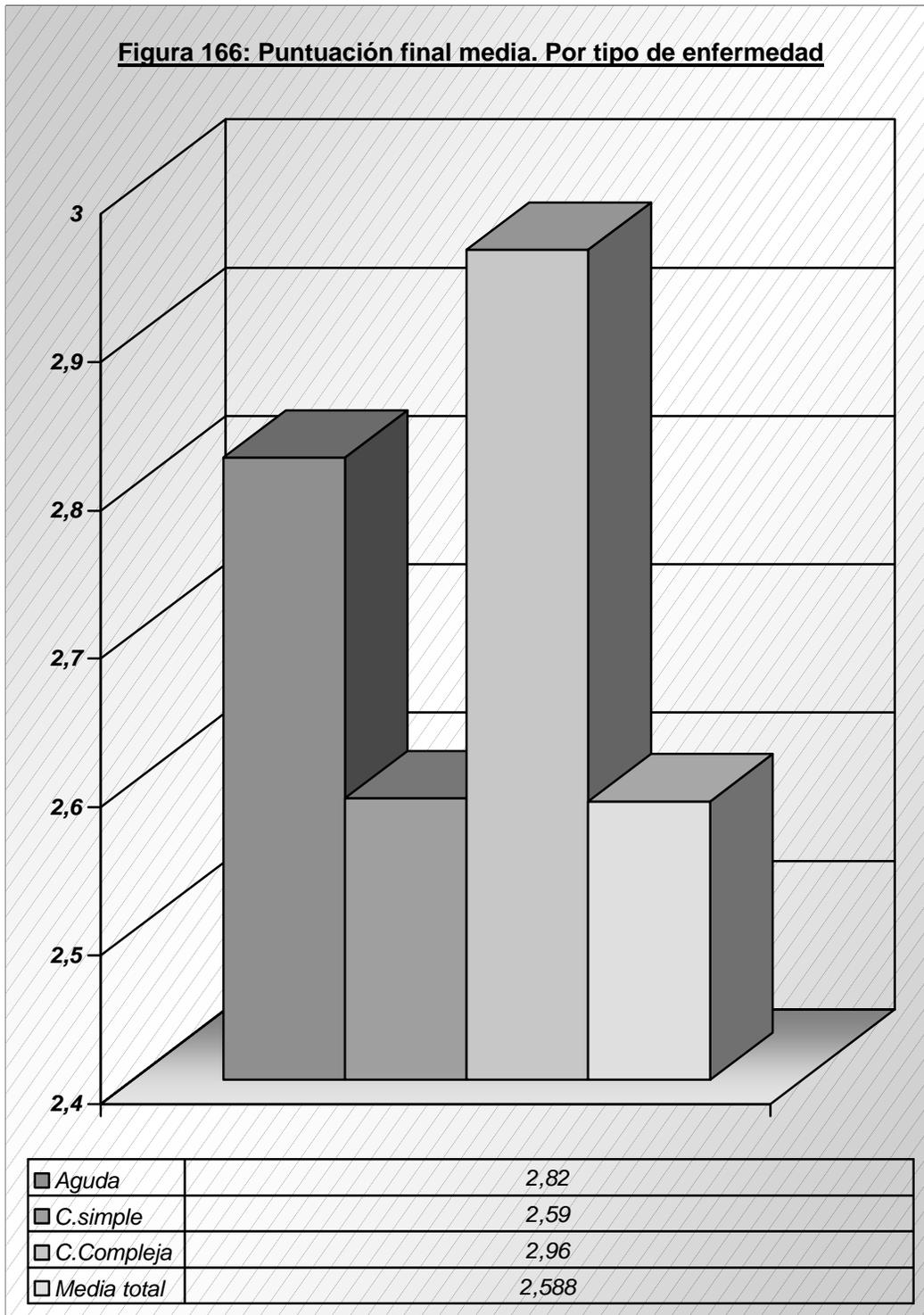
Se aprecian diferencias muy significativas ( $p < 0,001$ ) en relación con el nivel asistencial de procedencia del paciente. No se encuentra significación estadística con relación al sexo ( $p > 0,05$ ) y sí con los grupos de edad ( $p < 0,05$ ). Si segmentamos el archivo según la edad en el percentil 50 (55 años), se obtienen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) en la valoración final, 2,5 puntos y 2,69 puntos de media en menores y mayores de 55 años, respectivamente. El grupo de edad con mejor valoración final es el de 60 a 69 años (2,76 puntos) y los que peor valoración final obtienen son el grupo de más de 80 años (2,25 puntos) y el de 20 a 29 años (2,36 puntos) (**Tabla 31**).

**Tabla 31:** Valoración final. Media, desviación típica y varianza obtenida por grupo de edad.

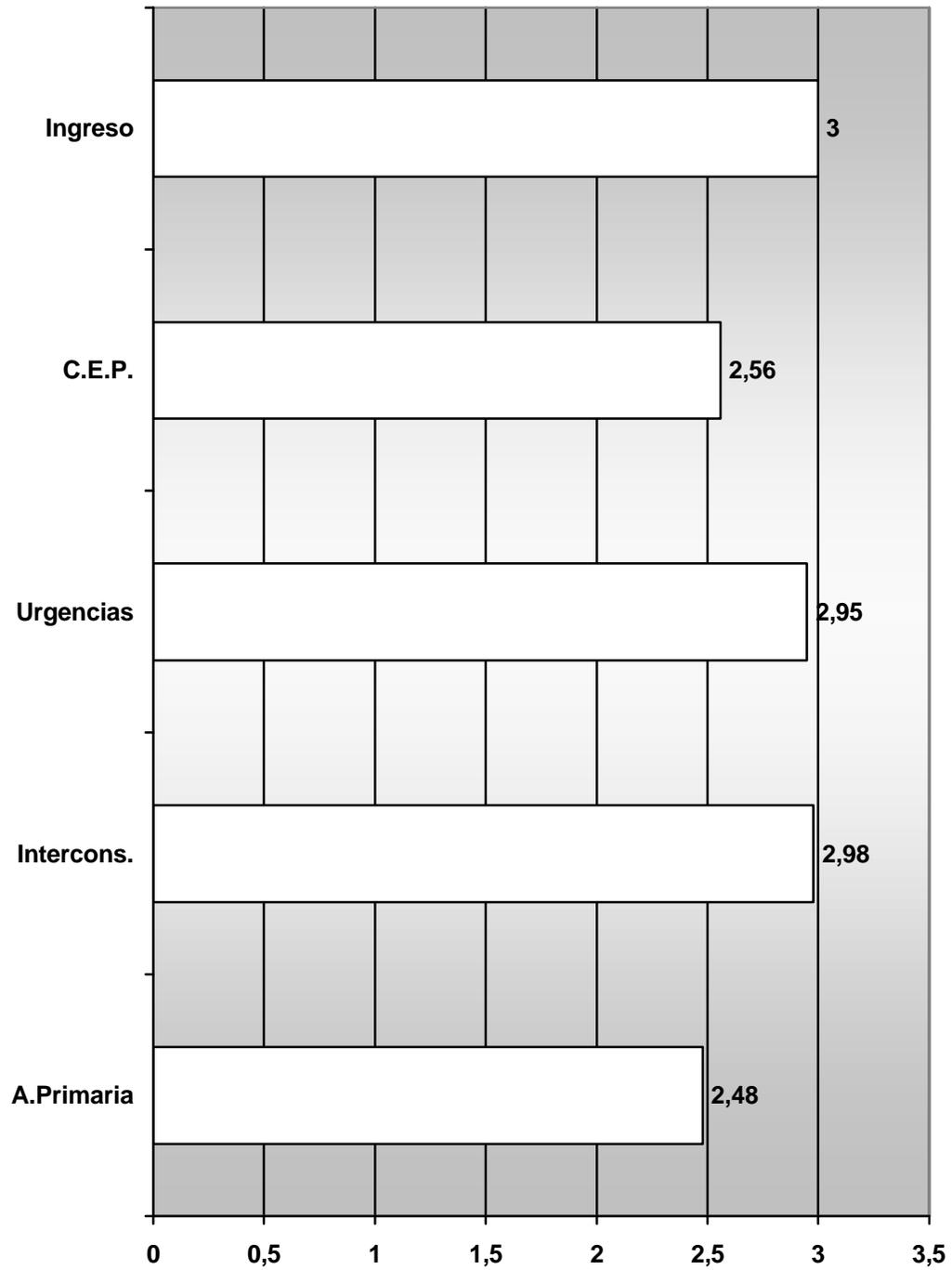
Grupo de edad	Media	Desviación típica	Varianza
0 a 9 años	2	1,25	1,56
10 a 19 años	2,49	1,24	1,55
20 a 29 años	2,36	1,34	1,79
30 a 39 años	2,57	1,28	1,65
40 a 49 años	2,52	1,20	1,43
50 a 59 años	2,66	1,15	1,33
60 a 69 años	2,76	1,09	1,18
70 a 79 años	2,65	1,09	1,18
Más de 80 años	2,25	1,21	1,46
Media del total	2,58	1,19	1,41

Por tipo de enfermedad, la enfermedad aguda la media de puntuación (2,82) se encuentra por encima de la media del total de enfermos analizados, al igual que las enfermedades crónicas complejas (2,96). Las enfermedades crónicas simples la media de puntuación ha sido de 2,59 (**Figura 166**). Si analizamos según la CIE-9, la mayor puntuación la obtienen las enfermedades del grupo 1 (Infecciosas) (media 3,2) y las de los grupos 2 (Neoplasias) y 3 (Endocrinas y Metabólicas) (media 3). Las que menos puntuación alcanzan son las enfermedades psiquiátricas (media 2,32) y el grupo 16 (signos y síntomas mal definidos) (media 2,51), con las más importantes en número (grupos 7, 8 y 9) (Aparatos Circulatorio, Respiratorio y Digestivo) en torno a una media de 2,8 puntos (**Figuras 167 y 168**).

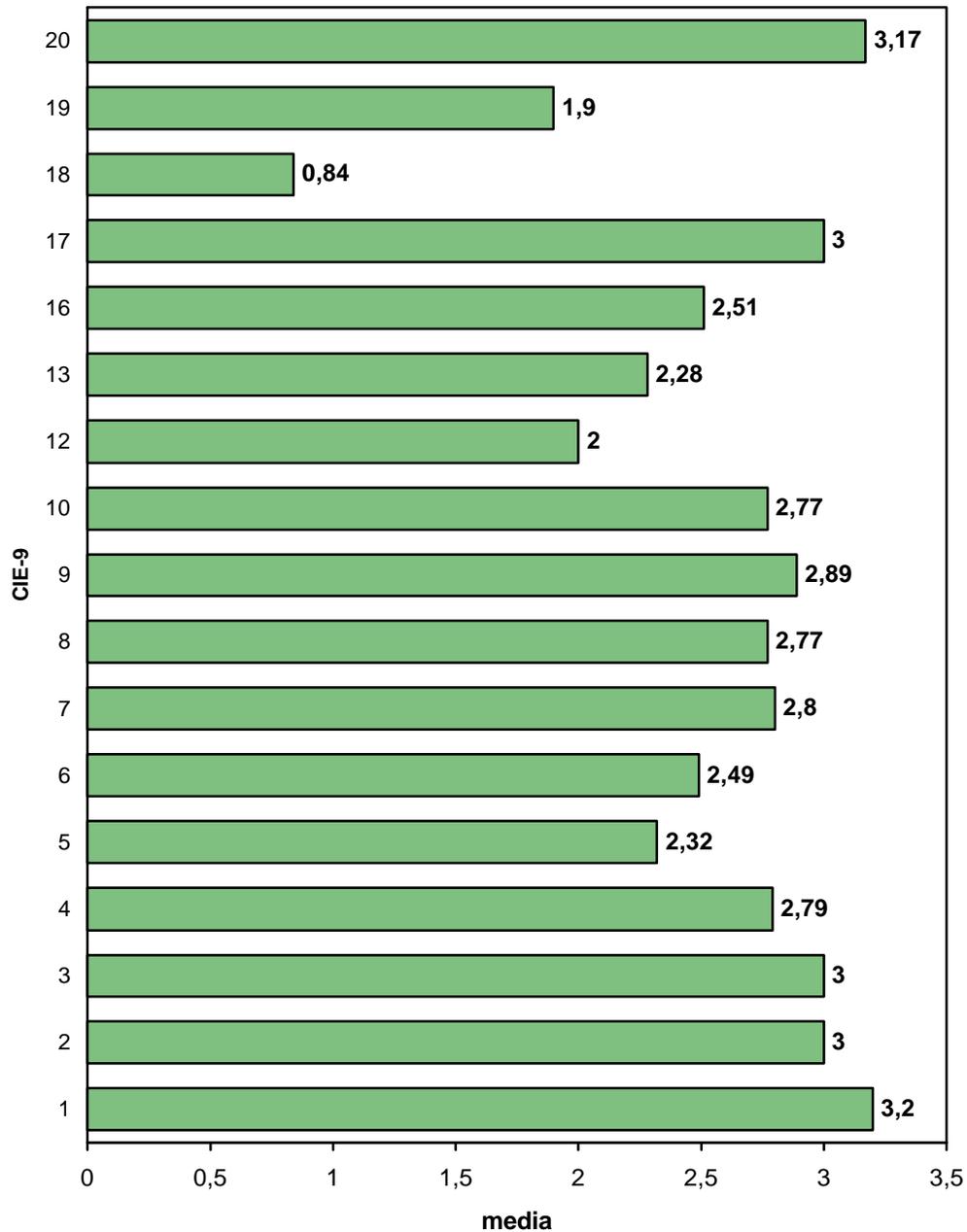
**Figura 166: Puntuación final media. Por tipo de enfermedad**



**Figura 167: Puntuación final media. Según procedencia del enfermo**



**Figura 168: Consultas del S<sup>o</sup> de M. Interna. Puntuación media final. Por diagnóstico principal (CIE-9-MC)**



*Nota: incluidos grupo 18: sin diagnóstico definitivo; grupo 19: sin enfermedad; grupo 20: Mantoux (+).*

# VI DISCUSIÓN

**1. RELACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES.** En esta primera parte de la discusión se va a revisar el documento de derivación en nuestro estudio, comparándolo con lo referido en otros trabajos revisados de la bibliografía

**1. 1. Ley General de Sanidad.** La Ley General de Sanidad <sup>(69)</sup> aprobada por las Cortes Generales en la primavera de 1.986 significó una necesaria y esperada Reforma Sanitaria basada en el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud, siendo el eje del modelo sanitario las Comunidades Autónomas. El Sistema Nacional de Salud se concibe así como el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados.

Las Areas de Salud se convierten en las piezas básicas de los Servicios de Salud del nuevo Sistema, dividiéndose, para una mejor operatividad y eficacia en Zonas Básicas de Salud, marcos territoriales de los Centros de Salud, lugar de actuación de la Atención Primaria. El Distrito Sanitario de Salud comprende varias Zonas Básicas de Salud.

El Area de Salud dispondrá de, al menos, un hospital general que será el encargado del internamiento y de la asistencia especializada y complementaria de la población correspondiente a uno o varios Distritos Sanitarios. Se establecen tres niveles de asistencia hospitalaria: Regional, de Especialidades y General Básico o Comarcal.

La atención sanitaria a la población queda configurada en distintos niveles asistenciales: primario y especializado, que precisan de una coordinación adecuada entre ellos para una mejor efectividad y optimización de los recursos existentes. Los servicios sanitarios ofrecidos a la población por los distintos niveles deben obedecer a criterios de complementariedad y eficiencia.

Uno de los avances más importantes de la Ley General de Sanidad es la descentralización y la desconcentración de los recursos sanitarios. Este principio fundamental posibilita la creación de los Servicios de Salud de las distintas Comunidades Autónomas, y dentro de cada una de ellas, el establecimiento de los Centros de Salud, pilar básico para la atención

### Discusión

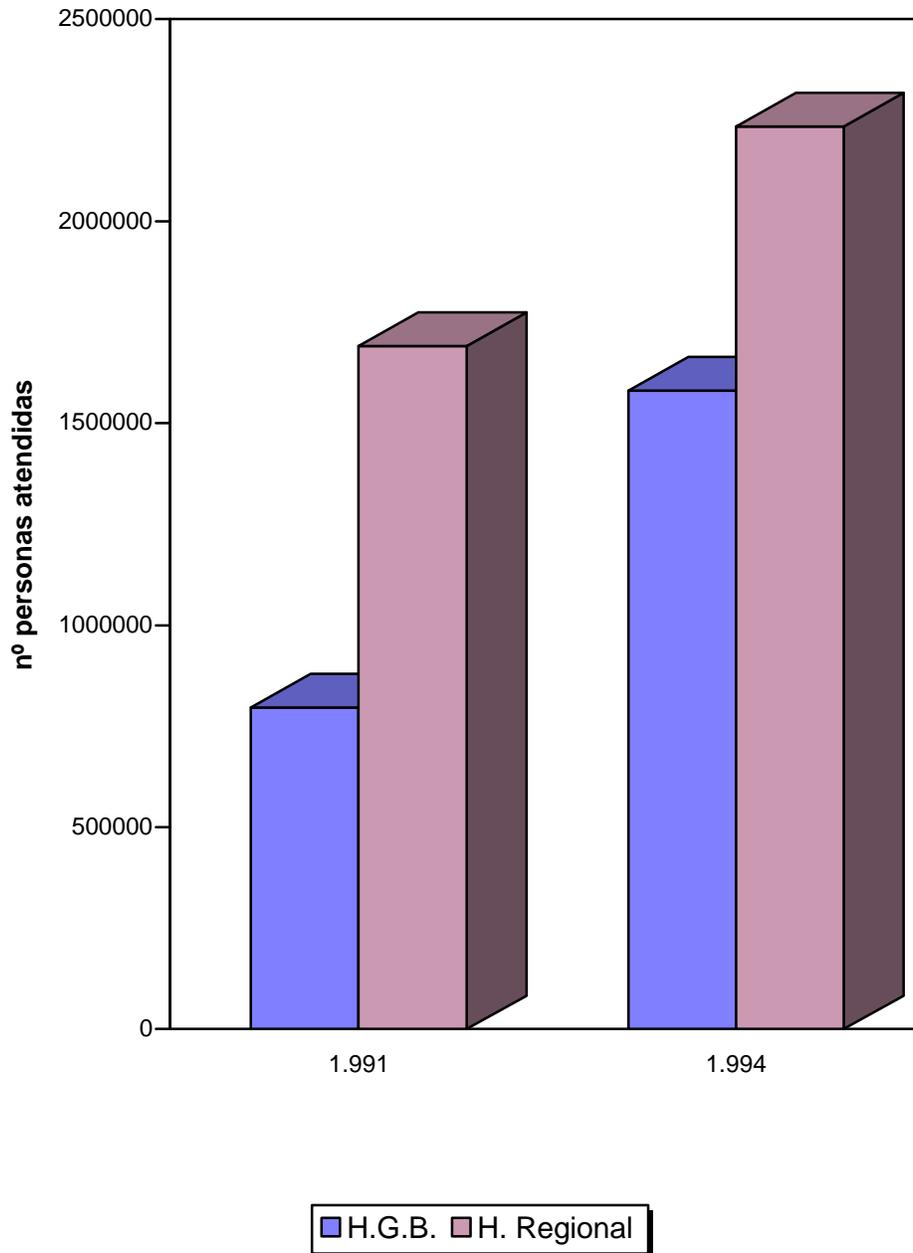
Primaria, y una red de Hospitales Básicos o Comarcales, con funciones y recursos definidos hacia la asistencia especializada esencial.

En la Comunidad Autónoma Andaluza, es el Servicio Anadaluz de Salud (S.A.S.) el organismo encargado de gestionar y organizar la asistencia sanitaria a la población. El S.A.S. organiza la Atención Primaria de Salud en el Distrito de Atención Primaria de Salud, como integrador de varias Zonas Básicas de Salud. La Asistencia Especializada queda ordenada en las denominadas Areas Hospitalarias, que están conformadas, al menos, por un Hospital y por los Centros Periféricos de Especialidades adscritos al mismo. La asistencia especializada en régimen de consultas externas se puede prestar en los siguientes Centros:

1. Consultas Externas ubicadas en los Hospitales
2. Centros Periféricos de Especialidades
3. Centros de Salud y, excepcionalmente en consultas a domicilio, en aquellos casos que lo requiera el dispositivo de la atención primaria.

Como se ha expresado previamente, sin la concepción de los hospitales generales básicos (H.G.B.) no hubiera sido posible la actual Reforma sanitaria, cambiándose el concepto de “ambulatorio”, por un tipo de asistencia más integral, coordinada y de equipo. El H.G.B. va a funcionar como un 2º nivel asistencial, en las tres vertientes de urgencias, internamiento y consultas externas. De la importancia que han supuesto los H.G.B. en andalucía sirva como ejemplo que la actividad ambulatoria (A.A.) en dichos centros ha pasado de 796.519 en el año 1.991 a 1.580.616 en el año 1.994. En los Hospitales Regionales, estos números han sido de 1.690.029 para el año 1.991, y 2.234.379 en el año 1.994. Es decir mientras en los Hospitales Comarcales la A.A. ha subido un 98.5%, en los Hospitales Regionales lo ha hecho en un 32.2% durante el mismo periodo de tiempo (***Figura 169***).

**Figura 169: Evolución Actividad Ambulatoria en hospitales de distinto nivel (1.991-1.994)**



**1. 2. Derivación a consultas externas hospitalarias.** A las consultas externas de los Hospitales Comarcales van a ser enviados los pacientes desde otras unidades o niveles asistenciales, directamente, sin “filtros” previos, y siempre según criterio del médico que realiza la derivación. Son pocos los trabajos que analizan la procedencia de los pacientes atendidos en las consultas de especialidad <sup>(164, 165, 166, 192)</sup>. En nuestro estudio, el 55% de los pacientes eran derivados por los médicos de atención primaria y el 15,1% provenían de las anteriores consultas ambulatorias de especialidad. Como era de esperar, estos porcentajes se han ido modificando durante los años de estudio, pasando del 39% en 1.990 al 63,7% en 1.993, para los pacientes derivados desde atención primaria. Los enfermos del C.E.P. supusieron en el año 1.990 el 30,7% del total, para descender en 1.993 al 4,22%. La jerarquización de la consulta de Cardiología en el año 1.992 hizo que este año la proporción aumentara al 16,29% de los pacientes atendidos (87,5% del total de esa consulta), confirmando que en el primer año de funcionamiento la consulta externa sufre un proceso de adaptación y “limpieza” hasta convertirse en una verdadera consulta de hospital. Los pacientes procedentes de ambos niveles asistenciales (atención primaria y C.E.P.) se mantienen estables en el tiempo, en torno al 70%. Esta cifra es similar a la obtenida por Pellicer y col <sup>(164)</sup> en una consulta de Neumología de un hospital comarcal de Valencia. En dicho trabajo, los médicos de atención primaria enviaron el 69,3% de los pacientes nuevos atendidos en dicha consulta (60% médico de cabecera y 6,9% centro de salud). Este porcentaje es superior en las consultas de neurología de hospitales de Aragón <sup>(166)</sup>, suponiendo el 79,3% de los pacientes de 1ª vez, aunque no se incluyeron aquellos hospitales con enfermos más seleccionados, que haría bajar esta proporción, aunque esta cifra asciende hasta el 93,9% en la consulta externa de un hospital terciario <sup>(165)</sup>. En nuestro estudio, si descontamos aquellos pacientes de derivación desconocida, el porcentaje de C.E.P. y el de atención primaria llegaría al 78%, cercano al de este último trabajo <sup>(166)</sup>. Los pacientes derivados desde urgencias del hospital se encuentran en nuestro estudio en cifras inferiores (5,85 del total y 6,5% de los de derivación conocida) a las de los estudios referidos: 7,9% para la consulta de Neurología y 9,3% para la de Neumología. Las interconsultas de otros servicios o unidades hospitalarias suponen en nuestro estudio una cifra intermedia entre el 6% de Pellicer y col <sup>(164)</sup> y el 12,8% de Gracia y col <sup>(166)</sup>. En este último trabajo no se consideró el envío desde el Area de hospitalización, siendo del 12%,

superior al nuestro, en el otro trabajo referido. Estas diferencias en la procedencia de los pacientes nuevos a la consulta la interpretamos como consecuencia del tipo de hospital, la especialidad y consideraciones en la lista de espera, ocupación de camas del hospital, etc. En un Centro de Salud Mental de Sevilla, el 80,7% de los pacientes derivados provenían de atención primaria, el 11,1% de pediatría y el 2,2% del hospital de zona <sup>(192)</sup>. Si comparamos las derivaciones conocidas a la consulta de Neumología de nuestro hospital con las del hospital de Gandía (164) las diferencias son escasas: atención primaria y/o C.E.P: 64,6% y 69,3%; urgencias: 11,25% y 9,8%; interconsulta hospital: 10,8% y 6%; hospitalización: 10,5% y 12%, respectivamente.

En nuestro trabajo, el 10,3% de los pacientes nuevos atendidos en la consulta no se pudo conocer el nivel sanitario del médico que realizaba la derivación. Esta cifra fue descendiendo con el tiempo, del 17,42% en el año 1.990 al 7,71% en el año 1.993, y que atribuimos a defectos en la organización inicial, junto a desinformación del médico y del propio paciente en el momento de acudir a una consulta recientemente jerarquizada. Ratifica esta explicación el hecho de que las consultas con mayor número de pacientes de procedencia desconocida pertenecían a M Interna (12,5%) y Neumología (17%), resultado de la jerarquización de Neurología y Endocrinología para la primera, y Pulmón y Corazón para la segunda. La consulta de Digestivo tenía un porcentaje de desconocimiento en la procedencia del paciente del 7,8%, algo superior a la de Cardiología, con el 5,3%. Esta última especialidad se jerarquizó en el año 1.992, con unas normas bien establecidas de derivación desde los distintos niveles asistenciales. Desconocemos si el porcentaje del 7,75 del último año analizado es el apropiado para este tipo de consulta, al no haber encontrado ningún trabajo donde se señale este dato.

La edad y el sexo son los factores demográficos recogidos en todos los estudios de utilización de los servicios sanitarios. Las tasas de utilización aumentan de manera progresiva con la edad <sup>(3)</sup>. Los mayores de 65 años son el grupo de edad que más visitas hacen por persona y año, y el grupo de 15 a 44 años el que menos, aunque este factor se va a modificar dependiendo del tipo de consulta, nivel asistencial o servicio sanitario <sup>(44, 46, 149, 153, 162, 165, 166, 168, 192, 198)</sup>, excluyendo las especialidades de Pediatría y Obstetricia, con un

### Discusión

grupo de edad muy determinado <sup>(38, 100, 176, 239)</sup>. En nuestro estudio la edad media de los pacientes ha sido de 50,2 años, sin diferencias entre hombres (50,22 +/- 19,30 años DE) y mujeres (50,17 +/- 20,12 años DE) similar a los 51,5 (+/- 20,6 años DE) de las consultas de Neurología de Aragón, en las que tampoco se observan diferencias en relación con el sexo <sup>(166)</sup>, y algo inferior a los 56,5 años de una consulta de Reumatología de un hospital terciario <sup>(165)</sup> y muy superior a los 27,5 años de los enfermos de un centro de salud mental <sup>(192)</sup>. Por grupo de edad fueron los pacientes entre 60 y 69 años los que más frecuentemente fueron atendidos en las consultas (22,5%), seguidos por aquéllos de 50 a 69 años (17,7%). Estos grupos de edad fueron los más frecuentemente atendidos en una consulta de Reumatología <sup>(165)</sup>; y la quinta década de la vida la de los pacientes derivados desde una Unidad Docente de MFyC, excluyéndose Obstetricia y Pediatría <sup>(155)</sup>. Edades más avanzadas se encontraron en el estudio de Gracia-Naya y col, siendo la 7ª y 8ª décadas de la vida las más frecuentemente atendidas <sup>(166)</sup>. Este resultado lo atribuyen al alto índice de envejecimiento de su población. En un estudio sobre derivaciones a 2º nivel asistencial desde un centro de salud fue también el grupo de edad de 61 a 75 años el más numeroso, aunque a continuación estaba el de 14 a 30 años. Esto puede ser explicado por ser las especialidades de Oftalmología, Traumatología y Dermatología las más utilizadas <sup>(162)</sup>. Es destacable que en nuestro estudio, los mayores de 70 años suponen el 17% de los enfermos asistidos. Es decir, los mayores de 60 años representan el 57% de los pacientes de las consultas. Si relacionamos estos porcentajes con la población del D.S. de Osuna, observamos que la demanda de la consulta va aumentando progresivamente con la edad, siendo los que más la utilizan el grupo etario de 70 a 79 años. Esto coincide con las encuestas de utilización de los servicios sanitarios en nuestro medio, aunque en el País Vasco la mayor utilización se da entre los 45 y los 64 años, tanto en hombres como en mujeres <sup>(3)</sup>.

Sin embargo, encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre la edad y las diferentes consultas del servicio de M. Interna. Las consultas que más se acercan a la media son las de Cardiología y Neumología, con mayor utilización conforme aumenta la edad. En M. Interna se aprecian dos “picos” de utilización para la 2ª década, y para la 5ª y 6ª décadas de la vida, algo similar al trabajo de González y col <sup>(162)</sup>. Digestivo adopta una

situación mixta, con un ascenso de los pacientes atendidos, desde los 30 años, permaneciendo estable hasta los 50 años de edad, para sufrir un nuevo ascenso entre los 51 y 70 años de edad. Estas diferencias van a venir determinadas, como más adelante se observa, por la distinta patología atendida en las diferentes especialidades, y su prevalencia con la edad de la población: cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca en Cardiología; dispepsia ulcerosa y hepatopatía crónica en Digestivo; E.P.O.C. y bronquitis crónica en Neumología; y procesos tiroideos y síndromes degenerativos en M. Interna. En una consulta de Neumología de un hospital comarcal el grupo de edad más numeroso fue el de 61 a 70 años, seguido del de 51 a 60 y del de 71 a 80 años, resultados superponibles a los nuestros <sup>(164)</sup>.

El sexo es el otro gran factor demográfico que influye sobre la utilización de los servicios sanitarios <sup>(3)</sup>. Las mujeres muestran repetidamente un mayor uso de la sanidad que los hombres <sup>(202)</sup>, tanto en nuestro País como en otros de nuestro entorno, habiéndose atribuido al distinto comportamineto hacia la enfermedad y a factores socioculturales <sup>(3)</sup>. En nuestro estudio las mujeres son enviadas más a las consultas de M. Interna que los hombres, al igual que en otros estudios que analizan la derivación al especialista <sup>(155, 162, 188, 192)</sup>, el incumplimiento en la consulta de atención primaria <sup>(149)</sup>, o la atención en distintas consultas de especialidad <sup>(165, 166)</sup>. Nuestros porcentajes son muy similares a los de Fraile y col (56,7% mujeres) <sup>(155)</sup>, a los de Gracia y col (57% mujeres) <sup>(166)</sup> y a los de Camacho y col (54,4%) <sup>(192)</sup>. Cifras aún más elevadas en la proporción de mujeres se observan en consultas de Reumatología (73%) <sup>(165)</sup> y Salud Mental (63,5%) <sup>(188)</sup>.

En nuestro estudio, sin embargo, se aprecian diferencias significativas entre el sexo y las distintas consultas del servicio, siendo la de M. Interna donde más predominan las mujeres (60,7%) y Neumología la única en la que prevalecen los hombres (56%). Esta última cifra es parecida al trabajo de Pellicer y col <sup>(164)</sup> en una consulta de la misma especialidad, siendo en este caso el porcentaje de hombres del 59,6%. La proporción de varones también la encontramos más elevada en Neuropediatria (56,6%) y en las interconsultas pediátricas con el 2º nivel (55,6%) <sup>(176)</sup>, aunque esto último no ocurre en otras ocasiones <sup>(100)</sup> en que la proporción es la misma.

### Discusión

Si analizamos el sexo con relación a los grupos de edad, en nuestro estudio se obtienen diferencias significativas ( $p < 0,05$ ). Las mujeres predominan en todos los grupos de edad excepto en el de 61 a 70 años, en el que la proporción se invierte, representando los hombres el 54% del total para ese grupo de edad. Es decir, las mujeres utilizan más las consultas conforme cumplen más edad, de forma regular y progresiva, hasta los 70 años de edad. Sin embargo, los hombres frecuentan la consulta en menor medida con respecto a las mujeres para ascender drásticamente de los 60 a los 69 años de edad. Estos resultados concuerdan con los de utilización de los servicios sanitarios a nivel nacional <sup>(3)</sup>, no apreciándose diferencias en la proporción de mujeres entre los grupos de 45 a 64 años y de más de 65 años. En los hombres esta proporción ascendía del 18,6 al 26,4, respectivamente (**Tabla 32**). Estas diferencias las atribuimos a factores socioculturales (jubilación) y a la aparición de procesos crónicos o agudización de los mismos en pacientes de esas edades.

**Tabla 32:** *Proporción de personas que declaran haber visitado al médico en las 2 semanas anteriores (en porcentaje) y utilización de las consultas de M. Interna (en porcentaje). Comparación entre hombres y mujeres*

	Barcelona	Barcelona	P. Vasco	España	Osuna(1)
<b>Edad/Año</b>	1.983	1.986	1.986	1.986	1.990-93
	<u>HOMBRES</u>				
0-14	24,4	19,4	18,5	15,7	9,0 (1)
15-44	10,3	14,0	26,9	11,5	33,2 (2)
45-64	14,1	16,9	31,2	18,6	43,2 (3)
+ 65	28,6	26,5	23,4	26,4	14,6 (4)
<b>TOTAL</b>	19,2	15,1	20,3	15,5	
	<u>MUJERES</u>				
0-14	30,2	20,8	18,5	15,9	10,1 (1)
15-44	22,8	15,1	26,9	14,8	32,8 (2)
45-64	26,5	21,7	31,2	23,7	37,7 (3)
+ 65	25,6	25,2	23,4	23,4	19,4 (4)
<b>TOTAL</b>	25,8	19,4	20,3	20,2	

*Adaptado de Borrás JM <sup>(3)</sup>. (1): 0-19 años; (2): 20 a 49 años; (3): 50 a 69 años; (4): + de 70 años*

En las especialidades de M. Interna, Cardiología y Neumología no se aprecian diferencias significativas del sexo con respecto al grupo de edad. Resultados similares recoge Pellicer y col en una consulta de Neumología, con predominio de los varones en todos los grupos de edad desde los 31 años <sup>(164)</sup>. Esta circunstancia no ocurre en la consulta de Digestivo. En esta última especialidad, las mujeres superan a los hombres en el grupo de 10 a 19 años, manteniéndose en cifras similares hasta los 60-69 años en el que la proporción se invierte: 60% hombres y 40% mujeres. Es decir, en todas las consultas menos en Digestivo prevalece un sexo en todas las categorías de edad. Este resultado se puede explicar por la patología funcional predominante en mujeres de edad entre 30 y 50 años, y la orgánica en varones de superior edad, que hasta entonces no acuden al médico <sup>(3)</sup>.

Nivel asistencial de derivación, edad y sexo. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre el nivel de procedencia del paciente con relación al sexo, incluso cuando se rechazan aquéllos enfermos con nivel de derivación desconocido ( $p < 0,05$ ). Las mujeres predominan en los niveles asistenciales de más fácil acceso: Atención Primaria y C.E.P., y en proporción muy similar a los hombres en las interconsultas del propio hospital, por la propia dispersión de las mismas. Sin embargo, en aquéllos servicios o unidades que realizan una mayor selección en los procesos que atiende: hospitalización y urgencias, la relación mujer:hombre se invierte, siendo los varones los mayormente derivados a las consultas de M. Interna. En otros trabajos realizados en otros niveles asistenciales, las mujeres predominan en consultas de Atención Primaria de zonas rurales (54,7%-60,34%-62,7%) <sup>(168, 169, 170)</sup> y urbanas (59,96%, 63,2%) <sup>(163, 169)</sup> y los hombres utilizan más los servicios de Urgencias hospitalarios, con el 54,8% <sup>(37, 141)</sup>. La derivación a consultas de nivel superior se produce en el 6% de los casos desde Atención Primaria <sup>(168)</sup> y en el 2,4% desde Urgencias hospitalarias <sup>(37, 44)</sup>. En un estudio realizado sobre pacientes hospitalizados en el Sº de Medicina Interna de nuestro hospital <sup>(240)</sup> la proporción de varones es superior al de mujeres: 60,5% frente a 39,5%. Estos datos están de acuerdo con los resultados obtenidos en nuestro estudio sobre el total de las consultas.

### Discusión

Un dato interesante a tener en cuenta en los resultados de nuestro estudio es que únicamente en la consulta de M. Interna se mantiene la significación estadística entre el nivel de procedencia del enfermo y el sexo, que no persiste cuando descontamos aquéllos pacientes de procedencia desconocida, es decir en las 4 consultas, analizadas independientemente, la proporción de hombres y mujeres no se relaciona con el nivel asistencial que deriva al paciente.

La edad media de los pacientes atendidos en las consultas de M. Interna va a venir determinada por la procedencia de los mismos. Los de mayor edad son aquéllos enviados desde el Area de Hospitalización del hospital (57,58 años) y los de menor edad los derivados desde Atención Primaria (48,67 años) e interconsulta del hospital (48,23 años). En el primer caso, la edad media se acerca a los 65,25 años de los pacientes hospitalizados en el S° de M. Interna en un estudio de prevalencia realizado en el año 1.996, en el hospital de Osuna, siendo enviados a las consultas externas aquéllos pacientes seleccionados por edades y patologías. En un estudio de las interconsultas al S° de M. Interna de pacientes hospitalizados en un hospital de 350 camas de Pontevedra, la edad media obtenida fue aún superior: 68,7 años <sup>(153)</sup>. Esta diferencia puede ser justificada por la mayoría de pacientes de servicios quirúrgicos (Cirugía y Traumatología. 82,2% del total) y las más frecuentes complicaciones y procesos crónicos en pacientes de mayor edad.

La edad media de los pacientes derivados desde Atención Primaria va a modificarse dependiendo del servicio al que se remite al paciente y la población asistida. En dos estudios <sup>(188, 192)</sup> de pacientes enviados a Salud Mental la edad media fue muy inferior a la nuestra, siendo de 35 y 28 años. En el último trabajo <sup>(192)</sup> se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. En un estudio sobre incumplimientos en citas concertadas en un Centro de Salud <sup>(149)</sup>, la edad media fue de 53,44 años, también superior a las derivaciones desde Atención Primaria de nuestro estudio. Edad media de 51,50 años se obtuvo en un estudio sobre derivaciones al especialista (mayormente oftalmología, traumatología y dermatología) desde un centro de salud de Toledo <sup>(162)</sup>. Estas diferencias en relación con nuestro estudio pueden estar

justificadas por el tipo de población asistida, por las especialidades analizadas y por los distintos criterios de selección en la derivación de los pacientes.

**1. 3. Utilización de las consultas por la población del Area Sanitaria.** Este estudio no está diseñado para conocer los porcentajes de derivación a consultas de especialidad desde los distintos niveles asistenciales, al analizarse únicamente un servicio hospitalario concreto. Desde Atención Primaria este porcentaje sobre el total de atendidos se sitúa idealmente entre el 5% y el 6% <sup>(2, 150, 162, 195)</sup>, siendo esta última cifra el objetivo del S.A.S. en su contrato-programa del año 2.000 <sup>(86)</sup>, aunque esta cifra puede ser muy variable, dependiendo de factores dependientes de la población, el médico que deriva y el médico receptor de esa derivación <sup>(156)</sup>. En un análisis de regresión logística múltiple para la máxima verosimilitud, realizado en Centros de Salud y ambulatorios de cupo de la Comunidad de Madrid, muestra que el modelo asistencial, la formación y el sexo del médico que deriva, son las variables asociadas de forma independiente <sup>(158)</sup>. En nuestro trabajo, durante el total del periodo de tiempo analizado, el 97,75% de los pacientes atendidos procedían del D.S. de Osuna, al disponer el D.S. de Ecija de un C.E.P. Por ello, la interpretación de los resultados, según el nivel de derivación, se ha realizado sobre dicho D.S. Hay que tener en cuenta, además, que el 80% de estos pacientes son derivados desde Atención Primaria o C.E.P., lo que nos va a permitir describir adecuadamente las referencias que proceden de esos niveles asistenciales, comparándolo entre las distintas localidades del D.S. de Osuna.

La relación de pacientes atendidos con respecto a la población total ha variado entre las 4 Z.B.S.: los habitantes de Osuna son los que mayor uso hacen de la consulta (228,3/10.000/tº estudio). La población de la Z.B.S. de El Saucejo utilizan las consultas de M. Interna en mayor proporción que los de Estepa (201,0 y 189,7; respectivamente). Puebla de Cazalla acude en menor proporción, al incorporarse sanitariamente al Area Hospitalaria durante el año 1.992. Esto queda claramente demostrado al contabilizar los pacientes atendidos durante el estudio: 10 enfermos en 1.990 y 1.991, y 93 en los años 1.992 y 1.993. Si realizamos el equivalente a estos 2 últimos años, sale un valor intermedio a las otra Z.B.S. La mayor relación muestra/población de pacientes del D.S. de Osuna se

### Discusión

puede justificar por la menor distancia a la consulta que el resto de las poblaciones (*mejor accesibilidad*) <sup>(3)</sup> y por no estar integrado como Centro de Salud durante el periodo de análisis, como se ha observado en otros estudios <sup>(150, 156, 161, 241)</sup>. La OR de derivación puede llegar a ser el doble desde zonas no reconvertidas <sup>(44)</sup>.

Los habitantes de las Z.B.S. de El Saucejo y Estepa son enviados a las consultas de M. Interna en parecida relación (201 y 189,7; respectivamente). Esa leve diferencia puede ser debida a comportamientos distintos de la población o los médicos que derivan. Paradójicamente, la menor accesibilidad (determinada por la isocrona) de la Z.B.S. de El Saucejo repercute en un mayor uso de la consulta externa que la Z.B.S. de Estepa, al contrario que se contempla en otros trabajos <sup>(3)</sup>, estando reconvertidas ambas en Centro de Salud. Pueden estar implicados circunstancias de morbilidad de la población y fundamentalmente comportamientos médicos: especialización, experiencia, tolerancia ante la duda, sentido de autonomía y entusiasmo personal <sup>(44)</sup>. A pesar de todo, las diferencias entre las 4 Z.B.S. no superan el 20% entre la más alta y la más baja. En otros trabajos <sup>(210)</sup> estas discrepancias pueden ser de hasta 20 veces entre los profesionales, en el momento de derivar a un paciente a otro nivel asistencial.

Asimismo, se aprecian diferencias entre las distintas localidades de las Z.B.S. En la Z.B.S. de Osuna (no reconvertida) es llamativo la alta relación muestra/población de la localidad de La Lantejuela, superior a todas las localidades del D.S. de Osuna, disponible de dos consultorios con médicos titulares, aunque esto también ocurre en otra población cercana de la Z.B.S. La variabilidad de esta relación en la Z.B.S. de Estepa entre las distintas localidades, puede ser explicada por la situación del Centro de Salud en Estepa (junto con Herrera la relación más baja de todo el D.S. de Osuna) y por la variabilidad en el comportamiento poblacional <sup>(3, 5, 8, 16)</sup> e interindividual entre los distintos médicos, tal como se menciona en otros trabajos de nuestro país <sup>(158, 160, 183, 241)</sup> y del Reino Unido <sup>(199, 200, 208, 209, 210, 212)</sup>. En la Z.B.S. de El Saucejo la relación es muy homogénea entre las distintas localidades, independientemente de la existencia de un consultorio o Centro de Salud. En nuestro estudio no podemos establecer que la formación M.I.R. o la especialidad en MF y C sea un factor que influencia el grado de derivación, al no disponer de plantilla estable y

sufrir modificaciones durante el periodo analizado, tal como se especifica en otros trabajos (139, 158, 161, 198, 208, 241)

La relación mestra consulta/población entre las distintas localidades de las 4 Z.B.S. oscila entre el valor 133,3 para Herrera (Z.B.S. reconvertida, isocrona 25' y 3 consultorios médicos) y 282,7 para La Lantejuela (no reconvertida, isocrona 15' y 2 consultorios médicos). Este cociente, entre el valor más alto y más bajo del D.S. de Osuna es de 2,12. Relaciones de derivación del doble (estadísticamente significativa) se han obtenido en derivaciones a consultas de Neumología de un hospital de Granada entre áreas no reconvertidas y áreas reconvertidas <sup>(44)</sup>. En nuestro trabajo, localidades cercanas con características parecidas muestran relaciones distintas: Gilena 258,1 (Z.B.S. reconvertida, isocrona 20' y 3 consultorios médicos); y El Rubio 223,9 (Z.B.S. no reconvertida, isocrona 20' y 2 consultorios médicos). Aunque el sistema sanitario y las características de la población pueden justificar el uso de la consulta de especialidad, es el comportamiento médico el más determinante en este caso. Esta divergencia también se obtiene comparando el porcentaje de demanda derivada desde dos centros de Atención Primaria, de ámbito rural, de Valencia <sup>(169)</sup> y La Coruña <sup>(170)</sup>: consultorio de Valencia 14,92% y Centro de Salud de La Coruña 7,51%.

**1. 4. Demora en la 1ª visita.** Uno de los problemas más importantes del Sistema Sanitario Público es la formación de las temidas listas de espera, al existir un desfase entre la oferta y la demanda. Este tema ha sido abordado en múltiples ocasiones, tanto por revistas médicas españolas y extranjeras <sup>(216, 217, 218, 242, 243)</sup> como por periódicos y revistas de información general y otros medios de comunicación. El alargamiento de la lista de espera conlleva un retraso en la atención al paciente con las implicaciones médicas, sociales, laborales <sup>(217)</sup>, políticas y personales consiguientes. Los médicos recurren entonces a las derivaciones urgentes, y los pacientes a la utilización de estos servicios de Urgencias directamente o de servicios sanitarios privados para sortear las listas de espera <sup>(2)</sup>. El objetivo de demora del S.A.S. en la atención de enfermos nuevos en consultas de especialidad es de menos de 21 días. En el INSALUD, para el año 1.999 el objetivo de demora media en consulta externa es de 20 días y la demora máxima de 90. En nuestro

### Discusión

trabajo, únicamente el 35% de los pacientes eran atendidos en este plazo. Un porcentaje del 32% se atendían entre 22 y 45 días y otro 24% entre 46 días y 3 meses. Demora superior a 3 meses solamente se han dado en el 2% de los pacientes. Este tiempo de demora no deseable se ha ido alargando durante el periodo de estudio debido a la mayor demanda de enfermos y a los recursos disponibles. En el año 1.992 solamente el 17,3% de los pacientes eran atendidos en un plazo menor de 21 días, aunque en el año 1.993, por mejoras en los recursos, asciende este porcentaje al 40,2%. Este tiempo de espera es superior al de las consultas externas de Neurología de la S.S. de Aragón, cuya media se establece en 12,4+/-10,7 días (rango de 0 a 90 días) <sup>(166)</sup>. En pacientes derivados desde una Unidad Docente de MFyC de Madrid <sup>(155)</sup>, el 75% de los pacientes se atendieron en menos de un mes, si bien los servicios más consultados no fueron médicos (Ginecología, ORL, Dermatología, Cirugía General y Urología). En un estudio realizado desde una Unidad Docente de MFyC de Sevilla <sup>(198)</sup>, sobre el envío de enfermos a consultas de Reumatología, el tiempo medio de espera se acerca más a nuestros resultados, oscilando entre los 38,5 días (derivados de Ambulatorio) y los 42.9 días (derivados de Centro de Salud). En dicho trabajo, únicamente el 15,7% de los pacientes fueron atendidos en menos de 25 días, aunque en un plazo menor de 50 días, el 79% de los enfermos derivados se asistieron en la consulta. En un estudio multicéntrico realizado en España en consultas externas de especialidades médicas, quirúrgicas y otras, el tiempo medio de espera fue de 11,46+/-0,28 días, sin diferencias entre los tres grupos de especialidades. Medicina Interna con 4 días de demora fue la más baja de todas las especialidades analizadas. Las consultas de Cardiología, Digestivo y Neumología presentaban un tiempo medio de espera de 12, 10.9 y 7.7 días, respectivamente, aunque no se especifica el tipo de consulta de especialidad (hospitalaria o ambulatoria) predominante <sup>(2)</sup>.

Por parte de los organismos de Gestión Sanitaria se han intentado dar soluciones a las listas de espera tanto médicas (diagnósticas y terapéuticas) como quirúrgicas (terapéuticas), actuando fundamentalmente sobre la oferta, con un aumento los recursos humanos y técnicos. Para ello, el sistema más utilizado ha sido el de los denominados “Planes de choque”, ampliando el horario de trabajo en los hospitales durante la tarde, a cambio de una compensación económica consensuada. El objetivo de disminuir la lista de espera se

cumplía temporalmente, para volver al nivel previo un tiempo más tarde. El nivel de eficacia de esta medida se interpreta, pues, como transitoria.

Otras medidas se han aplicado en distintos Hospitales <sup>(139, 245, 246)</sup>, Centros de A. Primaria <sup>(155)</sup>, o conjuntamente <sup>(140)</sup>. Se puede también aumentar la oferta ampliando el número de enfermos atendidos en la consulta de especialidad, como un sistema de selección y protección <sup>(139)</sup>. Aunque esta medida supone una dedicación en tiempo inferior a lo establecido en normas internacionales (30' para enfermos nuevos y 15' para revisiones), sirvió para enviar al medico de A. Primaria (no reconvertida) el 45,5% de los pacientes, sin necesidad de utilizar la compleja estructura hospitalaria, y con informes cortos o protocolos de actuación mínima. Asimismo, el grado de aceptación por parte de los usuarios fue elevado. La puesta en marcha de los Centros de Salud y su uniformización progresiva significaría, según este trabajo, que en un futuro, descendiera la tendencia alcista del número de consultas a los especialistas de Area. Años más tarde, programas de Gestión con características parecidas (consultas de alta resolución) se han puesto en marcha en consultas específicas del Hospital Marqués de Valdecilla, con el objetivo de reducir las demoras en la asistencia. Para el éxito de este programa se precisa una estrecha colaboración con Atención Primaria. En el 50% de los casos el paciente se marcha en la 1ª visita con su tratamiento. En el contrato de gestión de A. Especializada para el INSALUD en el año 1.999 se recoge, entre otras medidas para la mejora de los procesos asistenciales, la generalización de las consultas de alta resolución de al menos dos especialidades de cada centro hospitalario. Otras experiencias están basadas en mejorar la comunicación entre los niveles asistenciales <sup>(156)</sup> o perfeccionar la programación de la consulta externa hospitalaria desde la A. Primaria <sup>(247)</sup>. Otras propuestas de mejora en la demanda sería incrementar los niveles de formación y conocimiento de los médicos de A. Primaria o aumentar el número de especialistas en aquellas áreas más necesitadas <sup>(166)</sup>.

Otra solución para la lista de espera hospitalaria es hacer partícipes del diseño de las consultas a los profesionales. Esta implicación del médico en la gestión clínica ha hecho disminuir el tiempo de demora en una consulta de Reumatología hasta en un 90%, en una experiencia del Hospital de Elche (Alicante) <sup>(245)</sup>. En este programa, se parte de la base que

### Discusión

las consultas externas de un hospital deben adaptarse tanto a las necesidades de los pacientes como a la conexión que exista entre el Área y Atención Primaria. El modelo goza de mayor diversidad, con una división de las consultas en 4 tipos: hospitalaria ordinaria, ambulatoria ordinaria, ambulatoria de cribaje y hospitalaria urgentes, además de las monográficas a alguna enfermedad. El tiempo de espera se ha reducido de 18 meses a 1,5 meses en 3 años. Se precisa una gran coordinación entre las consultas y otras unidades, como el servicio de urgencias del hospital y el Área de Salud.

Sin embargo, puede ocurrir que el aumento de la oferta de especializada suba la demanda. Esta paradoja de la sanidad ha sucedido en el Hospital de Albacete <sup>(248)</sup> con aumento de la frecuentación en las nuevas consultas creadas y en el propio hospital. La explicación puede ser el “afloramiento de necesidades larvadas” o “el estar supliendo los especialistas desplazados al Centro de Salud a los médicos de Atención Primaria”.

Con la libre elección de centro hospitalario (incluido centros concertados) y especialista, se pretende disminuir las listas de espera médica y quirúrgica, desviando libremente a los pacientes que lo deseen a consultas menos saturadas. Una vez más, se precisa de un perfecto conocimiento de los retrasos asistenciales de cada uno de los especialistas, así como agilizar los sistemas de cita desde Atención Primaria <sup>(249, 250, 251)</sup>.

**1. 5. Análisis del documento de derivación a las consultas de M. Interna.** En nuestro trabajo, en el 79% de los pacientes remitidos a las consultas se disponía en la documentación de algún dato que justificase la derivación. En el 21% no se mencionaba ninguna información clínica, aunque en este caso, no se conocía la procedencia del paciente o bien procedían del antiguo C.E.P. En estas circunstancias, el motivo de envío era un escueto “Revisión”. Esta información en un p-10 era la habitual y necesaria para el envío desde Atención Primaria al C.E.P. y se justifica en nuestro estudio por la adaptación necesaria desde un sistema de derivación anterior al actual.

Si analizamos la cumplimentación de los documentos por el nivel de procedencia del mismo, los médicos de A. Primaria aportaron algún dato clínico en 947 de los 989

pacientes derivados (95,8%), porcentaje incluso superior a los derivados desde Urgencias (93,4%) y de otras consultas del hospital (94,3%), y por supuesto del antiguo C.E.P. (44%). Nuestros resultados son superiores a los aportados por Irazábal et al <sup>(157)</sup>, y por Mimbela et al <sup>(194)</sup>, pero inferiores a los de Santamaría et al <sup>(161)</sup>. En el primer trabajo, se obtiene una calidad en el documento de derivación *buena-aceptable* en el 92,5% de los casos, si aplicáramos los mismos criterios de calidad. En el 2º trabajo, en el 7,92% de las derivaciones se indicaba como única información “R” o “Revisión”, utilizándose como modelo de derivación el M.69 (no p-10). En derivaciones a C.E.P. de Neumología en Granada <sup>(44)</sup> el porcentaje de pacientes remitidos desde A. Primaria con información no útil (“exploración y tratamiento” o “revisión”) fue muy superior al nuestro suponiendo el 26,3%. Hay que tener en cuenta que el modelo de documento de derivación usado es el p-10. En nuestro estudio, los pacientes provenientes del antiguo C.E.P. no aportaban ningún dato médico en el 56% de las ocasiones, superior al del trabajo anterior. En dicho estudio, la formación M.I.R. y el puesto en un Centro de Salud supuso una mejora en la calidad de las derivaciones de 13,50 y 11,38 veces con respecto a ser Médico General y trabajar en una zona no reconvertida, respectivamente.

En nuestro estudio, se emitía algún tipo de justificación clínica en la hoja de derivación en el 79% de los pacientes. Esta cifra debería acercarse al 100% al ser condición necesaria para ser enviado el paciente a la consulta. Sin embargo, esto no ocurre así al modificarse el tipo de modelo de derivación del antiguo C.E.P. a consulta jerarquizada. Esta aseveración se confirma por el hecho de que más del 55% de estos pacientes se derivaron en el primer año de funcionamiento del nuevo modelo, con un pequeño remonte (19,7%) en el año 1.992, por la integración de la consulta de Cardiología (27 casos de un total de 74).

Los datos clínicos más frecuentemente aportados en el documento de derivación fueron una enfermedad concreta (48,4% de los casos) y uno o varios síntomas (25,1%). El hallazgo exploratorio fue escaso (2,3%) y el estudio complementario se argumentó en el 7,3% de las derivaciones. Si analizamos únicamente los derivados desde Atención Primaria, la proporción de enfermedad desciende al 36,7% y aumenta la de los síntomas al 30%, con el resto de datos similares al total de derivaciones, excepto la petición familiar

### Discusión

que ocupa el 1,4%. Esta información aportada en el documento de derivación por el médico de Atención Primaria se ha conceptualizado como criterio de la calidad entre los niveles asistenciales y una medida indirecta de la indicación de la derivación <sup>(158)</sup>. En este estudio de Velasco et al <sup>(158)</sup>, el 45% de los partes de interconsulta enviados por los médicos generales son de buena calidad definidos según criterios de legibilidad y aportación de datos clínicos. A las especialidades médicas este porcentaje de buena calidad baja al 39,6%. Hay que tener en cuenta que en estas especialidades el contenido en blanco o con información no relevante suponían el 27,7% y 30,5%, respectivamente, y la pérdida del documento de derivación del MG se dió en el 25% (visitas sucesivas de interconsulta inicial). La formación MIR, el modelo asistencial y el sexo femenino son las variables asociadas de forma independiente en este estudio. En otros trabajos se compara la cumplimentación de los documentos de derivación entre Centro de Salud y ambulatorio a consulta de Reumatología <sup>(198)</sup> o únicamente de Centro de Salud <sup>(194)</sup>. La sospecha diagnóstica se emitió significativamente más en las derivaciones del Centro de Salud (82,9%) que del ambulatorio (70,6%), muy superior a nuestros resultados que se emite un diagnóstico de enfermedad en el 36,7% de los casos y un síndrome en el 12,1%, aunque en dicho trabajo <sup>(198)</sup> en el 27% de los casos, las derivaciones fueron indicadas por otro especialista aunque vehiculadas por Atención Primaria. Porcentajes similares de consignación de diagnóstico se aportan por Mimbela et al <sup>(194)</sup>, en derivaciones desde Centros de Salud, alcanzando el 66%, y una explicación del motivo de envío al especialista en el 80%, igualmente superior a nuestros resultados. La calidad de la información, en otras ocasiones <sup>(241)</sup> se interpreta como insuficiente hasta en el 80,7% de las derivaciones desde Atención Primaria (Consultorio y Centro de Salud), cifra claramente inferior a las nuestras, si consideramos como suficiente un juicio diagnóstico al menos. En este trabajo <sup>(241)</sup>, sólo el 5% de los pacientes son enviados con informe completo y el 10,3% con tres datos clínicos, aunque las diferencias en la calidad son favorables en once veces a los procedentes de centro de salud y en 3 veces a los médicos con formación especializada. El diagnóstico probable del proceso que motiva la derivación se hizo constar en el 26,6% de los pacientes enviados a consultas de Neurología y Reumatología <sup>(161)</sup>, cifras cercanas a las nuestras. La información insuficiente se obtuvo en el 51,4% de las derivaciones. En este trabajo <sup>(161)</sup>, el 90% de la población estaba cubierta por el nuevo modelo de Atención

Primaria siendo el porcentaje de M.I.R. muy escaso, y no comparable. El motivo del envío se encuentra en el modelo de solicitud de atención especializada en este Área analizada, cumplimentándose en el 78,9% de las ocasiones. Es paradójico que el principal motivo esgrimido fue el no tener claro el diagnóstico o para confirmarlo, y, sin embargo sólo en el 26,6% de los casos se emitió un diagnóstico probable (23,4% en Reumatología y 31,1% en Neurología). Los autores concluyen que la información considerada siempre o generalmente importante en las patologías estudiadas, son las que aparecen con menor frecuencia registradas, dando como explicaciones la falta de tiempo, la motivación del profesional o la no exigencia de los datos clínicos básicos para poder enviar a un paciente a nivel asistencial superior. En otro trabajo en el que se analizan todas las derivaciones al nivel especializado desde un centro de salud <sup>(162)</sup>, los motivos de envío más anotados fueron la instauración de pauta de tratamiento (37,5%), diagnóstico (24,3%) y realización de pruebas complementarias (18,9%). La petición del propio paciente (9,9%) se encuentra entre las 5 primeras causas, siendo anecdótico en nuestro estudio (1,4%). Las diferencias con respecto al trabajo anterior <sup>(161)</sup> puede encontrarse en las especialidades consultadas que fueron mayoritariamente oftalmología (pruebas complementarias), traumatología y dermatología (pauta de tratamiento). Esta interpretación puede justificar que el motivo de derivación más frecuente (72,9%) desde la consulta de Pediatría de un centro de salud fuera la confirmación diagnóstica <sup>(175)</sup>. En otro estudio de las consultas de pediatría de un centro de salud <sup>(176)</sup>, el grado de cumplimentación, en la historia clínica, del motivo de derivación al 2º nivel era muy elevado (92,7%), aunque poco uniforme, oscilando entre el 100% para cardiología y endocrinología, y el 86,6% de oftalmología, sin especificarse en dicho trabajo el motivo exacto de la derivación. En nuestro modelo de derivación a Atención Especializada el motivo más argumentado ha sido el de “*valoración y tratamiento*”, no especificándose las dudas concretas en dicha valoración en la mayoría de los casos. Desconocemos el porcentaje de cumplimentación de ese apartado por no establecerlo así en el objetivo del estudio.

A la misma conclusión de que la información clínica que se transmite al 2º nivel de asistencia es deficitaria y muy alejada de lo que los propios médicos consideran que se debería aportar, llegan Martínez et al analizando la cumplimentación del modelo de

### Discusión

derivación desde un centro de salud. En este trabajo <sup>(193)</sup>, un juicio diagnóstico se aportó en el 19% de los documentos, información clínica básica (síntomas y exploración física) en el 40% y esta información básica, diagnóstico de sospecha y tratamiento sólo en el 5,5%. Estos resultados están por debajo de los obtenidos en nuestro estudio, si bien hay que considerar que en el trabajo de Martínez et al la mayor frecuencia de derivaciones se produjo a Radiología (45,5%) y a las especialidades médicas en un porcentaje muy escaso (6,5%). En otro trabajo sobre derivaciones desde un centro de salud a consultas de especialidad <sup>(244)</sup> una historia clínica y juicio clínico se aportó en el 84% y 68% de los casos, respectivamente, siendo el motivo de consulta más frecuente la duda diagnóstica (40%). Esta cumplimentación se puede considerar importante, teniendo en cuenta la utilización del p-10 como modelo de derivación.

Esta información insuficiente entre niveles asistenciales puede mejorar con el conocimiento de los profesionales sobre la actividad que desarrollan <sup>(196)</sup>. En este caso, la cumplimentación de la hoja de interconsulta por Atención Primaria mejoró significativamente en relación con la mayoría de los datos clínicos en el análisis de dos años consecutivos. De esta manera, el diagnóstico de sospecha se aportó de un 33,4% (similar a nuestro estudio) al 44,5% y el motivo de consulta del 43,5% al 77,6%, en 1.993 y 1.994, respectivamente. Esta falta de información y comunicación (escrita) entre MG y especialistas se considera de calidad variable y de pobre valor educacional para algunos autores británicos, incluidos las “*clínicas outreach*” sugiriéndose la posibilidad de uso de la telemedicina (consulta mediante teleconferencia) como una alternativa factible y de potenciales beneficios <sup>(252)</sup>.

Nuestros resultados en la calidad y cumplimentación de los datos son superiores a los obtenidos por Gallego et al <sup>(160)</sup> en el análisis de los partes de interconsulta (p-10) a un servicio de urgencia hospitalario. En este estudio, sólo en el 10% de los pacientes había constancia de haber realizado una breve anamnesis y exploración física, en únicamente el 2% se había realizado un juicio diagnóstico, considerándose como justificados el envío a un centro hospitalario al 21% de los enfermos. La concordancia diagnóstica fue de 0% en los 2 únicos pacientes en los que se dio un juicio clínico. La sustitución del p-10 por un nuevo modelo de derivación a un SUH (Servicio de Urgencia Hospitalario) no aporta

tampoco un grado de información que pueda considerarse óptimo <sup>(159)</sup>, aunque las diferencias con el anterior trabajo <sup>(160)</sup> es significativa, y superior a nuestros resultados. Una hipótesis diagnóstica se dio en el 54% de los casos, una anamnesis y síntomas en el 95%, exploración física en el 49% y todos estos datos, más la filiación del paciente, en el 23% (idoneidad). El motivo de consulta se aportó en el 21,5% de las ocasiones. Como en otros trabajos <sup>(44, 158, 198)</sup>, la cumplimentación fue superior entre los médicos de familia frente a los médicos generales <sup>(159)</sup>. Aunque la cumplimentación del modelo de derivación es importante para evaluar la calidad de la asistencia <sup>(193)</sup>, en los pacientes remitidos a SUH esta información es además valiosísima para una valoración más precisa y una adecuada toma de decisiones, en un nivel asistencial con gran presión y donde cualquier dato clínico puede resultar definitivo, si bien es verdad que la mayoría de los pacientes acuden sin documento de derivación, por iniciativa propia <sup>(33)</sup>.

En las interconsultas Atención Primaria/Psiquiatría <sup>(191)</sup> la aportación de un diagnóstico por el médico general se encuentra en cifras superiores (52%) a las obtenidas por nosotros, al igual que respecto a la clínica, que se informa en el 76% de los casos. En la mayoría de las ocasiones se solicita seguimiento (41,5%) o consejo valoración (34%), siendo poco frecuente la demanda de tratamientos específicos (5%), como en derivaciones a otras especialidades <sup>(161, 162)</sup>. En otros trabajos de derivaciones desde Atención Primaria a Centro de Salud Mental <sup>(187)</sup>, la emisión de un juicio diagnóstico se daba hasta en el 79,6% de los casos, coincidiendo con el del Centro de Salud Mental en el 68,4%, atribuyéndolo los autores a la presencia mayoritaria de un proceso afectivo o de ansiedad, de más fácil diagnóstico. Asimismo, la historia clínica de la enfermedad se aportaba en el 58,1% de las derivaciones, aunque la solicitud expresa de la demanda para la consulta se conseguía en el 37,2% de cumplimiento, y en el escaso porcentaje cumplimentado, se requería básicamente tratamiento. Cifras más elevadas de cumplimentación en la hipótesis diagnóstica por los médicos de Atención Primaria se daba en las derivaciones a otro centro de Salud Mental de Badajoz <sup>(188)</sup>, con porcentajes que oscilaban entre el 94,6% de los Médicos de Familia, y el 87,3% de los Médicos Generales.

### Discusión

En nuestro estudio, la coincidencia de los datos clínicos aportados en el documento de derivación con los del especialista de la consulta se daba en el 68% de los casos, similar al aportado por Ruiz et al <sup>(187)</sup> en pacientes psiquiátricos, aunque, en nuestro análisis, cuando el dato clínico que se emite es un diagnóstico concreto, el nivel de concordancia es superior (78,3% de acierto y 10,6% de orientación). Esto se puede interpretar, bien por la facilidad del diagnóstico de la enfermedad, o bien porque cuando se da un juicio clínico de enfermedad se está seguro de ello. Estas cifras de acuerdo diagnóstico se encuentran entre el 66% descrito en consultas pediátricas de un centro de salud urbano <sup>(100)</sup>, el 80% de otros estudios <sup>(244)</sup>, y el 86,36% de derivaciones a todas las especialidades desde un centro de salud de Toledo <sup>(162)</sup>. Asimismo, nuestros resultados son similares al 77,3% de derivaciones a servicios médicos y quirúrgicos <sup>(155)</sup> y muy alejada del 0% de las derivaciones a un servicio de Urgencia hospitalario <sup>(160)</sup>. En otros trabajos <sup>(188)</sup> la concordancia diagnóstica entre la hipótesis emitida por el MAP y el diagnóstico definitivo registrado en la consulta de especialidad mostraba diferencias relevantes entre el Médico de Familia (73,7%) y el Médico General (43%). A la misma conclusión llegan Sánchez Mollá et al <sup>(253)</sup> sobre enfermos reumatológicos derivados desde Atención Primaria con un índice kappa de 0,38 para MG y de 0,61 para MFyC, en relación a la concordancia diagnóstica con el reumatólogo, estableciéndose ésta como regular-moderada para los primeros, y buena para los segundos. En nuestro estudio, el error más frecuente en los datos aportados en la hoja de derivación fue el de interpretación de estudios complementarios (26%), duplicando al resto de datos clínicos especificados. Si estudiamos los pacientes procedentes de Atención Primaria, la coincidencia clínica se mantiene en cifras similares a las del resto de niveles asistenciales, en torno al 85%, excepto cuando se deriva por un estudio complementario, disminuyendo el grado de coincidencia al 64%. Los motivos para explicar estas diferencias con respecto a otros niveles asistenciales pueden estar: 1) en defectos en la formación clínica de los médicos de Atención Primaria, 2) en el desconocimiento de los métodos de trabajo y gestión de las consultas, 3) facilidad para la derivación en caso de la más mínima duda planteada, y 4) falta de comunicación directa y de coordinación entre el MAP y el especialista.

**1. 6. Estudios complementarios solicitados por el nivel asistencial que deriva al paciente.** En nuestro análisis, los estudios complementarios se solicitaban (dato no escrito, dato no solicitado) en el 41,5% de los pacientes derivados (40% si procedían de Atención Primaria) siendo adecuados el 86% de los casos para el proceso en cuestión y las posibilidades del nivel asistencial que deriva, con cifras muy cercanas en los pacientes derivados desde Atención Primaria y el resto de niveles asistenciales: 81,4% y 89,7%, respectivamente. Nuestros resultados son superiores a los aportados por Velasco et al <sup>(158)</sup> en derivaciones de Atención Primaria a 13 consultas de atención especializada, jerarquizadas y de cupo, con anotación de datos y pruebas diagnósticas en el 17% de las especialidades médicas y en el 23% de las quirúrgicas. En otro trabajo se analizan las derivaciones por médicos generales y de familia desde centro de salud y ambulatorio a consultas de Reumatología <sup>(198)</sup>. Datos de laboratorio se cumplimentan en el 45,7% de las derivaciones de centro de salud y 20,9% de ambulatorio ( $p < 0,001$ ) y datos radiológicos en 32,9% y 18,9%, respectivamente ( $p < 0,05$ ). Es significativo, en nuestro criterio, el escaso número de exploraciones radiológicas a una consulta de reumatología. Nuestros resultados se encuentran en cifras intermedias, entre el 78,6% de las peticiones complementarios de los centros de salud y el 39,8% de ambulatorios <sup>(198)</sup>. Referencia a alguna prueba complementaria efectuada en cifras inferiores a las nuestras las encontramos en derivaciones a neurología, urología y traumatología, desde centro de salud, con porcentaje que no llega al 21% <sup>(194)</sup>, con cifras similares (22,9%) en las derivaciones a consulta de neurología y reumatología, con diferencias entre ambas especialidades: 15,5% y 28,1%, respectivamente, aunque claramente inferior a las derivaciones de dicha especialidad en otro estudio <sup>(198)</sup>. En el 16% de los pacientes derivados se cumplimentaban estudios complementarios en el trabajo de Martínez Campos et al <sup>(193)</sup>, aunque mayoritariamente se incluían las derivaciones a radiología, que puede descender esa cifras, siendo el standard de referencia en dicho trabajo para los estudios complementarios del 60%. En otras ocasiones se observan diferencias importantes en la cumplimentación de pruebas complementarias en dos periodos de tiempo distintos <sup>(197)</sup>. En este trabajo, la aportación de estudios complemetarios pasa del 9,43% en 1.993 al 20,63% en 1.995, aunque por debajo de nuestros porcentajes. Cifras inferiores a las anteriores se han aportado en derivaciones a servicios de urgencia hospitalarios, con valores en este caso, que no supera el 8% de las

### Discusión

derivaciones <sup>(159)</sup>, lógico si se tiene en cuenta la forma urgente de la referencia y la imposibilidad de disponer de estudios complementarios de forma inmediata ambulatoriamente. En un trabajo de Pellicer et al <sup>(164)</sup>, aunque no se mencionan cifras concretas, los pacientes procedentes de Atención Primaria el motivo de consulta se basa mayormente en datos clínicos, mientras los remitidos desde Urgencias y Hospitalización éste era apoyado con exploraciones analíticas y radiológicas. Este resultado es similar al nuestro, en el que Atención Primaria no solicita estudios complementarios en el 60,3% de los casos, mientras Urgencias no lo hace en el 10,5% y Hospitalización en el 8,1%. Otros autores no mencionan la solicitud de estudios complementarios en la hoja de derivación, aunque sí su repetición por el especialista en el 31,2% de los casos, fundamentalmente de especialidades médicas, llegando en estos casos este porcentaje al 60% <sup>(155)</sup>. En nuestro estudio se obtienen cifras muy parecidas para el total de pacientes (32,4%), aunque inferiores (26,3%) si analizamos únicamente los procedentes de Atención Primaria y superiores de aquéllos derivados desde el C.E.P. Esta repetición de estudios por el especialista se puede justificar por falta de credibilidad, confianza, coordinación y poca comunicación entre los niveles asistenciales <sup>(161)</sup>. Esto, a su vez, genera un gasto de tiempo y dinero que se podría aprovechar en otros recursos. Una mayor y mejor cooperación y conocimiento mutuo entre los niveles asistenciales implicados <sup>(143, 144, 254, 255)</sup>; estabilización de plantillas, rotación cíclica del MG por el hospital, formación continuada, salida del especialista del hospital; y cambios organizativos sanitarios: historia clínica única, informatización clínica, motivación e implicación del profesional en el gasto sanitario, paliarían esta mala utilización de los recursos asistenciales <sup>(142, 184)</sup>.

La propia especialidad y actitudes personales van a determinar igualmente la repetición de estudios complementarios solicitados por el médico que deriva al paciente <sup>(304)</sup>. En nuestro estudio, las consultas de Cardiología y Neumología duplicaban estudios en unos porcentajes superiores al 56%, y M. Interna en el 21%, por encima y por debajo, respectivamente, del trabajo de Fraile et al <sup>(155)</sup>, aunque en las dos primeras consultas, cercanas al 60% de las especialidades médicas del mencionado trabajo. La consulta de Digestivo esta cifra es mínima (3,3%), al solicitársele básicamente estudios no disponibles en el nivel de derivación, sobretodo estudios baritados y endoscopias.

Los mismos argumentos se pueden dar en el caso contrario, cuando no se solicitan estudios complementarios por el nivel de derivación. El comportamiento no es homogéneo entre las distintas consultas, e incluso muy diferente. M. Interna no solicita tampoco ningún estudio complementario en la mayoría de los casos que el médico que deriva no lo ha hecho. En nuestro criterio, probablemente ese paciente no debería haber sido derivado, o bien hay una total confianza en el nivel asistencial que lo deriva, justificando esas explicaciones por el hecho que en el 66,6% de los casos fueron dados de alta o remitidos nuevamente al nivel de derivación, en el 10,8% se enviaron a hospital de tercer nivel, y sólo en el 4,3% de los casos continuaron seguimiento en la consulta de M. Interna. Cardiología y Neumología solicitan estudios básicos entre el 70% y 80%, y Digestivo mantiene la solicitud de estudios no disponibles por el nivel de derivación en el 83% de sus pacientes. Con estos datos, podemos concluir que, en el total de pacientes derivados a la consulta se pudieron estudiar, con los medios disponibles en el nivel de derivación, el 62% de los mismos. Si se analizan únicamente los pacientes enviados desde Atención Primaria este porcentaje desciende al 47,3%, que no hubiesen precisado de los recursos hospitalarios. Esta cifra es ligeramente superior al 45,5% que fueron devueltos al médico de cabecera con informes cortos o protocolos de actuación mínima, desde una Consulta de Clasificación de Especialidades Médicas, donde se citaban en menos de 24 horas pacientes derivados desde Atención Primaria <sup>(139)</sup>. En otro trabajo <sup>(166)</sup>, en el que se analizan consultas de Neurología, se solicitaron estudios complementarios desde la misma en el 48,9% de los pacientes, aunque se considera que la cifra de pacientes que no deberían haber sido enviados a dichas consultas (79,3% del total provenían de Atención Primaria) era el 23,8%.

En nuestro estudio se obtienen diferencias importantes en la solicitud de estudios complementarios entre los distintos niveles asistenciales de derivación, con porcentajes que oscilan entre el 15,8% de los procedentes del C.E.P. y el 91,9% de los ingresos del hospital. Atención Primaria se encuentra ligeramente por debajo de la media del conjunto de las derivaciones, con un 39,7% de estudios complementarios solicitados. En la mayoría de los trabajos revisados en la literatura, no se analiza comparativamente los distintos niveles asistenciales, estudiándose básicamente las derivaciones desde Atención Primaria

### Discusión

en su calidad <sup>(157, 158, 159, 161, 193, 194, 196, 198)</sup>, cantidad <sup>(150, 175)</sup> o ambas <sup>(44, 45, 155, 162)</sup>. En otras ocasiones, los pacientes derivados a consultas de Reumatología de un hospital terciario precisaban, para su atención en las mismas, de analítica elemental y radiología simple solicitadas por el médico remitente, hecho que permitía que pudieran ser dados de alta más de la mitad de los pacientes atendidos, y hasta el 64% para la patología no inflamatoria. En nuestro estudio, pudieron ser dados de alta en la 1<sup>a</sup> consulta el 22% de los pacientes, con un 41,5% de solicitud de estudios complementarios por el nivel de derivación. En cualquier caso, esta breve, única y eficaz actuación clínica del especialista es suficiente para el médico remitente, disminuyéndole presión y responsabilidad, con una segunda opinión médica, y para el propio paciente, restándole importancia a sus dolencias y apoyando la confianza en su médico que le envía.

Asimismo, en nuestro estudio, la solicitud de estudios complementarios por el nivel de derivación, lleva implícito una mayor cumplimentación del documento con aportación de otros datos médicos. Únicamente en el 2,2% de los casos, con solicitud de pruebas complementarias, no se mencionaban otros datos clínicos o se derivaba “a petición propia”. Sin embargo, hasta en el 34,4% de los pacientes sin estudios complementarios no se aportaba ningún otro dato clínico. Si descartamos este último grupo, en cualquiera de los otros casos, con estudios o sin estudios complementarios, la cumplimentación de otros datos clínicos era similar en sus porcentajes, excepto en lo referente a dichos estudios, lo que interpretamos como que no se aprecian diferencias entre aquellos médicos que cumplimentan los datos clínicos del documento de derivación en base a la solicitud de estudios complementarios, es decir que globalmente son dos grupos homogéneos en su comportamiento con relación a la aportación de datos clínicos, a excepción de la solicitud de estudios complementarios.

La cumplimentación y adecuación de los estudios complementarios solicitados en el documento de derivación va a condicionar el tipo de estudio pedido por el especialista, para el conjunto de consultas del S<sup>o</sup> de M. Interna. En el análisis de cada consulta, únicamente la especialidad de Digestivo se aparta de este resultado, ante la solicitud mayoritaria de estudios de 1<sup>er</sup> nivel, no autorizados para el nivel que deriva. Se puede

concluir de nuestros resultados, que una información correcta y adecuada desde el nivel de derivación supone una determinada conducta por el médico especialista que conlleva una mayor eficiencia en la utilización de los recursos disponibles, en beneficio del enfermo y del sistema sanitario. Sería discutible que una ampliación en el abanico de pruebas disponibles desde Atención Primaria, como nivel de derivación más importante, disminuiría las consultas en Asistencia Especializada como ocurre, en nuestro estudio, en la consulta de Digestivo, con solicitud de pruebas de primer nivel independientemente del contenido en la hoja de derivación. Probablemente esta decisión conllevaría una sobrecarga en la solicitud de esas pruebas complementarias, que debería venir acompañada de otras alternativas al actual sistema de derivación, como pueden ser la historia clínica única, la salida del especialista del hospital y la más directa comunicación entre los dos niveles asistenciales <sup>(140, 142, 143, 256, 257)</sup>.

**2. ANALISIS DEL INFORME CLINICO DEL ESPECIALISTA EN CONSULTA.** En esta segunda parte de la discusión se va a analizar la documentación clínica y el informe final indicado por el especialista de la consulta, comparándolo con los datos aportados por el médico que deriva al paciente y lo hallado en la bibliografía revisada.

**2. 1. Tratamiento indicado por el nivel asistencial que deriva al paciente y el especialista.** En algunos trabajos que evalúan el proceso de derivación entre Atención Primaria y Asistencia Especializada no se considera la aportación del tratamiento realizado como criterio de calidad de la atención sanitaria <sup>(158, 196, 198)</sup>, aunque sí su cumplimentación en el informe de retorno por el especialista <sup>(196, 198)</sup>. En nuestro estudio, en el 48,2% del total de los documentos de derivación se consignaba el tratamiento realizado, algo inferior al 52% cuando el paciente era derivado desde Atención Primaria. Nuestras cifras se encuentran en valores intermedios a los obtenidos por Rivas et al <sup>(197)</sup> en el análisis de las derivaciones en dos periodos distintos: 58,9% en 1.993 y 84,12% en 1.995. Sin embargo, en otro trabajo <sup>(161)</sup> el tratamiento habitual del paciente se hizo constar en el 9,2% de los Informes de Solicitud de Atención Especializada y el tratamiento actual en un 44,9%, cifras inferiores a las nuestras, aunque superiores a las consignadas por Martínez et al <sup>(193)</sup> en

### Discusión

cuyo análisis de las derivaciones (incluida radiología) la cumplimentación del tratamiento se encontraba en el 19%, con un standard de referencia consensuado del 80%. Cifras similares (20,75%) son las obtenidas en derivaciones a tres especialidades jerarquizadas y no jerarquizadas, con un documento modelo de interconsulta. Las derivaciones a servicios de urgencia hospitalarios <sup>(159)</sup> muestra unas cifras de cumplimentación de tratamiento en cifras inferiores o similares al trabajo anterior cuando el facultativo que deriva es un médico de familia (16,6%) o un centro de salud urbano (19,3%), aunque ligeramente superiores si el que envía al paciente es un médico general (26%) o de un centro de salud rural (27,1%), justificando la utilización de este recurso sanitario por la influencia de múltiples factores, independientes de la cualificación técnica de los profesionales sanitarios. Este mismo argumento es la conclusión de los autores en las referencias a una unidad de salud mental <sup>(188)</sup>, aunque contrario a lo observado en otros estudios <sup>(44, 158, 198)</sup> en los que la formación clínica y el modelo asistencial justifica los resultados obtenidos.

Cuando la derivación se realiza desde otros niveles asistenciales distintos a Atención Primaria la cumplimentación de tratamiento en el documento es variable, siendo inferior en los pacientes procedentes de la Interconsulta del propio Hospital y del C.E.P. y superior si vienen referidos desde el Area de hospitalización de M. Interna o desde Urgencias del Hospital. En el primer caso, la especialización de la medicina hace que otras especialidades no se “atrevan” a tomar una decisión terapéutica, recurriendo a la hoja de consulta, mucho menos comprometida. Esta misma circunstancia ocurre en las interconsultas a M. Interna en el Area de Hospitalización, argumentándose también el escaso interés por parte del médico que realiza la Interconsulta en hablar con el médico consultor e informarse sobre la patología del enfermo <sup>(153)</sup>. En el caso del C.E.P. son pacientes atendidos por otros especialistas y derivados habitualmente por Atención Primaria como intermediarios, que suponen un conocimiento preciso de los datos del pacientes por el especialista receptor. En el trabajo de Caballero et al entre un 15,71% (Centro de Salud) y un 30,67% (Ambulatorio) de los enfermos reumatológicos derivados fueron indicados por otros especialistas de zona <sup>(198)</sup>. La derivación desde Urgencias significa una actuación rápida indicándose mayormente tratamiento, en espera de la atención por el especialista, que muchas veces es consultado desde el mismo área de Urgencias. Los enfermos previamente hospitalizados

tiene ya un diagnóstico concreto, pendiente de seguimiento, respuesta clínica o algún estudio concreto.

En nuestro estudio, el tratamiento mayoritariamente indicado por los médicos que derivan es el patogénico o etiológico, y en menor proporción el sintomático, siendo incorrecto en el 4% de los casos, sin observarse diferencias entre el total del conjunto y los pacientes derivados desde Atención Primaria. El tipo de tratamiento indicado por el nivel de derivación va a venir determinado por la clase de información clínica contenida en el documento: a mayor calidad de datos y aproximación diagnóstica, tratamiento más específico. De esta forma, en aquellos pacientes con una enfermedad concreta, el tratamiento indicado era mayormente etiológico o patogénico, y si se mencionaba un síntoma el tratamiento era entonces sintomático. Igualmente, la cumplimentación del tratamiento se relacionaba con la menor cumplimentación del resto de datos clínicos justificativos de la derivación, es decir el que no cumplimenta lo hace totalmente. Esta información sobre el tipo de tratamiento recogido en el documento de derivación no se refleja en la bibliografía revisada, aunque el epígrafe “exploración y tratamiento” y “revisión” es aportado en otros trabajos entre el 7,92% <sup>(194)</sup> y el 26,3% de las ocasiones <sup>(44)</sup>.

En nuestro estudio, la prescripción de tratamiento en la 1ª visita del paciente a la consulta no se hacía en el 75% de los enfermos, cifra en relación al tipo de enfermo derivado a la consulta: no agudo, para estudio, variando entre las distintas consultas del 64% de M. Interna y 87% de Neumología. No se aprecian diferencias según el nivel de procedencia, incluida Urgencias, no indicándose tratamiento inicial en el 83% de las ocasiones, aún teniendo en cuenta la distinta proporción de pacientes con tratamiento indicado, según el nivel de derivación. En otros trabajos se menciona únicamente el tratamiento final emitido en el informe del especialista <sup>(194, 196, 198)</sup> aunque si éste se realiza provisionalmente, se utiliza el modelo p-10 entre el 3% (pacientes remitidos desde Ambulatorio) y el 4,3% (pacientes procedentes de Centro de Salud) de los casos <sup>(198)</sup>. En nuestro análisis de los pacientes que precisaban seguimiento en la consulta, se les indicó tratamiento en la 1ª visita en el 18,5% de las ocasiones, aunque con diferencias significativas entre las 4 consultas: M. Interna 25%, Cardiología 11%, Digestivo 24%, y Neumología 6,7%. Esta

### Discusión

última consulta es la más aproximada a las cifras del trabajo de Caballero et al <sup>(198)</sup> en la especialidad de Reumatología, aunque no se haga constar en el mismo el contenido del informe provisional.

Los fármacos más utilizados como tratamiento en la 1ª visita a la consulta están en relación con los procesos más frecuentes, siendo en este caso de la esfera cardiovascular y digestiva. El primer grupo lo utilizaron mayoritariamente las consultas de M. Interna y, por supuesto, la de Cardiología, motivado también por la importancia y trascendencia que se le da a este tipo de procesos <sup>(153)</sup>, y la necesidad de un tratamiento lo más inmediato posible. El número de fármacos es inferior al utilizado en el informe final: 1,61 v/s 1,85 para el total de consultas; 1,81 v/s 1,85 para la consulta de M. Interna; 1,98 v/s 2,31 para Cardiología; 1,31 v/ 1,5 para Digestivo; y 1,87 v/s 1,45 para Neumología. Este último resultado puede estar justificado por los procesos agudos y subagudos (mayormente infecciosos), resueltos durante el estudio en la consulta de Neumología.

El tratamiento final fue cumplimentado en el informe clínico del especialista en el 91% de los casos, oscilando entre el 83% de Digestivo y el 97% de Neumología. Nuestras cifras son superiores a las aportadas en otros trabajos, que oscila entre el 51,4% de pacientes procedentes de ambulatorio y el 74,6% si se derivan de Centros de Salud (“p” no significativa) de una consulta de Reumatología de Sevilla <sup>(198)</sup>, aunque estarían en situación intermedia si consideramos únicamente la prescripción de tratamiento médico (64%). En este trabajo <sup>(198)</sup>, se analiza la mención del principio activo: 7,1% y 5,7%; respectivamente (“p” no significativa) o del grupo farmacológico: 21,4% y 9,85; respectivamente (p<0,05). Resultados aún inferiores son los obtenidos en derivaciones a especialidades médicas, en dos años consecutivos, auditando la cumplimentación de los documentos antes y después de una intervención mediante la información de los resultados obtenidos. El tratamiento se indica entre el 16,38% (año 1.993) y el 25,51% (año 1.994), con una diferencia entre ambos años del 55,7% <sup>(196)</sup>. En el trabajo de Rivas et al <sup>(197)</sup> se comparan también dos periodos distintos (años 1.993 y 1.995) con el objetivo de conocer las diferencias en la cumplimentación y el porcentaje de interconsulta que completan el circuito a los 6 meses. Esto último ocurrió en el 24,1% en 1.993 y en el 22% en 1.995. El tratamiento final fue el

único parámetro que mejoró significativamente en Atención especializada ( $p=0,002$ ), pasando del 58,49% en 1.993, al 84,12% en 1.995, cifra esta última superior a la nuestra si consideramos la indicación precisa de tratamiento médico, aunque hay que señalar que dicho resultado no contempla el 78% de las derivaciones no completadas en el circuito, parámetro este no analizado por nosotros. Metodología parecida es la señalada por Mimbela et al <sup>(194)</sup> en 235 derivaciones a tres consultas de especialidad. En el 35,31% de los pacientes derivados se recoge información de la interconsulta en la historia clínica de Atención Primaria. El tratamiento impuesto por el especialista se explicita en el 63,85% de estos casos. Únicamente en el 12,34% aparecen informes de estos especialistas, constando el tratamiento en el 65,51%. En ambas circunstancias, porcentajes inferiores a los nuestros, aunque hay que tener en cuenta que cerca del 64% de las derivaciones lo fueron a Traumatología. En un estudio de las consultas de Neurología de Aragón se indicó tratamiento en 78,2% de los informes emitidos: 31,8% se mantuvo el prescrito por el nivel de derivación (79,3% Atención Primaria) y 46,4% se les modificó el tratamiento <sup>(166)</sup>.

La modificación del tratamiento de la 1ª visita en el informe final se produjo en cerca del 50% de los pacientes con seguimiento posterior, continuando sin tratamiento el 25% de los pacientes a los que no se le indicó tratamiento alguno en la 1ª visita. El tratamiento indicado por los médicos que derivan se cambió en el 46,4% de los casos en consultas de Neurología <sup>(166)</sup>. La mención del tratamiento en el informe final fue distinto según el paciente no hubiera recibido tratamiento en la 1ª visita: 9%, o sí se hubiera indicado: 3,4%. Probablemente, en el primer caso tampoco lo precisara, aunque no se hacía constar expresamente, ya que porcentaje similar (9,6%) se ha obtenido analizando aquéllos pacientes cuyo informe final no se hizo en la 1ª visita. Las diferencias de cumplimentación del tratamiento final en el informe clínico entre las distintas consultas (2,7% de Neumología y 17% de Digestivo) van a venir determinadas por actitudes y motivaciones personales que del correcto funcionamiento del propio sistema <sup>(198)</sup>. El tipo de tratamiento final diferente entre las especialidades depende de los distintos procesos diagnosticados en las mismas: M. Interna, Cardiología y Neumología mayormente etiológica o patogénico, y Digestivo básicamente sintomático. Con respecto al tratamiento en la 1ª visita, en las 4 se

### Discusión

amplía el tratamiento patogénico, aún cuando en Digestivo se mantiene un porcentaje elevado de tratamiento sintomático y patogénico/sintomático (59%).

Por grupos de medicamento siguen siendo los del sistema cardiovascular (grupo C) y aparato digestivo (grupo A) los más indicados en el total de las consultas, respectivamente, aunque en una relación mutua superior al de la 1ª visita, e igualmente con una significativa prescripción de fármacos psicolépticos, sobretodo ansiolíticos e hipnóticos, derivados de la benzodiazepina (grupo N).

Nuestras consultas prescriben tratamientos finales en una situación intermedia a otras consultas externas de Atención Primaria urbana y rural, y hospitalaria (exceptuando pediatría) obtenida mediante entrevista a los pacientes durante periodos entre 3 y 12 meses (258, 259). En el grupo A (digestivo y metabolismo) el consumo es más importante en la consulta hospitalaria que la de Atención Primaria, coincidiendo con nuestro estudio, en el que los fármacos de este grupo son los más frecuentemente indicados. Igualmente ocurre con el grupo C (cardiovascular), con un amplio consumo en las 3 consultas, ocupando el 1<sup>er</sup> lugar en la consulta rural, el 2º en la urbana y el 3º en la consulta hospitalaria de Navarra, superados por el grupo N (consulta rural) y por los grupos A y N (consulta hospitalaria). En nuestro caso nos acercamos más a la consulta de Atención Primaria rural. Es significativo el consumo de fármacos del grupo N (Sistema Nervioso Central: S.N.C.) en las 3 consultas, significando el 1º ó 2º puesto, cuando en nuestro estudio ocupa el 4º lugar aunque muy lejano de los grupos A y C. El grupo R muestra un consumo importante en las 3 consultas, ocupando el 4º lugar en todas ellas, un puesto inferior al obtenido en nuestro trabajo, donde es el tercer grupo más prescrito. Los antiinfecciosos (grupo J) son fármacos de consumo moderado tanto en Atención Primaria como Hospitalaria, en cifras similares a las nuestras. Si lo comparamos con el consumo en hospitales de larga estancia (260), los grupos terapéuticos más utilizados han sido los siguientes de mayor a menor (en % DDD): grupo A (21,2%), grupo R (16%), grupo N (15,8), grupo C (14,4%), grupo H (13,2%) y grupo J (9,2%). La diferencia más apreciable respecto a las consultas externas de Atención Primaria y hospitalaria, incluidas las nuestras, es la aparición de la terapia hormonal (grupo H) por el uso elevado de corticoides. En una planta de hospitalización de

M. Interna de un hospital de 3<sup>er</sup> nivel <sup>(261)</sup> el orden, por unidad de consumo, de los grupos anatómicos principales ha sido el siguiente: Grupo A, 23%; grupo B, 22% (95% fluidos IV); grupo C, 17,7%; grupo N, 16,9% y grupo J, 11,6%. Nuevamente son los grupos cardiovascular, digestivo y neurológicos los más consumidos, incluyéndose los fluidos IV, que eleva el grupo B hasta el 2º lugar. Es llamativo el poco uso del grupo R con respecto a nuestro estudio y al del hospital de larga estancia <sup>(259)</sup>. Sin embargo, en relación al coste ocupa el primer lugar con diferencia en ambos hospitales, de 3<sup>er</sup> nivel y de estancias largas, el grupo J, significando el 43,5% y 33,3%, respectivamente del coste total, y en 2º lugar el grupo B, con el 28,7% y 13,15, respectivamente. En el área de hospitalización de M. Interna del hospital de Osuna durante el año 1.997 el consumo farmacéutico más importante, con diferencia respecto a los demás, ha sido el del grupo de antiinfecciosos (grupo J), suponiendo el 48,7% del gasto durante ese año. Los preparados del grupo B (fluidoterapia incluida, 13,6%), con el 21,4%, el grupo A (8%) y el grupo H (5,6%) son los más consumidos a continuación. Es significativo el escaso gasto de los fármacos de los grupos R y C (ambos el 3,7%) pese a la gran importancia de los procesos cardiorrespiratorios en la planta de hospitalización de M. Interna.(50,5% de los diagnósticos de alta) <sup>(240)</sup>. El estudio económico no lo hemos considerado en nuestro estudio.

Parece, pues, evidente que el consumo farmacéutico va a venir determinado fundamentalmente por el tipo de consulta donde se realiza el estudio, y éste, a su vez, por la clase de enfermo atendido. En un trabajo realizado sobre la prescripción farmacológica, de enero a junio del año 1.995, en la consultas externas, C.E.P. y servicio de Urgencias de un hospital de Cádiz <sup>(262)</sup>, los medicamentos más utilizados (por envases) en orden decreciente han sido los siguientes: grupo N (15,5%), grupo I (12,5%), grupo A (11,8%), grupo R (11,5%), grupo M (10,9%) y grupo C (8,7%). Muy distinta ha sido la dispensación ambulatoria de un hospital de nivel terciario de Barcelona durante ese mismo año <sup>(263)</sup> siendo los fármacos relacionados con la infección VIH (Virus de la Inmunodeficiencia humana) los que representaron el 74% del consumo y del gasto, y los medicamentos oncológicos y hematológicos el 2ª lugar (16% del consumo y 12,9% del gasto). En la

### Discusión

siguiente **Tabla** se puede ver comparativamente el consumo de los distintos grupos anatómico-terapéuticos de los distintos trabajos revisados y nuestro estudio.

**Tabla 33: Consumo de medicamentos en centros hospitalarios y de Atención Primaria. Estudio comparativo. Por grupos anatómico-terapéuticos.**

<b>Grupo</b>	<b>C.U. Navarra (1)</b>	<b>Hosp. Pto. Real (Cádiz) (2)</b>	<b>Estudio</b>	<b>Otros (1)</b>
<b>N</b>	22%	15,5%	8,6%	10%-21%
<b>A</b>	20%	11,8%	32%	11%-17%
<b>C</b>	18,7%	8,7%	28%	12%-32%
<b>R</b>	7,5%	11,5%	13,3%	13%-24%
<b>M</b>	4,7%	10,9%	1,4%	6%-11%
<b>J</b>	4,6%	12,5%	5,4%	12%-17%

(1) De Recio JM et al. (259) (2) De Cabeza J et al. (262)

En el D.S. de Osuna la prestación farmacéutica total (general y pediatría) durante el año 1.997 revela unos niveles de consumo en los que destaca el grupo N (20,79%) y el grupo C (15,23%). Ya con porcentajes inferiores se encuentran el grupo A (12,82%), el grupo R (11,93%) y el grupo M (8,81%). El grupo J ocupa un lugar intermedio de consumo, con el 7,18%. El orden en los 3 primeros puestos es similar a un centro de salud rural (258), invirtiéndose la situación en el 4º y 5º puesto para los grupos M y R, que puede justificarse por la no inclusión de pacientes pediátricos en el centro de salud rural. Como se puede apreciar en relación a la tabla anterior en el apartado “otros”, en el que se incluyen centros de Atención Primaria, el D.S. de Osuna se encuentra en cifras intermedias, excepto para los grupos R y J, en porcentaje inferior. Con respecto a nuestro estudio, el grupo C es el único que mantiene su puesto, siendo significativo el consumo distinto entre las consultas externas de M. Interna y Atención Primaria en lo que referente a los fármacos del S.N.C.

Como se ha expresado previamente, el grupo de medicamento utilizado es distinto según la consulta que se analice, y, a su vez determinado, por el tipo de patología que se diagnostique en la misma. En ese sentido, M. Interna es la especialidad que más dispersión y tipo de medicamentos se prescribe, al conglomerarse otras especialidades: Endocrinología, Neurología, Nefrología, etc. y gozar de una mayor visión global e integral

del paciente. En cualquier caso, y debido a la alta prevalencia de la patología cardiovascular en la población, son los fármacos de este grupo los más frecuentemente utilizados. En un estudio de las consultas de Neurología <sup>(166)</sup> los fármacos más frecuentemente utilizados fueron los siguientes: antagonistas del calcio 20%, antidepresivos 15%, antiepilépticos 10%, antiagregantes plaquetarios 8,4%, analgésicos 8,1%, antiparkinsonianos 7,3% y vasoactivos 5,4%. Si lo comparamos con los pacientes neurológicos (y cerebrovasculares) de la consulta de M. Interna se aprecian diferencias: antagonistas del calcio 18%, antiagregantes plaquetarios 11,5%, analgésicos y AINE 11,5%, antiepilépticos 11%, antiparkinsonianos 6%, vasoactivos 4%. Lo más significativo es la diferencia en el uso de antidepresivos, que en nuestro estudio es anecdótico en este grupo de enfermos, y en el trabajo de Gracia-Naya et al supone el 15%, con el 5% de diagnóstico de patología psiquiátrica. Esta diferencia se puede justificar por circunstancias epidemiológicas o por las divergencias en los grupos de edad y sexo. Coincidentemente, el consumo de medicamentos del grupo N es el mayor en el trabajo de Recio et al <sup>(259)</sup> para el total de consultas hospitalarias, significando el 22% del mismo, en relación con la enfermedad más referida: Ansiedad/Depresión (15,5%).

El resto de las consultas de nuestro estudio va a indicar tratamiento médico básicamente de los sistemas orgánicos o aparatos de dicha especialidad. Nuevamente, en Cardiología, la importancia de la cardiopatía isquémica y la HTA hace de los nitritos, los antihipertensivos y diuréticos los fármacos más prescritos. La prevalencia de la patología funcional digestiva y síndrome ulceroso justifica la utilización de los medicamentos en la consulta de Digestivo. La terapia inhalatoria, antibióticos y mucolíticos indicados en la consulta de Neumología se fundamenta en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica como diagnóstico más frecuente. En el trabajo de Recio et al (259) son la “Ansiedad/Depresión” (15,5%), la HTA (14,2%) y las “enfermedades endocrino-metabólicas” (13,7%) las más frecuentemente atendidas., aunque las enfermedades cardiacas fueron globalmente los motivos de prescripción más habituales (32,6%)

El tipo y complejidad de la enfermedad van a determinar igualmente el grupo de medicamentos y el número de éstos por enfermo. En la enfermedad aguda (básicamente

### Discusión

respiratoria) es la terapia antibiótica la más utilizada, en la enfermedad crónica simple (mayormente digestiva) son los fármacos antiulcerosos (antisecretores, alcalinos y procinéticos) los más prescritos, y en la enfermedad crónica compleja (fundamentalmente cardiorrespiratoria) son los nitritos, antihipertensivos y terapia inhalatoria los más usados.

El número de fármacos y la duración del tratamiento se encuentran en relación con el tiempo de evolución y la complejidad de la enfermedad. De esta manera, en la enfermedad aguda la media de medicamento por enfermo ha sido en nuestro estudio de 0,81, mientras en la enfermedad crónica compleja asciende a 1,57 fármacos por enfermo tratado. Estas cifras se encuentran por debajo de los 1,71 medicamentos utilizados en un centro de salud rural de Valladolid y de los 2,17 de las consultas externas del hospital de Navarra, e intermedia a los 1,47 fármacos de un centro de de salud rural de Valladolid <sup>(258, 259)</sup>.

La duración del tratamiento se indicó en el 87,5% de los pacientes con indicación de algún tipo de medicamento, cifra muy superior al 63,1% mencionado en los informes de pacientes reumatológicos enviados a un centro de salud, o del 35,7% remitidos al ambulatorio <sup>(198)</sup>. A mayor complejidad del proceso más duración del tratamiento: en enfermedades agudas el 60% finalizan el tratamiento en menos de 6 meses y más del 30% en menos de 1 mes, en crónicas simples el tratamiento dura más de 6 meses en el 50% de los casos, y en crónicas complejas ocurre así en el 78% de los pacientes. Con respecto al número de dosis no es proporcional a la duración o complejidad de la enfermedad. En los procesos agudos se indican más dosis que el total de las enfermedades crónicas (4,036 y 3,737, de media, respectivamente), aunque no así en las enfermedades complejas (media 4,325). El motivo principal se encuentra en los procesos infecciosos, fundamentalmente respiratorios (TBC y neumonía), que precisan de medicación múltiple. Las dosis más importantes utilizadas en los procesos complejos es fácilmente argumentable, con cerca del 30% de los pacientes tomando más de 5 dosis diarias de medicamentos. Únicamente en el 14% de los pacientes tratados se hace constar en la historia clínica la cumplimentación del tratamiento, no siguiendo las medidas prescritas cerca de la cuarta parte de ellos, con independencia del tipo o evolución de la enfermedad.

Medidas generales se consignaron en nuestro estudio en el 29% de los informes a pacientes, por debajo del 48% del estudio sobre derivaciones a 3 especialidades <sup>(194)</sup> y del 60,9% en enfermos reumatológicos <sup>(198)</sup>, si bien en ambos trabajos el tratamiento médico se indicó entre el 63% y 65%, cifras inferiores a las obtenidas por nosotros, incluidas aquéllas especialidades con mayores porcentajes (M. Interna y Neumología). Las diferencias significativas entre estas 2 consultas y las demás puede venir determinada por actitudes personales, la definición de la propia especialidad y el protagonismo que tiene el tabaco en alguna de ellas. Las medidas generales no sustituyen al tratamiento médico, siendo independientes unas del otro, respectivamente. En una consulta externa hospitalaria de Rehabilitación <sup>(174)</sup>, éste tratamiento se indicó en el 19,1% del total de las visitas, aunque asciende hasta el 51% cuando son enfermos nuevos, aunque no se menciona el tratamiento farmacológico prescrito, único o complementario

Cada vez se le da mayor importancia a la cumplimentación del tratamiento indicado, fundamentalmente en enfermedades crónicas (H.T.A., diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, infección V.I.H., etc.), o en aquéllas agudas con una gran repercusión epidemiológica (T.B.C., brucelosis). Uno de los factores que contribuyen a la mejor cumplimentación es el nº de dosis diarias, siendo inversamente proporcionales: a más dosis menos cumplimentación terapéutica. En nuestro estudio, los pacientes tratados reciben una media de dosis diaria cercana a 4, aunque la mediana es de 3 dosis. Contrariamente a lo que se pudiera pensar son las enfermedades agudas las que reciben más dosis que las crónicas conjuntamente, justificado por los procesos tratados mayormente: T.B.C., infecciones respiratorias agudas y brucelosis, principalmente. Sin embargo, son las enfermedades crónicas complejas las más cuantitativamente tratadas, con una dosis diaria superior a 4, circunstancia evidente en este tipo de procesos.

Es de interés el dato que únicamente en el 14% de los pacientes tratados se menciona en la historia clínica la cumplimentación del tratamiento, que es correcto en más del 70% de las ocasiones

**2. 2. Cumplimentación de la historia clínica por el especialista.** En la Asistencia Especializada se presta gran importancia a la cumplimentación, grado de organización y orden de las historias clínicas en el área de hospitalización, contribuyendo al nivel de calidad del hospital y exigiéndose en éstos una Comisión de Historias Clínicas que garantice una serie de condiciones mínimas en los documentos. En la Atención Primaria, sobretodo en los últimos años, a raíz de la reconversión de los Ambulatorios en Centros de Salud, se ha generado una sensibilización sobre la calidad del trabajo realizado y las relaciones con otros niveles asistenciales (Urgencias y Especializada) valorando la cantidad <sup>(2, 150, 176)</sup> y la calidad <sup>(44, 158, 161, 162, 192, 193)</sup> de las derivaciones a dichos servicios o unidades asistenciales. Pocos son los trabajos que analizan la información dirigida al médico de A. Primaria procedente de los especialistas, tanto de consultas <sup>(157, 165, 166, 194, 196, 197, 198)</sup> como de hospitalización <sup>(140)</sup>. Por otra parte, las publicaciones oficiales de la Asistencia Sanitaria Pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía analiza la actividad asistencial básicamente de datos e indicadores de cantidad, aunque indirectamente puedan demostrar la calidad de la asistencia. Esta última se basa mayormente en encuestas de opinión del usuario <sup>(148, 264, 265)</sup> y en el volumen de reclamaciones en las Unidades Gestoras correspondientes.

Sin embargo, en encuestas de opinión de los médicos de Atención Primaria sobre hospitales de Tarragona <sup>(144)</sup>, la valoración que se hace de las consultas externas hospitalarias es inferior a la de internamiento (2,67 y 2,99, sobre 4 , respectivamente, para M. Interna), e incluso sólo el 18,2% de los encuestados está de acuerdo en que “el dispositivo de consultas externas es el adecuado”. En otro trabajo <sup>(184)</sup>, se menciona que “la emisión del informe por el especialista no es la práctica habitual”, estando condicionado mayormente por “la patología que sufre el enfermo”. Es necesario, pues una autocrítica y auditoría interna por parte de los especialistas hospitalarios (jerarquizados) en lo que respecta al funcionamiento y resolución de los problemas en consultas externas, y a la Administración Sanitaria a poner los medios y los recursos necesarios para ello, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y la comunicación con otros niveles asistenciales, grandemente dañada <sup>(142, 144, 184, 254)</sup>. En nuestro estudio, la recogida de datos de la historia clínica podemos considerarla aceptable en lo que respecta a los antecedentes personales, la

emisión de un juicio clínico inicial y la inclusión de estudios complementarios. Los antecedentes psiquiátricos se hacían constar en otro trabajo en el 43% de las historias de un centro de salud mental <sup>(191)</sup>. Los antecedentes familiares, los hábitos del paciente y su modificación posterior se hacen constar en cifras por debajo del 25% de las historias clínicas, al igual que la emisión de un juicio clínico inicial en la consulta de Neumología, algo por encima de esa cifra, y claramente por debajo del resto de las consultas. Las diferencias obtenidas entre las 4 consultas nuevamente hay que atribuirla a actitudes personales, motivación y características propias y epidemiológicas de cada especialidad. El reconocimiento de algún hábito patológico por los enfermos es similar en las 4 consultas, y en todos los casos en cifras en torno al 70%, como consecuencia de un buen ojo clínico, conocimiento previo de esa circunstancia o constancia escrita en caso de ser positivo. Hay que significar, en todo caso, la importancia que en nuestro medio tiene el tabaco y el alcohol en la prevalencia de enfermedades en cada especialidad analizada, y la escasa importancia que se le da su modificación, a tenor del escaso 19% que se hace constar este dato positivamente. Probablemente, esta sea una medida terapéutica verbal y no escrita.

**2. 3. Demora diagnóstica.** En nuestro estudio se ha podido dar el informe clínico (con diagnóstico definitivo) en la 1ª visita en el 27% de los casos. En la Consulta de Especialidades Médicas <sup>(139)</sup>, se pudo devolver al médico de cabecera sin necesidad de utilizar la estructura hospitalaria el 45,5% de los pacientes, cifra que duplica a las nuestras, aunque el objetivo de dicho sistema era justamente ese, con unos protocolos de actuación mínimos establecidos. El resultado obtenido en dicho trabajo <sup>(139)</sup> es igual al de nuestra consulta de M. Interna, cuyo porcentaje de informe clínico final en la 1ª cita se aproxima al 45%. La disminución de pacientes con emisión de informe clínico en la 1ª visita con el paso de los años se justifica al ir disminuyendo la proporción de enfermos de las consultas antiguas no jerarquizadas, con revisiones previas y diagnóstico ya establecido, y que mayormente no precisaron de nuevas revisiones en las consultas del Sº de M. Interna, ya jerarquizadas. Aunque no se especifica claramente en otro estudio <sup>(198)</sup>, al 51,1% de pacientes neurológicos no se les solicitaron estudios complementarios, por lo que, es de suponer, que se pudo emitir un informe definitivo. En consultas de salud mental <sup>(191)</sup> se

### Discusión

remite al médico de cabecera el 20% de los pacientes en la 1ª y única consulta, coincidiendo con aquéllos cuyo diagnóstico es de “normalidad psíquica”.

En un periodo inferior a 45 días se escribió un informe definitivo al 75% de nuestros pacientes (incluyendo aquellos con informe inmediato), cifra que se mantuvo constante en los 4 años, aunque las proporciones de los distintos periodos de demora fue variando. En el trabajo de Caballero et al <sup>(198)</sup> la media de tiempo que transcurrió entre la 1ª visita y la emisión del documento de retorno fue de 43,65 días, no especificándose otros datos comparativos con nuestro análisis. En el estudio multicéntrico realizado por el Comité de Investigación de Servicios de Salud Europeos <sup>(195)</sup> la recepción del informe por el médico de cabecera se realizó en menos de 2 semanas en el 71,7% de los casos. Resultados aún mejores son los obtenidos por Mimbela et al <sup>(194)</sup>, con informe recibido por el médico de cabecera, de pacientes derivados, a las 2 semanas en el 95,2% de las ocasiones. En este trabajo hay que tener en cuenta que este resultado se realiza sólo sobre el 35,31% de los pacientes remitidos, y que son reevaluados posteriormente en Atención Primaria, es decir, que la “pérdida” de pacientes derivados llega al 64,69%. En el anterior trabajo <sup>(195)</sup> esta circunstancia ocurre en el 49,6% de los pacientes referidos, correspondientes a España, dato éste no contemplado en nuestro análisis, en el que se menciona únicamente la fecha de salida del informe por el especialista y su contenido, y no su recepción por el médico de cabecera. El tiempo medio que precisa el especialista para completar el estudio es de 18 días (+/- 23), y otros 5 días (+/- 6) transcurren hasta que vuelve a ser recibido en el centro de salud. El tiempo medio que ocupa el circuito asistencial sometido a estudio son de 34 días (+/- 20) <sup>(194)</sup>. Nuestros resultados aportan que el periodo de tiempo de espera del enfermo más frecuente, desde que se decide su derivación hasta que se emite un informe clínico definitivo, es de 45 a 90 días, aunque un número no despreciable de enfermos este periodo de espera supone sólo el tiempo de demora a la 1ª cita, al darse un informe clínico en dicho momento. La demanda propia de cada especialidad justifica las diferencias existentes entre las distintas consultas, con una mayor demora total en M. Interna, y una menor demora en Neumología.

En nuestro estudio, exclusivamente en el 3% de los pacientes no se emitió informe clínico alguno después de 6 meses de la 1ª visita. En otros trabajos <sup>(197)</sup> este porcentaje es del 1,5% (2,5% del total de fallos en la 2ª parte del circuito Atención Primaria-AE, siendo retenida por el especialista el 61,2% de los mismos), aunque se eleva esta cifra 2 años más tarde hasta el 7% (10,7% de los fallos en el mismo circuito, con el 52,1% retenida por el especialista). Cifras intermedias son las obtenidas por Irazábal et al <sup>(157)</sup>, estando pendiente de pruebas el 2% de los pacientes a los 6 meses de la derivación, y sin respuesta del especialista el 41%.

**2. 4. Diagnóstico de la consulta del Sº de M. Interna.** El objetivo principal de la Medicina es llegar a un diagnóstico para indicar el tratamiento oportuno, utilizando los métodos complementarios necesarios. En nuestro estudio se pudo dar un diagnóstico en el 89% de los pacientes, no encontrándose ninguna enfermedad en el 4% y no emitiéndose ningún diagnóstico en el 11%. Nuestras cifras son superiores a las reflejadas en otro trabajo de enfermos reumatológicos <sup>(198)</sup>, en cuyos informes clínicos emitidos por el especialista (75% del total de enfermos derivados), se menciona un diagnóstico entre el 85% de los procedentes de centro de salud y el 68,6% de los de ambulatorio (“p” no significativa). En el 83% de los casos se dio igualmente diagnóstico en el informe clínico del especialista en tres consultas diferentes, sin analizarse comparativamente la emisión de diagnóstico entre las mismas, aunque mediante el método de *chi cuadrado* no se encuentran diferencias sustanciales entre consultas jerarquizadas y no jerarquizadas, respecto a su comportamiento informador <sup>(194)</sup>. Sin embargo, en este trabajo <sup>(194)</sup>, se hace referencia al diagnóstico clínico del especialista en el 57,83% de las historias de Atención Primaria, tras la consulta del especialista. En nuestro estudio, la consulta de Digestivo es la que más frecuentemente no aporta diagnóstico alguno y Cardiología la que lo hace en menor medida, invirtiéndose los términos respecto a no detectarse proceso nosológico en dichas especialidades. Porcentajes similares de cumplimentación diagnóstica son los aportados por Rivas et al <sup>(197)</sup> en derivaciones a AE en el año 1.995, aunque este porcentaje en el año 1.993 llegó al 94,34%, con cifras intermedias en nuestro estudio. Cifras inferiores a estos trabajos y a nuestro estudio son los obtenidos por Huertas et al <sup>(196)</sup> en la Comunidad Valenciana, sobre derivaciones a especialidades médicas mediante hoja de

### Discusión

interconsulta. La cumplimentación en el diagnóstico por el especialista fue sólo del 21,47%, ascendiendo al 29,1% un año más tarde (diferencia 35,5%) tras la información de los resultados obtenidos en el primer análisis. Hay que tener en cuenta que la respuesta del especialista se encontraba totalmente en blanco en el 60,17% y 54,12% en los dos años consecutivos, respectivamente. En otras ocasiones, el diagnóstico psiquiátrico obtenido en la historia clínica de las consultas externas del hospital sobre pacientes derivados fue del 100%, aunque un informe escrito dirigido al médico de Atención Primaria sólo se obtuvo en el 4% de los pacientes remitidos <sup>(191)</sup>.

El no apreciarse patología de la especialidad después del estudio en la consulta varía en la bibliografía revisada, con diferencias entre el 2% y 20%, estando nuestros resultados globales en cifras intermedias. En el trabajo de Mimbela et al <sup>(194)</sup> no se detecta proceso nosológico de la especialidad en el 13,79% de los pacientes con respuesta del especialista, siendo recogido este dato en la historia de Atención Primaria en el 4,81% de los mismos. En pacientes derivados a un centro de salud mental <sup>(192)</sup>, no se detecta ninguna enfermedad psiquiátrica en 2 de los 90 pacientes analizados (2,22%), porcentaje inferior al nuestro en el global de consultas, pero cercano al 3% de nuestra consulta de Cardiología. Cifras también similares a las nuestra son las aportadas en otro centro de salud mental de Murcia <sup>(187)</sup>, en el que el 3,8% de los pacientes aceptados en la consulta no presentaron trastornos psiquiátricos. Este porcentaje alcanza el 20% en otra consulta de Psiquiatría de un hospital de Zaragoza <sup>(191)</sup> y el 3,55% (4,5% de los remitidos por Médicos de Familia y 2,6% de los Médicos Generales) de una Unidad de salud mental de Badajoz <sup>(188)</sup>. Estas importantes diferencias se justifican por distintos criterios de selección en la derivación de los pacientes. En una consulta de Reumatología de un hospital terciario, el 4,92% de las primeras consultas (93,9% derivadas de Atención Primaria) no se le detecta patología reumatológica (165), cifras similares a las consultas de M. Interna y Neumología de nuestro estudio. Patología no neurológica se descubre en el 4,4% de las consultas de Neurología en Aragón, porcentaje similar a los nuestros, aunque la patología psiquiátrica llega al 5% en este trabajo <sup>(166)</sup>. Pellicer et al analizan los pacientes derivados a una consulta de Neumología de un hospital comarcal <sup>(164)</sup>. En el 14,4% de los casos lo dan como normalidad y el 5,7% se diagnostica enfermedad no neumológica, cifras superiores a

las obtenidas en la consulta de Neumología de nuestro estudio. Curiosamente, en ambos casos no se define diagnóstico inicial por el nivel de derivación. Cuando por el médico que refiere al enfermo se aportan únicamente síntomas clínicos, la proporción de pacientes sin hallazgos patológicos o enfermedad no neumológica aumenta, según el síntoma proporcionado (**Tabla 34**), oscilando entre el 50% y 30,7% sin hallazgos para el dolor torácico y hemoptisis, respectivamente, y el 10,7% y 3,3% sin enfermedad neumológica para esos mismos síntomas.

**Tabla 34: Diagnóstico final no neumológico en los pacientes remitidos por síntomas clínicos (1)**

	<b>Disnea</b>	<b>Hemoptisis</b>	<b>Tos crónica</b>	<b>Dolor torácico</b>
<b>Enfermedad no neumológica</b>	6,3%	3,3	1,1%	10,7%
<b>Sin hallazgos</b>	31,6%	30,7%	-	50%

(1) De Pellicer et al <sup>(164)</sup>

En nuestro estudio, los pacientes remitidos por síntomas no se emitió diagnóstico en el 3,5% de los casos, y no se detecta ninguna enfermedad en el 5,3%, sin diferencias apreciables respecto al total. Procesos respiratorios se dan en el 68,4% de los enfermos, suponiendo la patología infecciosa y tumoral otro 10,6%. En un 7% nuevamente el diagnóstico se aportó como síntomas mal definidos. Si sumamos los procesos claramente no neumológicos (endocrino y cardiocirculatorios) obtenemos una cifra similar a la media del trabajo de Pellicer et al <sup>(164)</sup>: 5,3%. En este trabajo, se analizan los perfiles diagnósticos según la procedencia del paciente, sin objetivarse diferencias entre médico de cabecera y centro de salud, aunque sí entre Urgencias y Hospitalización. En el primer caso, la normalidad patológica o la enfermedad no neumológica alcanzó el 16,75% y 4,6%, respectivamente. Para Urgencias estas cifras fueron del 12% y 8,1%, y para Hospitalización, del 4,1% y 6,3%, respectivamente. El análisis comparativo con la consulta de Neumología de nuestro estudio se muestra en la **Tabla 35**:

Discusión

**Tabla 35 : Diagnósticos neumológicos, no neumológicos y normalidad. Comparación Hospital de Gandía (1) y Hospital de Osuna.**

	Atención 1ª		Urgencias		Hospitalización		Interconsulta	
	Gandía	Osuna	Gandía	Osuna	Gandía	Osuna	Gandía	Osuna
<b>Enfermedad respiratoria</b>	78,65%	78,7%	79,9%	92,2%	89,6%	88,5%	-	84,5%
<b>No enfermedad respiratoria</b>	4,6%	3,4%	8,1%	0%	6,3%	11,5%	-	3,8%
<b>No enfermedad/no diagnóstico</b>	16,75%	11%	12%	7,7%	4,1%	0%	-	11,5%

(1) De Pellicer C. et al <sup>(164)</sup>

En nuestro estudio, la precisión diagnóstica de Urgencias es superior, no habiéndose detectado ninguna enfermedad no respiratoria, aunque en el 11,5% de los pacientes el diagnóstico final se encontraba entre los signos y síntomas mal definidos, que equipararía los resultados de ambos estudios con respecto al tipo de diagnóstico.

Porcentaje inferior a los nuestros han sido los obtenidos por San Román et al en un H.G.B. <sup>(139)</sup>, con un número de pacientes sin patología alguna, ni siquiera banal o que no se pudo obtener un diagnóstico de presunción con los datos aportados, de 135 (3,4%), aunque el 30% fueron retenidos en el hospital para posteriores estudios.

Las enfermedades atendidas en una determinada unidad asistencial van a venir definidas fundamentalmente por la especialidad en cuestión. Así, en una consulta de Reumatología <sup>(165)</sup> la patología no inflamatoria es la más diagnosticada en enfermos nuevos, destacando la artrosis, y en consultas externas de Neurología son la cefalea (25,5%) y las enfermedades vasculocerebrales (12%) las más frecuentemente atendidas <sup>(166)</sup>. En una consulta de Rehabilitación hospitalaria <sup>(174)</sup> es nuevamente la patología osteoarticular (mayormente degenerativa) la más habitualmente atendida. Sin embargo, otros factores deben ser tenidos en cuenta, ya que marcarán las diferencias existentes entre las distintas consultas y

hospitales: epidemiología de la población, nivel asistencial y de especialización de la unidad en concreto, grado de resolución de la Atención Primaria, sistema y organización sanitarios, y formación y capacitación del especialista. En nuestro estudio, los procesos más frecuentemente derivados a la consulta han sido los de aparato digestivo y sistema cardiovascular, y ya a mayor distancia las enfermedades respiratorias y endocrino-metabólicas. Estos resultados son comparables a los de San Román et al <sup>(139)</sup> para la consulta de Clasificación del S° de M. Interna del H.G.B. de Vélez-Málaga. En este trabajo, la patología digestiva es la más remitida a dicha consulta, cercano a los 1.100 pacientes, siendo la cardiovascular la siguiente, con 700 pacientes. Entre 350 y 400 enfermos se encuentran las enfermedades endocrino-metabólicas, del sistema nervioso central, respiratorias y los “signos y síntomas mal definidos”. Como en dicho trabajo, en nuestro estudio los procesos del grupo X (Riñón y vías urinarias) y XIII (Reumatología) se encuentran infravalorados al ser enviados a las consultas de Urología y Traumatología, respectivamente. En un hospital de referencia provincial <sup>(178)</sup> el volumen más importante de patología en las consultas externas en un S° de M. Interna correspondió a las enfermedades sistémicas (23%), endocrinológicas y metabólicas (17%), reumatológicas (14%), cardiovasculares (11%), digestivas (10%) e infecciosas (9%). El carácter de hospital de tercer nivel modifica claramente el grupo de enfermedades con respecto a nuestro estudio y al de San Román et al <sup>(139)</sup>, y el disponer de consultas monográficas de colagenosis, V.I.H. e hiperlipemias. Cuando el análisis se realiza sobre varias consultas de especialidad conjuntamente, van a verse favorecidas cuantitativamente aquéllos procesos más prevalentes en la población, como el síndrome ansioso-depresivo, la HTA, la diabetes mellitus y la hiperlipemia <sup>(259)</sup>. En un análisis de las interconsultas a M. Interna de pacientes hospitalizados en otros servicios <sup>(153)</sup>, mostró que las enfermedades cardiológicas (34%) y la respiratorias (17,6%) fueron las más frecuentes. En este caso, la patología digestiva (5%) y la neurológica (5%) se encontraban escasamente representadas, y algo más la endocrinológica (9%). En esta ocasión las circunstancias epidemiológicas, grado de urgencia, especialización, unidad y tipo de hospital, etc. justifican las diferencias existentes con nuestro estudio.

### Discusión

En el trabajo de Fraile et al <sup>(155)</sup>, sobre el total de derivaciones no urgentes desde una Unidad Docente de MFyC (excluyendo Pediatría y Obstetricia), estos dos grupos de enfermedades son los más representados, suponiendo el grupo X el 17,73%, y el grupo XIII, el 13,48%. Los grupos VI (Sistema Nervioso), VIII (Respiratorio) y XVI (Mal definidos) representan cada uno el 8,51% del total. En este caso, la patología Digestiva (grupo IX) y Cardiocirculatoria (grupo VII) significaron el 4,25% y 5,67% respectivamente, de las derivaciones analizadas <sup>(155)</sup>.

La especialidad de M. Interna es fundamentalmente generalista y diversificada, por lo que, tanto a nivel de ingreso como de consulta externa abarca un amplio espectro de procesos. Esta circunstancia explica que, por ejemplo, la causa del 15% de las interconsultas al servicio de M. Interna de otros servicios o unidades hospitalarias sea múltiple <sup>(153)</sup>; y que pueda atender procesos tan distintos como una poliartritis y una H.T.A. <sup>(178)</sup>. En nuestro estudio fueron las enfermedades endocrino-metabólicas las más diagnosticadas, con la diabetes mellitus y el bocio en los primeros lugares. La alta prevalencia de la H.T.A. en la población general, y sobretodo en la de edad mayor de 60 años, hace que este sea un diagnóstico frecuente en cualquier consulta de M. Interna <sup>(178)</sup> o Cardiología, como ocurre en nuestro estudio y en el de otros autores <sup>(259)</sup>. Al disponer el Area Sanitaria de consultas externas de Traumatología hace que los procesos reumatológicos sean atendidos en las mismas. En cualquier caso, como ocurre en consultas de Reumatología y Rehabilitación <sup>(165, 174)</sup>, la mayoría de las enfermedades osteoarticulares atendidas son de tipo degenerativo. Las enfermedades neurológicas ocupan un lugar preferente en la consulta de M. Interna, suponiendo el tercer lugar en número de enfermos en el trabajo de San Román et al <sup>(139)</sup>, al igual que en nuestro estudio. Si añadimos los diagnósticos psiquiátricos el puesto ocupado sería el 2º en orden de importancia en ambos estudios. Si lo comparamos con la sospecha diagnóstica en las consultas de Neurología de Aragón (sin selección de enfermos) <sup>(166)</sup> nuestros resultados son muy similares en lo que respecta a las cefaleas, los procesos vasculocerebrales y la patología extrapiramidal. Es llamativo las diferencias en cuanto a la patología psiquiátrica diagnosticada y la epilepsia entre ambos estudios, al igual que el síndrome vertiginoso, practicamente ausente en nuestro trabajo, que podrían

explicarse por cambios epidemiológicos, sobrediagnóstico o derivación a otras especialidades, como O.R.L. (**Tabla 36**)

**Tabla 36: Estudio comparativo de los diagnósticos neurológicos de nuestro estudio y los de las consultas de Neurología de Aragón (1)**

	<u>Neurología Aragón (%) (1)</u>	<u>Estudio (%)</u>
<b>Cefalea</b>	25,5	25,6
<b>P. vásculocerebral</b>	12	14
<b>P. Extrapiramidal</b>	7,5	7
<b>Epilepsia</b>	6	14
<b>Psiquiátrica</b>	5	29
<b>S. túnel carpiano</b>	2,3	1,3
<b>Vértigo</b>	8,2	0,6

(1) De Gracia-Naya et al <sup>(166)</sup>

La cardiopatía isquémica, la fibrilación auricular y la cardiopatía hipertensiva son los diagnósticos principales más frecuentemente emitidos en la consulta de Cardiología, justificados nuevamente por la prevalencia de la patología cardiovascular arterosclerótica y la H.T.A. en la población con edad superior a 60 años. En el trabajo de Recio et al <sup>(259)</sup> los fármacos relacionados con las enfermedades cardiacas significaron el 32,6% de las prescripciones.

La patología funcional digestiva es el diagnóstico mayormente emitido en la consulta externa de Digestivo en nuestro estudio junto con la enfermedad ulcerosa péptica, procesos que se dan en las edades medias de la vida, justificando la edad media inferior respecto a las demás consultas. En Atención Primaria, la dispepsia funcional representa entre el 20%-40% de las consultas refeentes al tracto digestivo, y del 2% al 4% de las consultas totales que recibe <sup>(266)</sup>. La alta prevalencia de este proceso en la población occidental (entre el 20% y el 40%) justifica estos hallazgos .

La enfermedad bronquial crónica ha sido la más frecuentemente diagnosticada en nuestro estudio, suponiendo el 51% de los pacientes atendidos en la consulta de Neumología.

### Discusión

Porcentaje algo inferior (42,4%) es el encontrado por Pellicer et al <sup>(164)</sup> en una consulta de Neumología de ámbito comarcal para las enfermedades de la vía aérea. Dentro de ellas, la proporción de asma bronquial y E.P.O.C. es muy similar (14,4% y 16,1% del total, respectivamente), aunque no se contemplan otros procesos pulmonares crónicos como el enfisema pulmonar, las bronquiectasias o la bronquitis crónica, diferenciados en nuestro estudio, e incluido por Pellicer et al como “Otras enfermedades de la vía aérea” las dos primeras y como E.P.O.C. la última, llegando aquéllas al 6,3% de sus diagnósticos. Si mantenemos la misma denominación, los porcentajes de diagnósticos de estos procesos los podemos observar en la **Tabla 37**.

La TBC pleuropulmonar, la Neumonía y en menor grado las neoplasias son los otros grupos de diagnóstico emitidos en nuestro estudio y el de Pellicer et al (**Tabla 37**)

**Tabla 37: Diagnóstico final de la consulta externa de Neumología Hospital de Gandía (1) y Hospital de Osuna. Estudio comparativo procesos más frecuentes.**

	<u>Hospital Gandía (%) (1)</u>	<u>Estudio: n (%)</u>
<b>S.A.O.S.</b>	0,6	3 (1)
<b>E.V.A. Superior</b>	5,5	8 (2,6)
<b>E.P.O.C.</b>	16,1	78 (26)
<b>Asma bronquial</b>	14,4	34 (11,3)
<b>Otras E.V.A.</b>	6,3	40 (13,3)
<b>Tuberculosis</b>	11,4	18 (6)
<b>Neumonía</b>	4,3	17 (5,7)
<b>P. Tumoral</b>	3,6	10 (3,3)
<b>P. Pleural</b>	3,1	5 (1,7)

(1) De Pellicer et al <sup>(164)</sup>. S.A.O.S. Síndrome de apnea obstructiva durante el sueño. E.V.A. Enfermedad de la vía aérea. E.P.O.C. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En el trabajo de Pellicer et al <sup>(164)</sup> no se aprecian diferencias significativas entre los diagnósticos de Centro de Salud o médico de cabecera, pero sí entre los de Urgencias y los

de Hospitalización. En la siguiente tabla se muestra los hallazgos de nuestro estudio y el obtenido en el mencionado trabajo:

**Tabla 38: Diagnóstico final emitido en la consulta externa de Neumología de Hospital de Gandía (1) y Hospital de Osuna. Estudio comparativo según procedencia del enfermo**

<b>Procedencia</b>	<b>Consulta de Gandía (%) (1)</b>			<b>Consulta de Osuna (%)</b>		
	<b>At. 1<sup>a</sup></b>	<b>Urg.</b>	<b>Hosp.</b>	<b>At.1<sup>a</sup></b>	<b>Urg.</b>	<b>Hosp.</b>
<b>E.V.A</b>	9,6	35,4	23,5	21	14,3	30,1
<b>E.P.O.C.</b>	19,5	0	0	17	7,1	15,4
<b>Asma bronquial</b>	12,2	0	0	13,6	7,1	0
<b>Hemoptisis</b>	4,3	0	0	0	0	0
<b>T.B.C.</b>	8,7	13,4	11,6	5,4	3,6	15,4
<b>Neumonía</b>	2,7	6,2	16	3,4	10,7	27
<b>Derrame pleural</b>	1,2	1,4	4,7	2	0	3,8
<b>P. tumoral</b>	2,4	4,8	5	1,36	3,6	0
<b>No consta</b>	7,3	0	0	4,8	7,1	0
<b>Normalidad</b>	8	12	4,1	6,1	0	0
<b>E.V.A. + E.P.O.C.</b>	29,1	35,4	23,5	38	21,4	45,5

(1) De Pellicer et al <sup>(164)</sup>. **At. 1<sup>a</sup>**: Atención Primaria. **Urg**: urgencias. **Hosp**: Ingreso hospitalario. **E.V.A.**: Enfermedad de la vía aérea. **E.P.O.C.**: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. **T.B.C.**: Tuberculosis pleuropulmonar

Si comparamos ambas consultas, se aprecia que la enfermedad obstructiva crónica (E.V.A. + E.P.O.C.) es el diagnóstico más frecuente emitido, siendo el doble en los procedentes de hospitalización de nuestro estudio con respecto al trabajo de Pellicer et al. Es valorable en ambos estudios la ausencia de asma bronquial procedente de hospitalización, y en cifras similares desde Atención Primaria. La T.B.C. ocupa una parte importante de los diagnósticos en ambos estudios, desde los tres niveles asistenciales, al igual que la neumonía de los enviados desde el Area de hospitalización.

Las enfermedades crónicas son las derivadas a las consultas de manera concluyente, y en escasa medida los procesos agudos, circunstancia lógica si se tiene en cuenta el carácter

### Discusión

programado de la cita y la demora para la 1ª visita. Atención Primaria es el nivel asistencial que envía básicamente enfermedades crónicas simples y el Área de Hospitalización crónicas complejas, en relación cada una con su demanda y con su capacidad de resolución. Urgencias remite enfermos con procesos agudos en un porcentaje similar a la hospitalización, pero superior a Atención Primaria, evitando un ingreso hospitalario de pacientes sin riesgo vital, pese a que el 40,8% de los pacientes tienen que esperar más de 21 días para la 1ª cita.

Un dato importante a tener en cuenta en los resultados es la cumplimentación en la historia clínica o el informe final de la evolución del paciente. En el tipo de enfermedades agudas, de proporción muy inferior al resto, la curación es lo más consignado, con porcentaje similar (65%), aunque en el sentido opuesto, para las enfermedades crónicas simples, que no se menciona esa importante incidencia. Para las enfermedades crónicas complejas este valor desciende al 40%, no justificándose estos hallazgos más que por el grado de importancia que se le da a la enfermedad atendida por los distintos especialistas implicados, o por actitudes puramente personales.

Al menos un diagnóstico 2º se da en cerca del 50% de los pacientes con un diagnóstico principal. La consulta que más diagnósticos 2ºs emite es la de Cardiología, debido al tipo de enfermo atendido, básicamente cardiopatía isquémica, con enfermedades de riesgo asociadas muy importantes (fundamentalmente H.T.A.) y a la edad superior de los pacientes con respecto a las otras consultas. El nº de diagnósticos es inverso a la edad media de los pacientes, exceptuando la consulta de Digestivo.

Cada especialidad sigue emitiendo diagnósticos 2ºs del mismo grupo que los diagnósticos principales, aunque en Neumología juegan un importante papel los cardiovasculares (H.T.A.) y en menor medida los endocrinometabólicos (Diabetes Mellitus). Nuevamente la que mayor dispersión de diagnósticos 2ºs tiene es la consulta de M. Interna y la que menos, Digestivo. La prevalencia de la H.T.A. y de la Diabetes Mellitus en la población general (y en particular en la de edad avanzada) explica que éstos sean los diagnósticos 2ºs más emitidos en el total de las consultas, aunque si se contabiliza también el diagnóstico

principal, son superados por la E.P.O.C. (para ambos) y la cardiopatía isquémica (para la Diabetes Mellitus)

La edad es un factor predisponente en la utilización de los servicios sanitarios, aumentando las tasas de utilización de manera progresiva con la edad <sup>(3)</sup>. El grupo de enfermedad atendido en una determinada unidad asistencial va a condicionar el grupo de edad que mayor uso hace de dicho servicio sanitario. Circunstancias similares son aplicables al sexo, que junto a la edad, es el factor demográfico recogido por todos los autores <sup>(3)</sup>. En nuestro estudio, las enfermedades neoplásicas, respiratorias, reumatológicas y cardiovasculares afectan a pacientes con edad superior a 60 años, al igual que las digestivas, aunque en éstas el ascenso es más lento y presente en todos los grupos de edad. Los procesos infecciosos, psiquiátricos y neurológicos tiene un pico de incidencia en la 3ª década, y los endocrinometabólicas se comportan con una curva bimodal, en la 2ª y 6ª -7ª décadas. Estos resultados coinciden con otros trabajos sobre consultas de especialidad de Neumología <sup>(164)</sup>, Psiquiatría <sup>(188, 192)</sup> y Reumatología <sup>(165)</sup>, y algo diferente a la de Neurología <sup>(166)</sup>, al incluirse en este trabajo la patología cerebrovascular, cuya incidencia se eleva de forma exponencial en la población mayor de 55 años <sup>(267)</sup>. Los hallazgos del grupo 3 (endocrinometabólicas) coincide con la epidemiología de los procesos más frecuentemente diagnosticados: enfermedades tiroideas y diabetes mellitus. El número escaso de neoplasias diagnosticadas en nuestro estudio no nos permite llegar a muchas conclusiones, aunque es significativo que el 45% de los mismos se obtienen entre los 60 y 69 años. La patología infecciosa se mantiene estable, con ligeras variaciones, entre las distintas décadas dependiendo de los procesos diagnosticados que pueden ir modificando su incidencia con la edad: T.B.C., zoonosis, virasis.

En nuestro estudio, las enfermedades respiratorias presentan una relación varón/mujer similar a otros trabajos de la literatura <sup>(164)</sup>. No ocurre así en las enfermedades reumatológicas, que muestra porcentajes de mujeres del 73% en otros trabajos <sup>(165)</sup>, superior al 57,5% recogido en nuestro estudio, aunque en este caso el número de pacientes es de 40, que pudiera ser no representativo. Las enfermedades neurológicas llegan al 57% en otro trabajo, en el que se incluyen los procesos cerebrovasculares y las enfermedades

### Discusión

psiquiátricas significan un 5% de los diagnósticos. Si incluimos en nuestro análisis las enfermedades psiquiátricas, el porcentaje de mujeres se eleva al 58,8%. Los pacientes con diagnóstico psiquiátrico incluidos en nuestro estudio muestran una cifra de mujeres superior al de otros estudios realizados en consultas específicas de Salud Mental (<sup>188, 192</sup>): 68% y 62%/54,4%, respectivamente, justificado por la distinta población entre nuestro estudio y los otros trabajos comparados. La elevada proporción de mujeres en los grupos 4 (Hematología) y 10 (Riñón y vías urianrias) no deben ser tenidos en cuenta ante el escaso número de pacientes analizados. Lo que sí es valorable es el porcentaje de mujeres obtenido en las enfermedades endocrinometabólicas (66%), justificándose nuevamente por la epidemiología de los procesos diagnosticados mayormente: diabetes mellitus y sobretodo enfermedades tiroideas. Esto mismo ocurre en el grupo 16, mucho más frecuente en mujeres (63,5%), al utilizar los servicios sanitarios en cifras superiores a los hombres (<sup>3</sup>), aunque estos últimos con procesos nosológicos más precisos y graves (<sup>139</sup>).

**2. 5. Destino final y seguimiento del paciente.** En nuestro estudio, el 16,3% de los pacientes no vuelven a acudir a la consulta por motivos que desconocemos, con porcentaje similar entre hombres y mujeres. Esta cifra es superior al 8,8% que habían dejado de asistir a revisión durante el periodo de estudio en un centro de salud mental (<sup>192</sup>). En nuestro estudio, los pacientes con enfermedades psiquiátricas dejaban de acudir a las consultas para seguimiento en el 11,7% de las ocasiones. Dentro de los grupos de enfermedades más importantes en nuestro estudio, son las digestivas las que mayor pérdidas en el seguimiento tienen, y con porcentajes cercanos las respiratorias y las neurológicas. Es difícil encontrarle una explicación a estos resultados, a no ser por una mala interpretación o confusión en el informe final del especialista o disconformidad con sus planteamientos. En otro trabajo (<sup>268</sup>) el fallo en la 1ª visita llega al 17%, no encontrándose reflejado este dato en la literatura. Sería interesante el conocer las causas de esas ausencias, y si están relacionadas con la organización del propio sistema, la atención en la consulta o a circunstancias estrictamente personales ajenas a la organización sanitaria (laborales, económicas, familiares, etc) (<sup>222, 223</sup>), aunque estos factores propios del usuario son menos importantes en la falta a la cita de la consulta externa hospitalaria (<sup>221</sup>). En nuestro estudio,

las pérdidas en el seguimiento ocurren con mayor frecuencia en hombres y en el grupo de edad de 20 a 29 años, coincidiendo con estudios previos <sup>(223)</sup>.

Los pacientes derivados desde Atención Primaria continúan en seguimiento por asistencia especializada en el 48% de los casos, cifra inferior al 69,9% de un centro de salud mental de Sevilla <sup>(192)</sup> y al 60% de las consultas pediátricas de un centro de salud urbano <sup>(100)</sup>, que contribuye a valorar como justificadas las derivaciones realizadas desde pediatría. En consultas de Reumatología reciben el alta en la 1ª visita (con estudios básicos complementarios solicitados por Atención Primaria) el 51,64% de los pacientes, 64% en el grupo de patología no inflamatoria y 9,8% en patología inflamatoria <sup>(165)</sup>. Cifras más cercanas a las nuestras son las aportadas en una consulta de Neumología de ámbito comarcal <sup>(164)</sup>. En la siguiente tabla se encuentra un análisis comparativo con nuestros resultados en el total de consultas y en la consulta de Neumología únicamente:

**Tabla 39: Destino final de los pacientes en el total de consultas y de Neumología de nuestro estudio, y consulta de Neumología de ámbito comarcal (1)**

	<b>Total consultas</b>	<b>Neumología Osuna</b>	<b>Neumología Gandía (1)</b>
<b>Alta/A.Primaria</b>	38%-45,3% (2)	25,3%-29,8% (2)	54%
<b>Revisión espec.</b>	33%-39,4% (2)	47,3%-55,8% (2)	35%
<b>Otra especialid.</b>	12,7%-15,2% (2)	12,1%-14,4% (2)	7%
<b>En estudio</b>	No incluido	No incluido	3,7%
<b>Pérdida seguim.</b>	16,3%	15,2%	

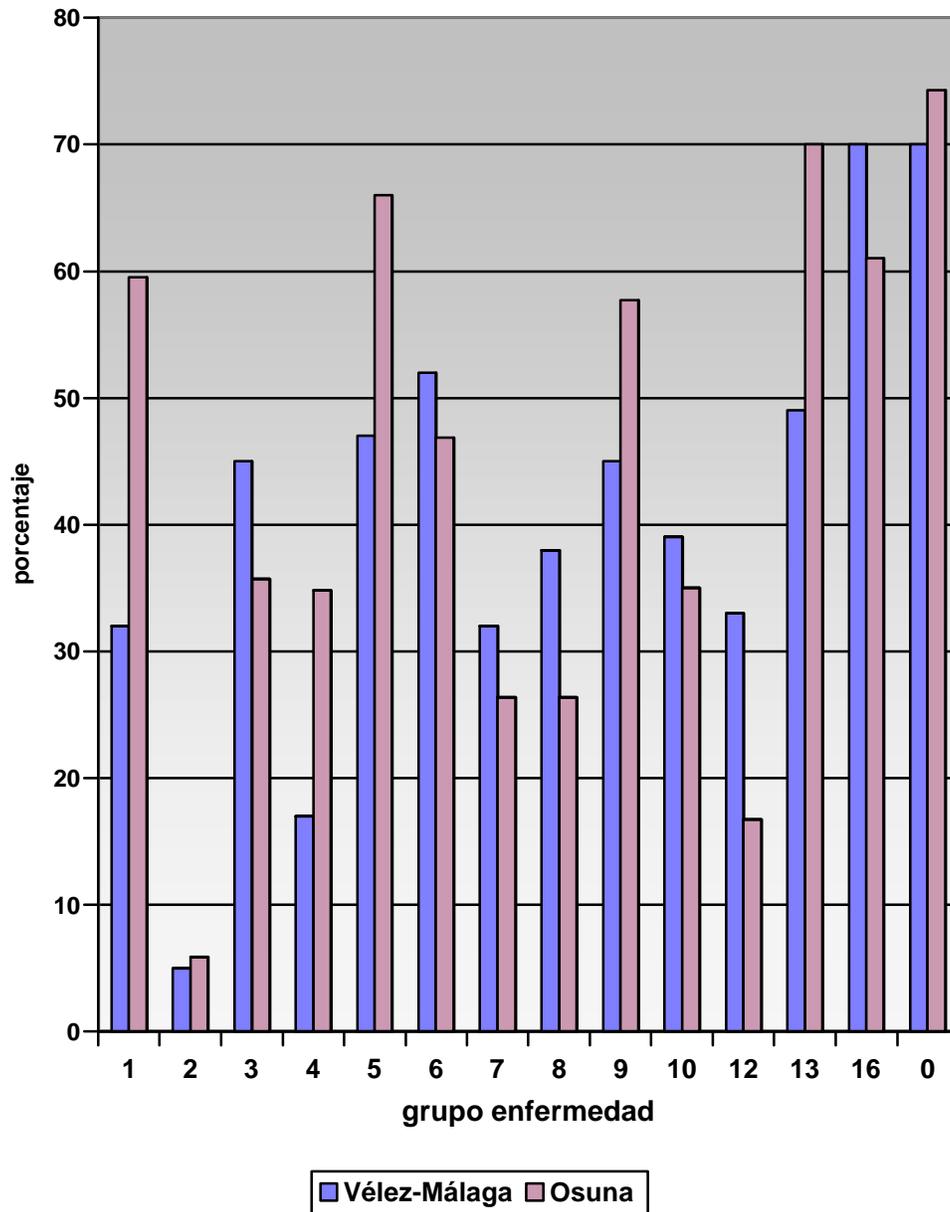
(1) De Pellicer et al <sup>(164)</sup>. (2) Excluyendo los pacientes con pérdidas en su seguimiento.

En nuestro estudio se mantiene en revisión en las consultas un porcentaje superior de pacientes, tanto en el total de las mismas como en Neumología. Igual ocurre para el envío de enfermos a otras especialidades hospitalarias, con porcentajes superiores en nuestro análisis. Esto conlleva una menor proporción de altas o envíos a Atención Primaria, que en el mejor de los casos supera ligeramente el 45%. No se contempla en el trabajo de Pellicer et al los pacientes perdidos en el seguimiento, que en nuestro estudio oscila entre el 15%-16% ni aquéllos en los que no se hace constar en el informe de alta el destino final, circunstancias ambas que pueden modificar los resultados obtenidos.

### Discusión

En otro trabajo realizado en consultas de M. Interna de un hospital de 1<sup>er</sup> nivel <sup>(139)</sup>, se envían nuevamente al médico de cabecera el 45,5% de los pacientes derivados desde Atención Primaria, cifras similares a las nuestra en el total de consultas, si excluimos las pérdidas en el seguimiento. En este mismo trabajo <sup>(139)</sup> se obtienen diferencias significativas entre los distintos grupos de enfermedades (código WONCA), sobre la decisión de reenvío a su médico de cabecera. En el siguiente gráfico se pueden observar las diferencias con nuestro estudio (***Figura 170***).

**Figura 170: Pacientes reenviados a Atención Primaria desde consultas, según diagnóstico principal (CIE-9). Estudio comparativo Hospital Vélez-Málaga (1). En porcentaje**



Nota: incluido grupo 0, no clasificable (sin enfermedad, sin diagnóstico). (1) De San Román et al <sup>(139)</sup>

### Discusión

En consultas de Neurología de Aragón <sup>(166)</sup>, fue necesario seguir posteriormente a los enfermos derivados en el 38% de los casos, cifra inferior a la obtenida en nuestro estudio. Estos trabajos nos llevan a la conclusión que existen claras diferencias en el criterio de alta o revisión en consultas entre las distintas consultas de especialidad y entre los distintos hospitales. Esta variabilidad de comportamiento quedan justificadas por distintos factores dependientes del propio especialista, el paciente, el nivel de derivación y la organización sanitaria. Como ejemplo demostrativo se puede aportar las grandes diferencias en la indicación de revisiones entre las 4 consultas de especialidad de nuestro estudio, en las que las únicas variables serían las dependientes de la epidemiología de cada especialidad y el propio especialista

### **3. VALORACION FINAL**

La puntuación final dada por el doctorando se puede considerar como “Aprobado alto” para el total de los pacientes derivados a las consultas del S° de Medicina Interna del hospital de Osuna. Aunque existen diferencias entre las distintas especialidades del S°, éstas no son apreciables, comportándose globalmente de la misma forma, quizás en relación al nivel de formación de sus componentes y la coordinación e interrelación entre todos ellos, al tratarse de una plantilla pequeña y unos comportamientos muy homogéneos.

Las diferencias más significativas se encuentran en relación con la edad de los pacientes, obteniendo mayor beneficio y rendimiento del estudio en consultas de especialidad de M. Interna los pacientes con edades media/altas de la vida, al presentarse en dichas edades los procesos más complejos que precisan de mayores recursos y conocimientos médicos más especializados, y tener aún una esperanza de vida razonable.

Por tipo de enfermedad es lógico que sean las crónicas complejas las que mayor puntuación hayan obtenido (junto con las agudas), por el propio objetivo del estudio. Dentro de éstas, las neoplasias (obviamente) y las Endocrinometabólicas son las mejor valoradas, al incluirse procesos como la Diabetes Mellitus, hiperlipemias, y enfermedades tiroideas, que requieren habitualmente un manejo y recursos hospitalarios, aunque en todas ellas, la realización de protocolos clínicos y coordinación real y práctica entre los niveles asistenciales, mejoraría notoriamente el manejo conjunto de estos pacientes. Igualmente, circunstancias similares concurren en los procesos digestivos, respiratorios y cardiocirculatorios, con puntuación menor que las enfermedades endocrino metabólicas, y que por su gran importancia epidemiológica precisan sin duda de una colaboración efectiva entre los distintos niveles sanitarios.

La puntuación obtenida es inversamente proporcional a la relación y comunicación existente entre el especialista y el médico que deriva, siendo el valor más bajo obtenido el de Atención Primaria, ratificando lo expuesto anteriormente.

### Discusión

En nuestro estudio, no hemos podido establecer una relación entre las características personales y de formación de los médicos que derivan los enfermos al especialista de consulta, al no haber sido diseñado así el estudio, como en otros trabajos revisados <sup>(164, 188)</sup>, aunque en nuestro caso sí conocemos esas características de los médicos de nuestro propio hospital (Interconsulta y Urgencias), pudiendo ser éstas uno de los factores que intervengan en la mayor puntuación dada a los enfermos de ahí derivados.

Existen pocos trabajos que cuantifiquen la calidad de la derivación a asistencia especializada, tanto en el sentido Atención Primaria-Asistencia Especializada como en el contrario y globalmente. Sin embargo, en el trabajo de Mimbela et al <sup>(194)</sup> se considera que “el contenido clínico de las derivaciones que efectúan los médicos de Atención Primaria es un aspecto que hay que mejorar” y que “se detecta un escaso porcentaje de respuesta de los especialistas, aunque cuando ésta existe es bastante completa”. En otras ocasiones, se estima que “el grado de autosuficiencia de la Atención Primaria es bajo” <sup>(139)</sup>. En el trabajo de Rivas et al <sup>(197)</sup> el 57,1% de las hojas de derivación evaluadas se consideró buena la calidad de los datos, en el 19% aceptables y en el 23,8% inadecuadas. Esta última cifra es cercana a la obtenida en nuestro estudio para la valoración global, siendo la estimación 0 ó 1 (inadecuada derivación) del 19,8%, la evaluación 2 (aceptable) del 20,5% y los valores 3 y 4 (buena) del 59,8%.

#### **4. RESUMEN**

- ☞ *Las consultas externas del S° de Medicina Interna atienden pacientes de 1ª vez de una edad avanzada: media 50,2 años, mediana 55 años y moda 60 años. Los pacientes derivados desde Atención Primaria tiene una edad media inferior al resto de niveles de derivación, excepto a las interconsultas del propio hospital. Los enfermos de mayor edad son los derivados del área de hospitalización de Medicina Interna.*
- ☞ *El grupo de población con edad comprendido entre 50 y 69 años constituye el 40% de los pacientes atendidos en las consultas de Medicina Interna por 1ª vez, suponiendo el 20,35% de la población total del Area Sanitaria de Osuna.*
- ☞ *Existen diferencias significativas en relación con los grupos de edad entre los pacientes atendidos en las 4 consultas del S° de Medicina Interna.*
- ☞ *Las mujeres acuden a las consultas de Medicina Interna en mayor proporción que los hombres, excepto en el grupo etario de 60 a 69 años. Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo entre las 4 consultas.*
- ☞ *La utilización de las consultas de Medicina Interna analizadas es muy homogénea en las 4 Zonas Básicas de Salud del Distrito Sanitario de Osuna. Se obtienen diferencias en el uso de las consultas de Medicina Interna entre las distintas localidades del D.S. de Osuna, con independencia de la existencia de consultorio o Centro de Salud.*
- ☞ *Más del 60% de los pacientes atendidos en las consultas de Medicina Interna son derivados desde Atención Primaria. La proporción de pacientes derivados desde este nivel asistencial va aumentando con el tiempo junto a un descenso de los procedentes del antiguo C.E.P. y de los de procedencia desconocida.,*

### Discusión

*siendo mayoritariamente mujeres. Se obtienen diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo entre los distintos niveles de derivación.*

- ☞ *El tiempo de demora para la 1ª visita más frecuente ha sido el de 22 a 45 días, con diferencias entre las distintas consultas y aumentando con los años.*
- ☞ *En cerca del 80% de las derivaciones se mencionaba algún dato clínico que justificase el envío a la consulta de especialidad, siendo un diagnóstico de enfermedad en el 50% de las ocasiones, aunque con diferencias significativas según el nivel de derivación. La coincidencia con la información del especialista se daba en el 68% de los casos.*
- ☞ *Se pudo conocer el tratamiento indicado por el nivel de derivación en el 48% del total de las derivaciones, cifra que ascendía al 62% si los pacientes procedían de Atención Primaria, siendo incorrecto en el 4% de los casos. A mejor categoría diagnóstica por el nivel de derivación se indicó tratamiento más específico.*
- ☞ *En casi el 60% de los pacientes derivados no se hacía constar o no se solicitaban estudios complementarios por el nivel de derivación, con independencia de la categoría diagnóstica emitida. Cuando estos estudios se realizaban, eran adecuados en el 86% de las ocasiones. El tipo de tratamiento sí se relacionaba con la constancia de los estudios complementarios.*
- ☞ *El 62% de los pacientes se resolvieron en la consulta con los estudios complementarios disponibles por el nivel asistencial que derivaba al enfermo, cifra que desciende hasta el 47% en los procedentes de Atención Primaria.*
- ☞ *La indicación de estudios complementarios por el nivel de derivación modifica la solicitud de estos estudios por el especialista para el total de las consultas. La especialidad de Digestivo solicita estudios de primer nivel*

*independientemente de lo aportado por el nivel de derivación. La repetición de estudios complementarios adecuados se da en el 32,4% de los pacientes atendidos por el especialista.*

- ☞ *La prescripción de tratamiento en la 1ª visita es independiente del tratamiento indicado por el nivel de derivación, ocurriendo esa circunstancia en el 25% de los pacientes.*
- ☞ *La cumplimentación de la historia clínica es variable de una consulta a otra, siendo adecuada para los antecedentes personales y el juicio clínico inicial e inapropiada para los antecedentes familiares y los hábitos personales.*
- ☞ *La solicitud de estudios complementarios es variable estadísticamente entre las 4 consultas, oscilando entre el 36% de “la no solicitud de estudios” en M. Interna, el 70,6% de “estudios básicos” de Cardiología y el 80% de “estudios de primer nivel” de Digestivo.*
- ☞ *La demora en el diagnóstico final ha sido aumentando con los años, siendo también distinta según la consulta: M. Interna emite diagnóstico definitivo mayormente en la 1ª visita; Cardiología lo comparte entre la 1ª visita y el periodo de “8 a 21 días”; Digestivo su mayor demora diagnóstica se encuentra entre “22 y 45 días” y Neumología este periodo es de “8 a 21 días”.*
- ☞ *Los grupos diagnósticos más frecuentes han sido los de aparato digestivo, sistema cardiovascular, aparato respiratorio y sistema endocrino-metabólico, con diferencias significativas entre los distintos grupos de edad.*
- ☞ *Las enfermedades mayormente atendidas en las consultas de M. Interna son las crónicas simples. Los diagnósticos principales más frecuentemente emitidos por especialidad han sido los siguientes: diabetes mellitus en M.*

### Discusión

*Interna, cardiopatía isquémica en Cardiología, enfermedad ulcerosa péptica y trastornos funcionales en Digestivo, y E.P.O.C. en Neumología.*

- ☞ *Los diagnósticos 2<sup>os</sup> más frecuentes en el total de consultas han sido H.T.A., Diabetes mellitus, hiperlipemia, obesidad y neurosis.*
- ☞ *Medidas farmacológicas se han indicado en el 64% de los pacientes atendidos, siendo el tipo de tratamiento variable entre las distintas consultas. Los fármacos más prescritos han sido de la esfera digestiva y cardiovascular, y en menor medida aparato respiratorio.*
- ☞ *La media de fármacos por enfermo ha sido de 1,85, equivalente a una dosis media diaria de 3,76. Va a venir determinada por la complejidad y evolución de la enfermedad. Sólomente en el 14% de los casos va a venir precisada la cumplimentación del tratamiento indicado.*
- ☞ *Los pacientes atendidos en las consultas de M. Interna se mantienen en el nivel especializado para su evolución el 46%, se derivan a Atención Primaria el 38% y se desconoce su destino final el 16%.*
- ☞ *La continuidad en el nivel especializado va a venir determinada por el sexo, el nivel asistencial de procedencia, la consulta de especialidad y el grupo de enfermedad*

# **VII**

# **CONCLUSIONES**

### Conclusiones

1. LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL S<sup>o</sup> DE MEDICINA INTERNA ATIENDEN PACIENTES DE 1<sup>a</sup> VEZ DE UNA EDAD AVANZADA, SIENDO LOS DERIVADOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA LOS QUE TIENEN UNA EDAD MEDIA INFERIOR AL RESTO DE NIVELES DE DERIVACIÓN, EXCEPTO A LAS INTERCONSULTAS DEL PROPIO HOSPITAL. EL GRUPO ETARIO COMPRENDIDO ENTRE 50 Y 69 AÑOS CONSTITUYE EL 40% DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LAS CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA POR 1<sup>a</sup> VEZ, AUNQUE CON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS 4 CONSULTAS ANALIZADAS.
2. LAS MUJERES ACUDEN A LAS CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA EN MAYOR PROPORCIÓN QUE LOS HOMBRES, EXCEPTO EN EL GRUPO ETARIO DE 60 A 69 AÑOS. EXISTEN DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN CUANTO AL SEXO ENTRE LAS 4 CONSULTAS Y ENTRE LOS DISTINTOS NIVELES DE DERIVACIÓN.
3. MÁS DEL 60% DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LAS CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA SON DERIVADOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA, SIENDO MAYORITARIAMENTE MUJERES.
4. EN CERCA DEL 80% DE LAS DERIVACIONES SE MENCIONABA ALGÚN DATO CLÍNICO QUE JUSTIFICASE EL ENVÍO A LA CONSULTA DE ESPECIALIDAD. LA COINCIDENCIA CON LA INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA SE DABA EN EL 68% DE LOS CASOS. ESTO ES CONCORDANTE CON LO REVISADO EN LA BIBLIOGRAFÍA.
5. LA SOLICITUD DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS POR EL NIVEL DE DERIVACIÓN ES INDEPENDIENTE DE LA CATEGORÍA DIAGNÓSTICA EMITIDA. EL TIPO DE TRATAMIENTO SÍ SE RELACIONABA CON LA CONSTANCIA DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

6. EL 62% DE LOS PACIENTES SE RESOLVIERON EN LA CONSULTA CON LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS DISPONIBLES POR EL NIVEL ASISTENCIAL QUE DERIVABA AL ENFERMO, CIFRA QUE DESCIENDE HASTA EL 47% EN LOS PROCEDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA.
7. LA SOLICITUD DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS ES VARIABLE ESTADÍSTICAMENTE ENTRE LAS 4 CONSULTAS, OSCILANDO ENTRE EL 36% DE “LA NO SOLICITUD DE ESTUDIOS” EN M. INTERNA, EL 70,6% DE “ESTUDIOS BÁSICOS” DE CARDIOLOGÍA Y EL 80% DE “ESTUDIOS DE PRIMER NIVEL” DE DIGESTIVO.
8. LOS GRUPOS DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES HAN SIDO LOS DE APARATO DIGESTIVO, SISTEMA CARDIOVASCULAR, APARATO RESPIRATORIO Y SISTEMA ENDOCRINO-METABÓLICO, CON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS DISTINTOS GRUPOS DE EDAD.
9. LAS ENFERMEDADES MAYORMENTE ATENDIDAS EN LAS CONSULTAS DE M. INTERNA SON LAS CRÓNICAS SIMPLES. DESDE EL PUNTO DE VISTA EPIDEMIOLOGICO COBRAN MÁS IMPORTANCIA LA DIABETES MELLITUS (M. INTERNA), LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (CARDIOLOGÍA), LA ENFERMEDAD ULCEROSA PÉPTICA Y TRASTORNOS FUNCIONALES (DIGESTIVO), Y LA E.P.O.C. (NEUMOLOGÍA), Y LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS RELACIONADOS CON ESOS PROCESOS, COINCIDIENDO CON LA MAYORÍA DE LA BIBLIOGRAFÍA REVISADA.
10. LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LAS CONSULTAS DE M. INTERNA SE MANTIENEN EN EL NIVEL ESPECIALIZADO PARA SU EVOLUCIÓN EL 46%, SE DERIVAN A ATENCIÓN PRIMARIA EL 38% Y SE DESCONOCE SU DESTINO FINAL EL 16%.

### Conclusiones

11. POR TODO ELLO, LA DERIVACIÓN DE PACIENTES A LAS CONSULTAS DEL Sº DE MEDICINA INTERNA ES EFECTIVA, NO ES EFICAZ Y NO ES EFICIENTE.
  
12. SE NECESITAN ALTERNATIVAS A LA DERIVACIÓN DEL PACIENTE QUE MEJOREN LA COORDINACIÓN, LA COOPERACIÓN Y EL ESCALONAMIENTO REAL ENTRE LOS NIVELES ASISTENCIALES:
  - a. *REFORMA PRÁCTICA Y REAL, Y POTENCIACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD*
  - b. *ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN DE PROTOCOLOS Y GUÍAS CLÍNICAS DE ACTUACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES, PRIORITARIAMENTE CON ATENCIÓN PRIMARIA*
  - c. *ESTABLECER LA FIGURA DEL ESPECIALISTA-CONSULTOR CON ATENCIÓN PRIMARIA, SIENDO LA ESPECIALIDAD DE M. INTERNA LA MÁS CAPACITADA*
  - d. *APLICAR PROGRAMAS DE ASISTENCIA ESPECÍFICOS A LOS HIPERFRECUENTADORES*
  - e. *INFORMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA (ATENCIÓN PRIMARIA Y ASISTENCIA ESPECIALIZADA) E INSTAURACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA*
  - f. *PARTICIPACIÓN E IMPLICACIÓN DEL CLÍNICO EN LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA*

# **VIII**

# **BIBLIOGRAFÍA**

### Bibliografía

1. Anónimo. *El precio de la salud*. JANO, nº 533; año 1982: pag 7.
2. García Olmos L, Gervas J, Otero A y Pérez M. *La demanda derivada: un estudio de la relación entre médicos generales y especialistas*. Rev San Hig Pub. Vol. 68, nº 2; año 1994: pag 267-278.
3. Borràs JM. *La utilització dels serveis sanitaris*. Gac Sanit, año 1994; vol 8: pag 30-49.
4. Mooney G. *Equity in health care: confronting the confusion*. Effective Health Care, año 1983; vol 1; pag 179-184.
5. Pope GC. *Medical conditions, health status, and health services utilization*. HSR, vol 22, nº 6; año 1988: pag 857-877.
6. Hulka, BS and Wheat JR. *Patterns of utilization: The patient perspective*. Med Care, vol 24, nº 3; año 1985; pag 438-440.
7. Servicio General de Información Sanitaria. *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1.989.
8. Barsky AJ, Wyshak G y Klerman GL. *Medical and psychiatric determinants of outpatient medical utilization*. Med Care, año 1986, vol 24, nº 6: pag 548-560.
9. Roos NP and Shapiro E. *The Manitoba longitudinal study on aging: preliminary findings on health care utilization by the elderly*. Med Care, año 1981; nº 19: pag 644-657.
10. Wingard D. *Sex differentials in morbidity, mortality and lifestyle*. Ann Rev Public Health, año 1984; nº 5: pag 433-458.

11. Stoverinck MJM, Lagro-Janssen ALM y Van Weel C. *Sex differences in health problems, diagnostic testing, and referral in primary care*. J Fam Pract, vol. 43, n° 6; año 1996: pag 567-576.
12. Gijssberg CM, Kolk AMM, Van den Bosch WJHM y Van den Hoogen HGM. *Male and female morbidity in general practice: the nature of sex differences*. Soc Sci Med, año 1992; n° 35: pag 665-678.
13. Gijssbers van Wijk CMT, Kolk AMM, Van den Bosch WJHM y Van den Hoogen HJM. *Male and female health problems in general practice: the differential impact of social position and social roles*. Soc Sci Med, año 1993, n° 40: pag 597-611.
14. Cawley ME y Stevens FM. *Non-attendance at outpatient clinics at the regional hospital, Galway, Ireland*. Soc Sci Med, vol 25, n° 11; año 1987: pag 1189-97.
15. Martín Zurro A. *Demanda y servicios generados por los procesos más frecuentes en la consulta de medicina general*. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona, año 1.987.
16. Demers M. *Frequent users of ambulatory health care in Quebec: the case of doctor-shoppers*. Can Med Assoc J, vol 153 (1); año 1995: pag 37-42.
17. Roland M y Morris R. *Are referrals by general practitioners influenced by the availability of consultants?* Br Med J, vol. 297; año 1988: pag 599-600.
18. De la Revilla L y de los Ríos AM. *La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar*. At Prim, vol 13, n° 2; año 1994: pag 7376.
19. Good MJD, Good BJ y Cleary PD. *Do patient attitudes influence physician recognition of psychosocial problems in primary care?* J Fam Pract, año 1987; n°

### Bibliografía

- 25: pag 53-59.
20. Lamberts H. *Problem behavior in primary health care*. J Roy Coll Gen Pract, año 1979; vol 29: pag 331-332.
  21. Cortés JA, Peñalver C, Alonso J, Arroyo A y González L. *La prevalencia de malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas*. At Prim, vol 11, nº 9; año 1993: pag 459-463.
  22. Barsky III AJ. *Hidden reasons some patients visit doctors*. Ann Intern Med, año 1981; vol 94 (Part 1): pag 492-498.
  23. White KL, Williams TF y Greenberg BG. *The ecology of medical care*. N Eng J Med, año 1.961; vol 265: pag 165-181.
  24. Kleinman A, Eisenberg L y Good B. *Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*. Ann Intern Med, año 1978; nº 88: pag 953-959.
  25. Barsky AJ, Wyshak G y Klerman GL. *Medical and psychiatric determinants of outpatient medical utilization*. Med Care, año 1986; nº 24: pag 548-560.
  26. Manning WG y Wells KB. *The effects of psychological distress and psychological well-being on use of medical services*. Med Care, año 1992; nº 23: pag 542-543.
  27. Mechanic D, Cleary PD y Greenfey JR. *Distress syndrome illness behavior, acces to care and medical utilization in a defined population*. Med Care, año 1982; nº 20: pag 361-372.
  28. Llorente S, López T, García LJ, Alonso-Fernández M, Alonso P y Muñoz P. *Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud*. At Prim, vol 17, nº 2; año 1996: pag

100-106.

29. Fuertes MC, Alvarez E, García de la Noceda MD, Fernández-Velilla M, Echarte E y Abad J. *Características del paciente hiperfrecuentador de las consultas de demanda de medicina general*. At Prim, vol 14, nº 6; año 1994: pag 809-814.
30. Anónimo. *Los pacientes "repetidores" ocupan la cuarta parte del trabajo de los médicos de familia*. 7DM, nº 406/28-V-99: pag 20.
31. Ruiz de Castroviejo A, Carravilla JR, Ichaso MS y Otero A. *Atención Primaria de Salud. Tipo de asistencia y utilización de los servicios públicos (INSALUD) y/o privados*. At Prim, vol 2, nº 3, año 1985: pag 154-159.
32. Granados JA, San Andrés FJ, Costa P, Lobera L y Fernández MI. *¿Quién es el paciente no frecuentador?* At Prim, vol 12, nº 7; año 1993: pag 407-410.
33. Llorente S, Alonso M y Buznego B. *Papel de la atención primaria en la frecuentación al servicio de urgencias de un hospital comarcal*. At Prim, vol. 18, nº 5; año 1996: pag 243-247.
34. Lloret J, Puig X y Muñoz J. *Urgencias médicas. Análisis de 18.240 pacientes atendidos en servicio de urgencias de un hospital general en el periodo de un año*. Med Clin (Barc), año 1984; vol 88: pag 135-141.
35. Krakau I y Hassler E. *Provision for clinic patients in the ED produces more nonemergency visits*. Am J Emerg Med, vol 17, nº 1; año 1999: pag 18-20.
36. Prince M y Worth Ch. *A study of inappropriate attendances to a paediatric Accident and Emergency Department*. J Public Health Med, año 1992; nº 14: pag 177-182.
37. Del Castillo-Rey M, Huguet J, Brabo JM y Cortada L. *Estudio del área de*

### Bibliografía

- urgencias de un hospital general. Grado de adecuación de las visitas.* Med Clin (Barc), año 1986; vol 87: pag 539-542.
38. Antón MD, Peña JC Santos R, Sempere E, Martínez J y Pérula LA. *Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados.* Med Clín(Barc), vol 99; año 1992: pag 743-746.
39. Servicio Andaluz de Salud. Secretaría General. Oficina de Información e Informática. Area de Urgencias. *Actividad asistencial en Atención Especializada. Andalucía 1991.* Edición 1992: pag 264
40. Servicio Andaluz de Salud. Subdirección de Asistencia Especializada. Servicio de Información y Estadística. Area de Urgencias. *Actividad asistencial en Atención Especializada. Andalucía 1997.* Edición 1999: pag 294.
41. Alberola Benavent V y Rivera Casares. *La atención primaria como determinante de la utilización del servicio de urgencias hospitalario.* At Prim, vol 14, nº 6; año 1994: pag 825-828.
42. Zarco Rodríguez J. *La atención primaria como puerta de entrada de las urgencias en el sistema sanitario.* SEMERGEN, año 2000; vol 26, nº 9: pag 425-426.
43. Barrio C, Camp L, Coscollar B, González CA, Nebot M, Porta I, Santana B, Tamborero G y Sans L. *La demanda de urgencias en Atención Primaria en los centros docentes de medicina familiar y comunitaria de Barcelona..* At Prim, año 1985; vol 2, nº 3: pag 139-145.
44. Planes Magriñá A. *Perversiones de la atención primaria.* At Prim, vol 14, nº 9; año 1994: pag 1045-46.
45. Tudor Hart J. *Necesitamos un nuevo tipo de médico de cabecera.* At Prim, vol 1, nº

- 3; año 1984: pag 109-115.
46. Rivera J y García-Monforte A. *Variación en el número de análisis y pruebas diagnósticas en una consulta externa hospitalaria*. Gac Sanit, año 1994; vol 8: pag 310-316.
47. Eisenberg JM y Williams SV. *Cost containment and changing physicians' practice behavior : can the fox learn to guard the chicken coop?* JAMA, año 1981, n° 246: pag 2195-2101.
48. Miquel-Collell C y Asenjo MA. *La importancia sanitaria y económica de la estancia media hospitalaria*. Med Clin (Barc), año 1992; vol 98: pag 134-136.
49. Segovia de Arana JM. *La gestión clínica*. Rev Clin Esp, año 1992; n° 190: pag 468-469.
50. De Gracia Gomis MC, Pérez Royo A, Hernández Aguado I, Berbegal J y Arrese R. *Análisis de la demanda de pruebas de laboratorio desde atención primaria en un área de salud*. At Prim, vol. 23, n° 1; año 1999: pag. 26-31.
51. Griner PF y Liptzin B. *Use of the laboratory in a teaching hospital*. Ann Intern Med, año 1971; vol 75: pag 157-163.
52. Martin AR, Wolf MA, Thibodeau LA, Dzau V y Braunwald E. *A trial of two strategies to modify the test ordering behavior of medical residents*. N Eng J Med, año 1980; vol303: pag 1330-1306.
53. Fowkes FGR, Hall R, Jones JH, Scanlon MF, Elder GHH, Hobs DR, Jacobs A, Cavill IAJJ y Kay S. *Trial of strategy for reducing the use of laboratory tests*. Br Med J, año 1.986; vol 292: pag 883-885.

### Bibliografía

54. Tierney WM, McDonald CJ, Martin DK, Hui SL y Rogers MP. *Computerized display of past test results. Effect on outpatient testing*. An Intern Med, año 1987; vol 107: pag 569-574.
55. Tierney WM, Miller ME, Overhage JM y McDonald CJ. *Physician inpatient order writing on microcomputer workstations. Effects on resource utilization*. JAMA, año 1993; n° 269: pag 379-383.
56. Rodríguez Artalejo F y Ortún Rubio V. *Los protocolos clínicos*. Med Clin (Barc), año 1990; n° 149: pag 47-50.
57. Detsky AS, McLaughlin JR, Abrams HB, Abbe KL y Markel FM. *Do interns and residents order more tests than attending staff? Results of a house staff strike*. Med Care, vol 24, n° 6; año 1986: pag 526-534.
58. López Bastida J. *¿Crisis de la sanidad o crisis de la medicina?* Gac Sanit, año 1994; vol 8: 248-56.
59. Anónimo. *Foros de debate sanitario (Edit)*. Todo Hospital, año 1995; n° 114: pag 1-1.
60. Moreou Oorbitg F. *Financiación pública y gestión privada en atención primaria*. At Prim, vol 12, n° 2; año 1994: pag 63-64.
61. Ortún Rubio, V. *La financiación en la sanidad*. At Prim, año 1998; vol 21, n° 1: pag 1-2.
62. Elola J, Nieto J, Sunyer J y Daponte A. *La relación entre ideología y eficiencia de los sistemas sanitarios. Unas notas de cara a la reforma del sistema sanitario español*. Gac Sanit, año 1996; 10 191-196.

63. Gervás J, Pérez M y Starfield B. *Primary care: financing and gatekeeping in western Europe*. Fam Pract, año 1994; nº 11: pag 307-317.
64. Schröder SA. *Western European responses to physician oversupply. Lessons for the United States*. JAMA, año 1984; nº 252: pag 373-384.
65. Anónimo. *La profesionalización de los profesionales sanitarios (Edit)*. Todo Hospital, año 1996; nº 125: pag 1-2.
66. Anónimo. *Variabilidad de los sistemas sanitarios (Edit)*. Todo Hospital, año 1996; nº 123: pag 1-2.
67. Navarro V. *La relevancia de la experiencia norteamericana en la reforma del Sistema Nacional de Salud Británico. El caso del GP (General Practitioner) Budget Holding*. Gac Sanit, año 1991; nº 5: pag 276-283.
68. Olloqui Mundet J. *Reforma de la atención primaria y satisfacción del usuario*. At Prim, vol 10; nº 4; año 1992: pag 705-706.
69. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Ley General de Sanidad (14/1986), de 25 de abril (B.O.E. de 29 de abril). En Compendio de Legislación Sanitaria Andaluza. Junta de Andalucía, año 1.989; pag 59-110.
70. Gené Badía J. *De la asistencia médica ambulatoria a la Atención Primaria de Salud: un difícil camino*. At Prim, año 1984; vol 1, nº 3: pag 107-108.
71. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Constitución Española de 27 de diciembre de 1.978 (B.O.E. de 29 de diciembre). Título primero. Artículo 43. En Compendio de Legislación Sanitaria Andaluza, año 1.989; pag.16-17.
72. Delás J. *Niveles asistenciales*. JANO, vol. XL, nº 947; año 1991: pag 43.

### Bibliografía

73. Varo J, Revert RM, Fuster R, Rubio E, Rubini S y García JE. *Satisfacción del cliente de los servicios de salud*. Todo Hospital, año 1996; nº 128: pag 51-56.
74. Cruz C. *La sanidad, principal área de interés de la población*. OMC, año 2000; nº 68: pag 33-35.
75. Gene Badía J. *Reflexiones sobre la reforma española a partir del "White Paper"*. At Prim, Vol 7, nº 1; año 1990; pag 9-10.
76. Abril Martorell F. *Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y recomendaciones*. Julio 1991.
77. Kloppe Villegas P et al. *Prevención y promoción en un modelo cliente-proveedor*. At Prim, vol 17, nº 4; año 1998: pag 237-38.
78. Monset Castell Ll. *La gestión privada de los servicios de atención primaria*. At Prim, vol 13, nº 6; año 1994: pag 280-281.
79. Gene Badía J. *¿El hospital, debe competir, dominar o compartir con la atención primaria?* At Prim, vol 21, nº 4; año 1998: pag 186-187.
80. Bohigas Santasusagna Ll. *Plan de salud y privatización de los servicios*. At Prim, vol 4, nº 1; año 1994: pag 527-528.
81. Violan i Fors C. *Nuevas formas de gestión en atención primaria. Nuevas propuestas de gestión ¿por qué?*. At Prim, año 1999; vol 24, nº 3: pag
82. Grenzner V, Olivet M, Lacasa C, Fernández F, Guarga A, Torras MG, Lemonche C, Romea S, Carasusan MG, Ferré S y Vilurbina F. *La reordenación de la atención especializada en el Sector Sanitario Ciutat Vella: análisis de una experiencia*. At

- Prim, vol 21, nº 6; año 1998: pag 377-382.
83. Pros A, Benito P, Grenzner V, Pacheco M, Blanch J, Campillo MA y Martí N. *Análisis de la experiencia de un programa integrado de asistencia hospitalaria reumatológica en Atención Primaria*. An Med Interna (Madrid), vol 14, nº 12; año 1997: pag 615-619.
84. Donaire Pator F. *Integració de l'activitat d'especialistes de primària a l'Hospital de Martorell*. Revista del Consorci Hospitalari de Catalunya., año 1993; vol 2, nº 19: pag 9-10.
85. Consejería de Salud. Decreto 128/1997, de 6 mayo, por el que se regula la libre elección de Médicos Especialistas y del Hospital en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. (B.O.J.A. nº 60, 24 de mayo 1.997; pag 6253-54.
86. Consejería de Salud. Modelo de financiación de los Centros de Gestión del Servicio Andaluz de Salud. Ingresos y gastos por primeras consultas en los presupuestos de Distritos y Hospitales. Nov 1998.
87. Ledesma Castellfort A. *¿Es posible la gestión de la atención primaria desde el hospital? La visión de la atención primaria*. At Prim, vol 14, nº 2; año 1994: pag 587-588.
88. Colomer J y Martín C. *¿Es posible la gestión de la atención primaria desde el hospital? La visión del hospital*. At Prim, vol 14, nº 2; año 1994: pag 589-560.
89. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Estatuto de Autonomía para Andalucía. Ley orgánica 6/1981, 30 de diciembre (B.O.E. nº 9, de 11 de enero de 1982), art. 12. En compendio de Legislación Sanitaria Andaluza. Junta de Andalucía, año 1.989; pag 21-27.

### Bibliografía

90. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Real Decreto 1118/1981, de 24 de abril, sobre traspaso de competencias, funciones y servicios a la Junta de Andalucía en materia de sanidad. (publicado en el B.O.E. nº 142, de 15 de junio de 1981, y B.O.J.A. nº 16, de 15 de agosto de 1981). En compendio de Legislación Sanitaria Andaluza. Junta de Andalucía, año 1.989; pag 29-45
91. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Ley 8/1986, de 6 de mayo de 1986 del Servicio Andaluz de Salud (B.O.J.A. nº 41, de 10 de mayo). En compendio de Legislación Sanitaria Andaluza. Junta de Andalucía, año 1.989; pag 115-129.
92. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Decretos de estructura orgánica del S.A.S. En compendio de Legislación Sanitaria Andaluza. Junta de Andalucía, 1.989; pag 131-150.
93. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Decreto 195/1985, de 28 de agosto, sobre ordenación de los servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía. (B.O.J.A. nº 89, de 14 de septiembre). En compendio de Legislación Sanitaria Andaluza. Junta de Andalucía, año 1.989; pag 181-200.
94. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Decreto 105/1986, de 11 de junio, sobre ordenación de Asistencia Sanitaria Especializada y órganos de dirección de los hospitales (B.O.J.A. nº 61, de 24 de junio). En compendio de Legislación Sanitaria Andaluza. Junta de Andalucía, año 1.989; pag 229-244.
95. Gené Badía J. *La medicina de familia en la nueva Europa*. At Prim, vol 10, nº 4; año 1992; pag 703-704.
96. García Cardova F. *Políticas sanitarias y sociales desarrolladas en algunos países de la Comunidad Europea con respecto a la tercera edad*. At Prim, vol 13, nº 9; año 1994; pag 507-514.

97. Carrillo E y Juncosa S. *Retorno al white paper. La reforma del sistema británico de atención primaria vista desde Cataluña.* At Prim, vol 8; nº 11; año 1991; 978-82.
98. Gené Badía J. *Escaso futuro para el gatekeeping en España.* At Prim, vol 15, nº 7; año 1995: pag 418-420.
99. Keeley D. *General practice fundholding and health care costs. Funholding is not containing prescribing, referrals, or emergency admissions.* Br Med J, año 1997; vol 315: pag 130.
100. Prieto Orzanco A. *Sobre el white paper.* At Prim, vol 7, nº 7; año 1990; pag 530.
101. Gervas J y Pérez Fernández M. *La reforma sanitaria española.* At Prim, vol 7. Nº 7; año 1990; pag 527-230.
102. Crombie IK y Davies HTO. *Audit of outpatients: entering the loop.* Br Med J, vol. 302; año 1991: pag 1437-1439.
103. Armstrong D y Nicoll M. *Consultants' workload in outpatient clinics.* Br Med J, vol. 310; año 1995: pag 581-82.
104. Kammerling RM y Kinnear A. *The extent of the two tier service for fundholders.* Br Med J, año 1996; vol 312: pag 1399-1401.
105. Bowling A, Stramer K, Dickinson E, Windsor J y Bond M.E. *Of specialists' outreach clinics in general practice in England: process and acceptability to patients, specialists, and general practitioners.* J Epidem Com Health, vol. 51; año 1997: pag 522-61.
106. Ham C. *Replacing the NHS market. The white paper should focus on incentives as*

### Bibliografía

- well as directives*. Br Med J, año 1997; vol 315: pag 1175-76.
107. Martín Zurro A y Cano Pérez JF. De Atención Primaria, 4ª edición (1998), pag. 12.
108. Brook RH, Fink A, Kosecoff J, Linn LS, Watson WE, Davies AR, Clark VA, Kamberg C y Delblanco TL. *Educating physicians and treating patients in the ambulatory setting*. An Int Med, vol. 107; año 1987: pag 392-98.
109. Fenton JJ, Solberg P, Vranizan K y Grumbach K. *Primary care use by speciality clinic patients at a County Hospital*. J Health Care Poor Underserved, vol. 9, nº 1; año 1998: pag 5-12.
110. Redmond JM. *Apply effective fiscal techniques to improve ambulatory care*. Hospitals, JAHA, vol. 50; nov 16; año 1976: pag 93-95.
111. Joseph AC. *Ambulatory care: an objective assessment*. JONA, vol. 20, nº 2; año 1990: pag 27-33.
112. Garfield SR, Collen MF, Feldman R, Soghikian K, Richart RH y Duncan JH. *Evaluation of an ambulatory medical-care delivery system*. N Eng J Med, feb 19; año 1976: pag 426-31.
113. Cohen DI, Breslau D, Porter DK, Goldberg HI, Dawson NV, Hershey CO, Lee JC, McLaren ChE y Breslau N. *The cost implications of academic group practice. A randomized controlled trial*. N Eng J Med, vol 314, nº 24; año 1986: pag 1553-57.
114. Koska MT. *Teaching hospitals learn to cope with ambulatory care*. Hospitals, jul 20; 1988: pag 50-55.
115. Murrin K. *Rural hospitals can benefit by aiding centers*. Hospitals, october 1; 1980: pag 75-78.

116. Noren J, Frazier T, Altman I y DeLozier J. *Ambulatory medical care. A comparison of Internists and Family-General Practitioners.* N Eng J Med, vol. 302, n° 1; año 1980: pag 11-16.
117. Roy MJ, Kroenke K y Herbers JE. *When the physician leaves the patient: predictors of satisfaction with the transfer of care in a Primary Care Clinic.* J Gen Intern Med; vol. 10; año 1995: pag 206-210.
118. Schneeweiss R, Ellsbury K, Hart LG y Geyman JP. *The economic impact and multiplier effect of a Family Practice Clinic on an Academic Medical Center.* JAMA, vol. 262, n° 3; año 1989: pag 370-375.
119. Anderson HJ. *Ambulatory care directors help hospitals gear up for growth.* Hospitals, march 20; 1992: pag 52-56.
120. Burns LA. *A perspective on hospital ambulatory care. En Hospital Ambulatory Care: Making It Work.* Chapter 1. Editors: Meshenberg KA y Burns LA. Año 1989. Pag 1-12.
121. H.L. *Outpatient demand and new technology will compound money problems in 1989.* Hospitals, jan 5; 1989: pag 23.
122. S.P. *Who's using outpatient services?* Hospitals, sept 5; 1987: pag 50.
123. Koska MT. *Outpatient and emergency care center of '89 action.* Hospitals, dec 20; 1989: pag 57.
124. Anónimo. *Less money, more players in outpatient market.* Hospitals, jan 20; 1989: pag 26.

### Bibliografía

125. Koska MT. *Is outpatient care the next malpractice risk?* Hospitals, nov 5; 1989: pag 74.
126. Anónimo. *Public hospital markets outpatient care, cuts ED use.* Hospitals, apr 20; 1990: pag 108-109.
127. Fried J Am, Board RA, Main DS y Calonge BN. *Appropriateness of hospital use by family physicians.* Fam Pract, vol. 7; año 1994: pag 229-35.
128. Pe SMC, Ash A y Restuccia JD. *The role of feed-back in reducing medically unnecessary hospital use.* Med Care, año 1991: nº 29 (Suppl): pag 91-106.
129. Cohen JW. *Medicaid policy and the substitution of hospital outpatient care for physician care.* HSR, vol. 24, nº 1; año 1989: pag 33-66.
130. Langley GR, Minkin S y Yill JE. *Regional variation in nonmedical factors affecting family physicians' decisions about referral for consultation.* Can Med Assoc, vol. 157, nº 3; año 1997: pag 265-72.
131. Martín Zurro A y Cano Pérez JF. At Prim, 4ª edición (1998): pag 75-76.
132. Franks P, Glancy CM y Nutting PA. *Gatekeeping revised-protecting patients from overtreatment.* N Engl J Med, año 1992; vol 327: pag 424-429.
133. Alonso FA y Gancedo Z. *Informatización integral de la atención primaria.* FMC en At Prim, vol.6, nº 5; año 1999: pag 282-290.
134. La informatización de Atención Primaria en Andalucía. El SAS Información, año 1999; nº 2: pag 4-5.
135. Bernal JL, Esteban A, Fernández Segoviano P, Matos JC, Aguayo N y Mera AM<sup>a</sup>.

*Resultados de la informatización del área de citas para la consulta externa del hospital.* Control de calidad asistencial, vol 2, nº 3; año 1987: pag 85-91.

136. Turabián JL y Medina M. *Médicos de familia: respuesta española a la Comunidad Europea.* At Prim, vol 11, nº 9; año 1993: pag 451-452.
137. Bopnat P. *Nuevos retos en la formación de residentes de medicina de familia.* FMC en At Pr, vol.6, nº 4; año 1999: pag 218-222.
138. Manresa JM. *El médico de atención primaria, el especialista, ¿y el internista?* Med Clin (Barc) 1995; vol 105: pag 374-376.
139. San Román CM, Viciano P, García Medicina Interna, Gómez R, Peláez S, Porras JJ, Sanz J y González LI. *Consulta de especialidades médicas. Un sistema de selección y protección de Hospitales Generales Básicos.* Rev Clin Esp, vol. 182, nº 5; año 1988: pag 173-177.
140. Criado-Montilla J y Ibáñez-Bermúdez F. *Relaciones entre hospital y Atención Primaria. Experiencia de un servicio de Medicina Interna.* Med Clín (Barc), vol 106; año 1996: pag 463-468.
141. Del Castillo-Rey M, Huguet J, Brabo JM y Cortada L. *Sobreutilización de los servicios de urgencias hospitalarias. ¿Un parámetro de evaluación de calidad de la asistencia primaria?* At Prim, vol 4, nº 3; año 1987: pag 122-128.
142. Gómez N, Orozco D y Merino J. *Relación entre atención primaria y especializada.* At Prim, vol. 20, nº 1; año 1997: pag 59-68.
143. Martínez JI, López LA y March JC. *Coordinación de niveles: la conveniencia de los principios.* At Prim, vol. 14, nº 5; 1994: pag 779-782.

### Bibliografía

144. Carbonell JM, Guix J, ernández JD y Xifró A. *Opinión de los médicos de Atención Primaria acerca de su hospital de referencia*. Todo Hospital, vol 140; sept 1997: pag 7-12.
145. Arroyo MP, Cano E, Ansorena R, Celay J, Cortés F y Estremera V. *Prescripción delegada por especialistas en atención primaria*. At Prim, vol 16, nº 9; año 1995: pag 538-544.
146. Suberviola Collados VJ. *Programas de cooperación entre internistas y médicos de familia: una necesidad*. At Prim, vol 23; nº 2; año 1999: pag 57-59.
147. Muñoz P. *SeMFyC y SEMI piden al SNS apoyo para crear internistas consultores*. Diario Médico, enero 2000.
148. Boix JH, Alvarez F, Tejeda M y Sáiz E. *Análisis de opinión de los usuarios sobre la asistencia prestada en las consultas externas de un hospital y su centro de especialidades: componentes y diferencias*. Gestión hospitalaria, nº 4; año 1995: pag 32-38.
149. Sánchez C, Gómez-Calcerrada R, González M y Orueta R. *Causas de incumplimiento y factores asociados en una consulta concertada*. At Prim, vol. 17, nº 1; año 1996: pag 52-56.
150. Yagüe AJ, Blanco MT y Juez AA. *Análisis de las derivaciones a las consultas externas de especialistas realizadas en un centro de salud*. At Prim, vol. 8, nº 6; año 1991: pag 472-476.
151. Weiss BD y Gardner CL. *Consultant utilization by family physicians in a University Hospital Practice*. J Fam Pract, vol. 24, nº 3; año 1987: psg 283-285.
152. Sears CL y Charlson ME. *The effectiveness of a consultation. Compliance with*

- initial recommendations*. Am J Med, vol. 74; año 1983: pag 870-876.
153. Díaz JA, Grandes J, Castro B, Cabezas JM, de la Iglesia R y Baeza FJ. *Estudio de la interconsulta en un Servicio de Medicina Interna*. Rev Clín Esp, vol 199, nº 2; año 1999: pag 66-72.
154. Wu CH, Kao JCh y Chang ChJ. *Analysis of outpatient referral failure*. J Fam Pract, vol. 42, nº 5; año 1996: pag 498-502.
155. Fraile L, Abreu MA, Muñoz JC, Alvarez S, Alamo A y Frieyro JE. *El médico de familia y el hospital. Análisis de interconsulta desde una unidad docente de medicina familiar y comunitaria*. Med Clín (Barc), vol. 86; año 1986: pag 405-409.
156. López M, González F, Cassini L, Espejo A, Solís JM y Gómez B. *Derivaciones desde Atención Primaria a Neumología: influencia del modelo asistencial y especialización*. At Prim, vol. 14, nº 7; año 1994: pag 881-886.
157. Irazábal L y Gutierrez B. *¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario?* At Prim, vol. 17, nº 6; año 1996: pag 376-81.
158. Velasco V y Otero A. *Evaluación de la calidad de la información médica entre los niveles de Atención Primaria y Especializada*. At Prim, vol. 11, nº 8; año 1993: pag 406-411.
159. González-Grajera B, Hormeño R y Buitrago F. *Cumplimentación de los nuevos modelos de derivación desde Atención Primaria a los servicios de urgencia hospitalarios*. At Prim, vol. 15, nº 7; año 1995: pag 426-430.
160. Gallego P. *Valoración de la demanda derivada del medio extrahospitalario mediante P-10 a un servicio de urgencias hospitalario*. At Prim, vol. 6; año 1989:

### Bibliografía

pag 61.

161. Santamaría A, Ochoa J y Gómez I. *Análisis de la cumplimentación de los documentos de derivación desde Atención Primaria a Especializada*. Centro de Salud, julio 1.995: pag 539-542.
162. González M, Sánchez C, Delgado A, Orueta R, Baz C y Muñoz F. *Aspectos cualitativos de las interconsultas con el nivel especializado*. Centro de Salud, año 1.995: pag 515-519.
163. García Olmos LM, Pérez-Fernández MM, Bassolo A, Abraira V y Gervás JJ. *Estudios de morbilidad ambulatorias: ¿qué muestra elegir?* At Prim, vol 4, nº 3; año 1987: pag 136-139.
164. Pellicer C, Fullana J, Cremades MJ, Rivera ML y Perpiñá M. *Perfil de una consulta de neumología de ámbito comarcal*. Arch Bronconeumol, vol 32; año 1996: pag 447-452.
165. Collado P, Bañares A, Hernández C, Fernández B, Ramos P, Morado I, Godoy FJ y Jover JA. *Asistencia reumatológica en una consulta externa de un hospital terciario: experiencia de tres años*. Rev Esp Reumatol, vol 23; año 1996: pag 9-16.
166. Gracia-Naya M, Usón-Martín MM y Grupo de Estudio de Neurólogos Aragoneses. *Estudio transversal multicéntrico de las consultas externas de Neurología de la Seguridad Social en Aragón. Resultados globales*. Rev Neurol, 25 (138); año 1997: pag 194-99.
167. Moreno M<sup>a</sup> L, Rodríguez RM, Catalán JB, Bellostas P, Paulize G y Peris FJ. *Estudio de morbilidad en Atención Primaria*. At Prim, vol II, nº 4; año 1985: pag 203-208.

168. Lombardero Rico E. *Estudio de la demanda asistencial en una zona rural de Asturias*. At Prim, vol 2, nº 2; año 1985: pag 73-79.
169. Alfonso Sánchez JL y Sanchís-Bayarri V. *Atención primaria en el medio rural: estudio comparativo con el medio urbano*. Med Clin (Barc), año 1986; vol 86: pag 143-146.
170. De Lorenzo-Cáceres A, Brezmes JA, Serrallé JR y Blázquez P. *Asistencia primaria en el medio rural*. Med Clin (Barc), año 1986: pag 479.
171. Louro A. *Demanda derivada en Atención Primaria*. Med Clín (Barc), vol. , pag 693.
172. Gervás J. *La atención primaria desde un hospital universitario*. Med Clin (Barc) año 1988; vol 90: pag 416-419.
173. Segovia de Arana, JM. *Evolución de la sanidad española*. Med Clin (Barc), año 1993; Vol 100 Supl 1: pag 1-2.
174. Santos FJ, Cerdá M y Aguilar JJ. *Análisis de la consulta externa del servicio de rehabilitación de un hospital general*. Rehabilitación, vol. 24, I; 1990: pag 10-14.
175. Díez J, Machín M, Sánchez de Dios M, Marco P y Arbesu E. *Derivaciones a especialistas de consultas pediátricas de un centro de salud urbano*. At Prim, vol. 14, nº 3; año 1994: pag 680-682.
176. Del Real M, Curto M y Otero JA. *Interconsultas de pediatría con el segundo nivel*. At Prim, vol. 15, nº 6; año 1995: pag 361-368.
177. Pérez B, Echevarría L y Dalmau J. *Experiencia en una consulta externa de gastroenterología y nutrición durante un año*. II Reunión Anual de la Sección de

### Bibliografía

- Pediatría Extrahospitalaria de la AEP. An Esp Pediat, oct 1987: pag 47-48.
178. Antolín J, Américo MJ, Jiménez P, Gómez E, Inglada L y Armas M. *Análisis de la patología de consultas externas en un servicio de Medicina Interna*. An Med Intern (Madrid)
179. Conesa A, Bayas JM, Asenjo MA, Baré L, Manasanch P, Lledó R, Prat A y Salleras Ll. *Calidad percibida por los usuarios de consultas externas de un hospital universitario*. Rev Clín Esp, vol. 192; año 1993: pag 346-351.
180. Maiques J, Alonso J y Paluzie G. *Causas de fallos en consultas externas del hospital de Villadecans de pacientes programados*. Vth Int Symp Qual Ass. Free communications (Health Care, vol. 3, nº 1; año 1988: pag 35-36).
181. Marinker M, Wilkin D y Metcalfe DH. *Referral to hospital: can we do better?* Br Med J, vol 297; año 1988: pag 461-464.
182. Newton J, Eccles M, Hutchison A. *Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain?* Br Med J, año 1992; vol 304: pag 821-24.
183. Casabella B y Pérez J. *Actitudes y comportamiento del médico general de Atención Primaria ante el paciente neurológico*. At Prim, vol. 15, nº 6; año 1995: pag 385-388.
184. Balagué L, Mercader MA y Ruiz C. *Una aproximació a les relacions entre metges de capçalera i especialistes a la comarca d'Anoia*. Ann Med (Barc), vol, 9; año 1991: pag 253-255.
185. Gervás JJ, García L y Pérez MM. *Asistencia médica ambulatoria: estudio estadístico de una consulta de medicina general en la Seguridad Social*. Med Clin

- (Barc), año 1984: vol 82: pag 479-483.
186. Buitrago F y Chávez M. *Análisis de las interconsultas y pruebas complementarias solicitadas por un centro de salud en un periodo de tres años*. At Prim, año 1990; n° 7: pag 200-204.
187. Ruiz FJ, Piqueras V y Aznar JA. *¿Es posible mejorar la asistencia psiquiátrica a través del proceso de derivación?* At Prim, vol. 5, n° 8: año 1995: pag 491-497.
188. Gamero MJ, Bustos J, Cano MJ, Gutiérrez JR y Buitrago F. *Derivaciones de médicos de Atención Primaria a una unidad de salud mental*. At Prim, vol. 17, n° 7; año 1996: pag 445-448.
189. Limón Mora J. *Morbilidad mental en la consulta de medicina general*. At Prim, año 1990; n° 7: pag 89-93.
190. Martínez-Alvarez JM, Marijuán L, Retolaza A, Duque A y Cascán JM. *Estudio de morbilidad psiquiátrica en la poblac atendiad en un centro de salud de Basauri*. At Prim, año 1993; n° 11: pag 127-132.
191. García\_Campayo J, Sanz-Carrillo C y Jimeno A. *Interconsulta atención primaria/psiquiatría: utilización de la consulta única*. At Prim, vol. 13, n° 2; año 1993: pag 136-138.
192. Camacho JJ,, Cayuela A, Díaz MC y Barranquero A. *Derivaciones a salud mental desde un equipo de Atención Primaria*. At Prim, vol. 9, n° 1; año 1992: pag 52-54.
193. Martínez Y, García MA, Arquiaga R y Carrasco AL. *El documento de interconsulta, fuente de información para evaluar la calidad de la comunicación entre los niveles de asistencia*. Centro de Salud, julio 1997: pag 446-450.

### Bibliografía

194. Mimbela MM y Foradada S. *Análisis de la interrelación atención primaria-atención especializada en la derivación de pacientes*. At Prim, vol. 12, nº 2; año 1993: pag 65-70.
195. Concerted Action Committee of Health Services Research for the European Community. *The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care*. Br J Gen Pract, año 1992; nº 56: pag 1-75.
196. Huertas I, Pereiró I, Sanfélix J y Rodríguez R. *Mejora de la calidad de la hoja de interconsulta a través de la información*. At Prim, vol. 17, nº 5; año 1996: pag 317-320.
197. Rivas JC, de Pablo R, Cordero JA y Bonilla J. *Coordinación medicina general-especializada. Evaluación en el área de Burgos*. At Prim, vol. 13, nº 5; año 1997: pag 257-261.
198. Caballero A, Bonal P, de Cea C y Buzón E. *Comunicación entre atención primaria y atención especializada: análisis de los contenidos de los documentos de derivación y retorno de enfermos reumatológicos*. At Prim,. Vol. 12, nº 5; año 1993: pag 260-263.
199. Coulter A, Noone A y Goldacre M. *General paractitioners' referrals to specialist outpatient clinics. I. Why general practitioners refer patients to specialist outpatient clinics*. Br Med J, año 1989; vol 299: pag 304-306.
200. Wilkin D y Smith A. *Explaining variation in general paractitioner referrals to hospital*. Fam Pract, vol. 4, nº 3; año 1987: pag 160-69.
201. Cs RO, Jarman B y White PM. *Do general-practitioners have different "referral thresholds"?* Br Med J, año 1981; vol 282: pag 1037-1039.

202. Evans A. *A study of the referral decision in general practice*. Fam Pract, vol. 10, n° 2; año 1993: pag 104-110.
203. Grace JF y Armstrong D. *Referral to hospital: perceptions of patients, general practitioners and consultants about necessity and suitability of referral*. Fam Pract, vol 4, n° 3; año 1987: pag 170-175.
204. Hartley RM, Charlto JR, Harris CM y Jarman B. *Patterns of physicians' use of medical resources in ambulatory settings*. Am J Pub Health, vol 77, n° 5; año 1987: pag 565-7
205. Eisenberg JM y Nicklin D. *Use of diagnostic services by physicians in community practice*. Med Care, año 1981; n° 19: pag 297-309.
206. Krompie DL y Fleming DM. *General practitioners referrals to hospital: the financial implications of variability*. Fealth Trends, vol 20; año 1988: pag 53-56.
207. Winkens RAG, Kester ADM, Grol RP, Knosttnerus JA, Beusmans GHM y Pop P. *Does a reduction in general practitioners' use of diagnostic tests lead to more hospital referrals?* Br J Gen Pract, june 1995: pag 289-292.
208. Fertig A, Rolund MO, King IL y Moore T. *Understanding variation in rates of referral among general practitioners: are inappropriate referrals important and would guidelines help to reduce rates?* Br Med J, año 1993; vol 307: pag 1467-1470.
209. Roland M. *General practitioner referral rates. Interpretation is difficult*. Br Med J, vol 297; año 1988: pag 437-38.
210. Moore AT y Roland MO. *How much variation in referral rates among general practitioners is due to chance?* Br Med J, vol 298; año 1989: pag 500-502.

### Bibliografía

211. Reynolds GA, Chitnis JG y Roland MO. *General practitioner outpatient referrals: do good doctors refer more patients to hospital?* Br Med J, vol. 302; año 1991: pag 1250-1252.
212. Emmanuel J y Walter N. *Referrals from general practice to hospital outpatient departments: a strategy for improvement.* Br Med J, vol. 299; año 1989: pag 722-24.
213. Oulter A, Seagroatt V y McPherson K. *Relation between general practices' outpatient referral rates and rates of elective admission to hospital.* Br Med J, vol. 301; año 1990: pag 273-276.
214. De Marco P, Dain C, Lockwood T y Roland M. *How valuable is feedback of information on hospital referral patterns?* Br Med J, año 1993; vol 307: pag 1465-66.
215. Jenkins S, Arroll B, Hawken S y Nicholson R. *Referral letters: are form letters better?* Br J General Pract, año 1997; vol. 47: pag 107-108.
216. Donn M. *Are you waiting comfortably?* Nursing times, vol. 84, n° 10; año 1988: pag 29-30.
217. Sadler C. *3.5 million days are lost each year waiting in outpatients' departments.* Nursing Times, vol. 84, n° 10; año 1988: pag 26-28.
218. Duncan M, Beale K, Parry J y Miller RA. *Outpatients: can we save time and reduce waiting lists?* Br Med J, vol. 296; 1988: pag 1247-48.
219. Hamilton W, Round A y Sharp D. *Effect on hospital attendance rates of giving patients a copy of their referral letter: randomised controlled trial.* Br Med J, vol.

- 318; año 1999: pag 1392-95.
220. McGlade KJ, Bradley T, Murphy GJJ y Lundy GPP. *Referrals to hospital by general practitioners: a study of compliance and communication*. Br Med J, año 1988; vol. 297: pag 1246-48.
221. Frankel S, Farrow A y West R. *Non-attendance or non-invitation? A case-control study of failed outpatient appointments*. Br Med J, año 1989; vol. 298: pag 1343-1345.
222. Lloyd M, Bradford C y Webb S. *Non-attendance at outpatient- clinics: is it related to the referral process?* Fam Pract, vol. 19, n° 2; 1993: pag 111-117.
223. Jones RB y Hedley AJ. *Reducing non-attendance in an outpatient clinic*. Public Health, vol. 102; año 1988: pag 385-391.
224. Hull FM y Westerman R. *Referral to medical outpatients department at teaching hospitals in Birmingham and Amsterdam*. Br Med J, año 1986; vol. 293: pag 311-14.
225. Christensen B, Sorensen HT y Mabeck AE. *Differences in referral rates from general practice*. Fam Pract, vol. 6, n° 1; año 1989: pag 19-22.
226. Donald IP y Berman P. *Geriatric outpatient clinics: an audit of clinical action, transport and general practitioner' views*. Age and ageing, vol 18; año 1989: pag 253-257.
227. Levinson DF. *Toward full disclosure of referral restrictions and financial incentives by prepaid health plans*. N Eng J Med, vol. 317, n° 27; año 1987: pag 1729-31.

### Bibliografía

228. Donohoe MT, Kravits RL, Wheeler DB, Chandra R, Chen A y Humphries N. *Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists.* J Gen Intern Med, vol. 14; año 1999: pag 281-286.
229. Cummins RO, Smith RW y Inui TS. *Communication failure in primary care.* JAMA, vol. 243, nº 16; año 1980: pag 1650-52.
230. Glenn JK, Hofmeister RW, Neikirk H y Wright H. *Continuity of care in the referral process: An analysis of family physicians' expectations of consultants.* J Fam Pract, vol. 16, nº 2; año 1983: pag 329-334.
231. Glenn JK, Lawler FH y Hoerl MS. *Physician referrals in a competitive environment. An estimate of the economic impact of a referral.* JAMA, vol. 258, nº 14; año 1987: pag 1920-23.
232. Kolodzik PW. *The economic impact of a Primary Care Clinic.* JAMA, vol. 262, nº 19; año 1989: pag 2684.
233. Williams PT y Peet G. *Differences in the value of clinical information: referring physicians versus consulting specialists.* J Am Board Fam Pract, vol. 7; año 1994: pag 292-302.
234. Bolton P, Mira M, Kennedy P y Lahra MM. *The quality of communication between hospitals and general practitioners: an assessment.* J Qual Clin Practice, vol. 18; año 1998: pag 241-247.
235. Consejería de Salud. Decreto 96/1994, de 3 de mayo, por el que se crea el Area de Gestión Sanitaria de Osuna (B.O.J.A. nº 83, de 7 de junio de 1994; pag 6022-24).
236. Consejería de Salud. Decreto 69/1996, de 13 de febrero, por el que se modifica el 96/1994, de 3 de mayo, por el que se crea el Area de Gestión Sanitaria de Osuna

(B.O.J.A. nº 37 de 23 de marzo de 1996; pag 2996)

237. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas 98. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Pag 201-210.
238. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades (9ª Revisión). Modificación Clínica.. Edición 1989. Madrid.
239. López-Pisón J, Baldellou A, Rebage V, Arana T, Gómez-Barrena V y Peña-Segura JL. *Estudio de la demanda asistencial de Neuropediatría en un hospital de referencia regional*. Rev Neurol, vol 25 (146); año 1997: pag 1535-1538.
240. Conde García, FJ. *Proyecto de organización y funcionamiento*. Hospital de la Merced. Servicio de Medicina Interna, año 1996, pag 89-95.
241. Kolodzik PW. *The economic impact of a primary care clinic*. JAMA, vol. 262, nº 19; año 1989: pag 2684.
242. Richardson A. *Outpatient consultations*. Br Med J, vol 296; año 1988: pag 1796.
243. Pertusa S, Bueno JM, Palacios A y Quirce F. *Sistema de cita previa: tiempo de espera anteconsulta*. At Prim, vol. 8, nº 11; año 1991: pag 986-87.
244. García Gallego JJ, Montero Pérez FJ, Martínez de la Iglesia J y Jiménez López J. *Análisis cualitativo de derivaciones de segundo nivel*. At Prim, nº 7; año 1990: pag. 73-74.
245. *La gestión clínica reduce el tiempo de demora en consultas externas*. DM, miércoles, 7 julio; 1999.

### Bibliografía

246. Rego S. *Las consultas de alta resolución reducen el número de ingresos*. DM, lunes, 26 julio; 1999: pag 5.
247. Costa J, Juvanet N, Pérez AC, Vega MD, Castillejo J y Serra N. *Experiencia de programación de consulta externa hospitalaria desde la Atención Primaria*. 3<sup>er</sup> Congreso de la S.E.S.P.A.S. (S-24)
248. M.A. *El aumento de la oferta de especializada sube la demanda*. DM, jueves 10 de junio; 1999.
249. *Los servicios del hospital, cada vez más próximos a la primaria*. DM, jueves, 15 julio; 1999
250. Junta de Andalucía (documento interno). *Modelo de financiación de los centros de gestión del SAS. Ingresos y gastos por primeras consultas en los presupuestos por Distritos y Hospitales*; noviembre, 1998.
251. Junta de Andalucía. Plan Andaluz de Salud. Proyecto: relaciones entre Centros; noviembre 1998.
252. Harrison R, Clayton W y Wallace P. *Can telemedicine be used to improve communication between primary and secondary car?* Br Med J, vol 313; año 1996: pag 1377-1381.
253. Sánchez Mollá M, Tóvar J y Medina MA. *Concordancia diagnóstica entre los médicos de atención primaria y los reumatólogos*. At Prim, vol 13, nº 8; año 1994: pag 446-448.
254. Buitrago F. *Relación entre niveles asistenciales*. At Prim, vol. 17, nº 4; 1996: pag 239-240.

255. French JA, Stevenson CH, Eglinton J, y Bailey JE. *Effect of information about waiting lists on referral patterns of general practitioners*. Br J Gen Pract, n° 40; año 1990: pag. 186-189.
256. Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, y Gort G. *A study of communication between general practitioners and specialists*. Br J Gen Pract, n° 40; año 1990: pag. 445-449.
257. Alvarez S, Caballero MA, Nieto R y Latorre C. *Cómo mejorar el acceso de médicos de familia a sus pacientes ingresados: ideas para facilitar la comunicación entre Atención Primaria y el hospital*. MEDIFAM 2000, vol 10; n° 6: pag 383-387.
258. Muñoz Hernández JG, Cortejoso Hernández FJ, Alonso del Teso F, Recio Córdova JM y Velasco Martín A. *Análisis comparativo del consumo y la calidad de prescripción en tres modelos asistenciales*. Farm Clín, vol. 15, n° 6; año 1998: pag. 316-325.
259. Recio JM, Cortejoso FJ y Velazco A. *Análisis de la calidad de prescripción de medicamentos en las consultas externas de un medio hospitalario*. Farm Clin, vol. 13, n° 1; año 1996: pag 14-24.
260. Ferriols Lisart R, Navarro Sanz R, García Cervera J y Errando Mariscal E. *Utilización de medicamentos en un hospital de asistencia a crónicos y larga estancia*. Farm Clin, vol. 15, n° 8; año 1998: pag. 469-480.
261. Servicio de Farmacia hospitalaria. Hospital Universitario Virgen Macarena. Consumo de medicamentos año 1996.
262. Cabeza J, García MA, Borrego JM, Moreno FC y Aguirre T. *La prescripción farmacológica en las consultas externas, centros periféricos de especialidades y*

### Bibliografía

- servicio de urgencias del hospital*. Farm Hosp, vol. 20 (6); año 1996: pag 359-64.
263. Gómez Domingo, MR y Suñe Arbussà JM. *Dispensación ambulatoria en un hospital de nivel terciario*. Farm Hosp, vol. 20 (5); año 1996: pag 289-294.
264. Rodríguez-Legido C. *La medida de la satisfacción con la atención en salud: Andalucía 1984-1992*. Gac Sanit, vol. 9, nº 50; año 1995: pag 311-315.
265. Quintana JM<sup>a</sup> , Aróstegui I, Arcelay A, García M, Ortega M y Candelas S. *Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales agudos*. Gac Sanit, vol 13, nº!; año 1999: pag 38-45.
266. Martínez Sánchez G. *La dispepsia funcional: un problema frecuente en atención primaria*. Gastroent y Hepatol. Vol 23, supto. 2; año 2000: pag. 7-13.
267. Antigüedad Zarranz A. *Enfermedades cerebrovasculares. Isquemia*. Medicine, 7<sup>a</sup> serie, nº 90, junio, 1998; pag. 4.180-87
268. García-Testal A, Sancho Blasco F, Julve Pardo R, Puche Pinazo E y Rabanaque Mallén G. *Estudio de las derivaciones de atención primaria a salud mental: ¿qué coincidencia existe entre los motivos de derivación y el diagnóstico del especialista?* At Prim. Vol 22, nº 4; año 1998: pag. 233-238.