Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria

J. P. Alonso Pérez de Ágreda[1] **/ M. Febrel Bordejé**[2] **/ J. Huelin Domeco de Jarauta**[3]
[1]Servicio de Planificación e Información Sanitaria. Diputación General de Aragón. Zaragoza.
[2]Servicio de Promoción de la Salud y Participación Comunitaria. Diputación General de Aragón. Zaragoza.
[3]Hospital Miguel Servet. INSALUD. Zaragoza.

Correspondencia: Juan Pablo Alonso Pérez de Ágreda. Servicio de Planificación e Información Sanitaria. Diputación General de Aragón. Paseo María Agustín, 36. 50004 Zaragoza. Correo electrónico: jpalonso@aragob.es.

Este estudio se ha financiado con la beca del Fondo de Investigaciones Sanitarias n.º 97/0575.

Recibido: 7 de mayo de 1999
Aceptado: 5 de noviembre de 1999

(Factors related to inappropriate referral between primary and specialized care: qualitative study among primary care physicians)

Resumen

Objetivo: Caracterizar los factores que, bajo la perspectiva del médico de atención primaria, influyen en la derivación inadecuada desde la atención primaria a la atención especializada.

Métodos: Se realizaron dos grupos de discusión y dos entrevistas semiestructuradas con médicos de atención primaria. Con objeto de obtener todas las posibles variantes discursivas se definió el perfil de cada integrante según variables relacionadas con la derivación inadecuada descritas en estudios previos. Las conversaciones fueron recogidas en cinta magnetofónica y transcritas literalmente en papel. Se analizaron los factores relacionados con la derivación inadecuada teniendo en cuenta la frecuencia de aparición y la capacidad de generar discusión.

Resultados: El concepto de derivación inadecuada que tienen los médicos de atención primaria incluye otros significados aparte de derivar lo que puede ser resuelto. La derivación, aunque sea inadecuada, se entiende que está motivada o justificada la mayor parte de las veces. Los factores relacionados con la derivación inadecuada se pueden dividir en cuatro grupos: 1) relacionados con el paciente y la relación médico-paciente: presión ejercida sobre el médico, relacionada a su vez con la creencia en la mayor competencia del nivel especializado, el derecho a ser visto por especialistas y la presión de los medios de comunicación; 2) relacionados con el sistema sanitario: falta de coordinación entre niveles, presión asistencial, falta de medios y proximidad al nivel especializado; 3) relacionados con los médicos de atención primaria: falta de formación y práctica de una medicina defensiva, y 4) relacionados con los especialistas: competencia profesional y relación con los pacientes.

Conclusiones: Resulta aparente un gran distanciamiento entre la atención primaria y la especializada que produce problemas de funcionamiento en el sistema sanitario. Los factores implicados son difíciles de abordar para tomar medidas de prevención y control. Varias de las opiniones de los médicos de atención primaria sobre la derivación inadecuada no están fundadas sobre la evidencia disponible. Se debe continuar con

Abstract

Objective: To characterise the factors that, from a primary care physician's point of view, are related to inappropriate referral from primary to specialised health care.

Methods: We conducted two focus groups and two semi-structured interviews with primary care physicians. Each of the participant's profiles was defined according to variables related to inappropriate referral found in previous studies. Discussions were recorded on audio tape and later transcribed verbatim onto paper. We analysed the factors related to inappropriate referral according to frequency and capacity for generating discussion.

Results: Primary care physicians have different concepts regarding inappropriate referral, besides health problems that can be solved in primary care. Inappropriate referral is usually justified. Factors related to inappropriate referral can be divided into four groups: 1) related to the patient and patient/doctor relationship: pressure exerted on the primary care physician, caused by a belief in specialists' greater competence, the right of the patient to specialist referral and mass media pressure; 2) related to the health system: lack of coordination between care levels, consultancy time pressure, lack of equipment and distance to the specialist; 3) related to primary care physicians: lack of training and defensive medical practise; 4) related to specialists: professional competence and behaviour with patients.

Conclusions: A notable gap can clearly be seen between primary and specialised care, and this generates problems in the health system. It is difficult to implement prevention and control measures with the factors related to inappropriate referral. Primary care physicians form opinions that are not based on available evidence. Further research is needed in both qualitative and quantitative fields.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

la investigación cualitativa de otros agentes implicados y también con la investigación cuantitativa de varios de los factores reconocidos.
Palabras clave: Derivación inadecuada. Investigación cualitativa. Atención primaria.

Key words: Inappropriate referral. Qualitative research. Primary health care.

Introducción

Las funciones básicas de la atención primaria (AP) son dos: resolver un porcentaje elevado de los problemas de salud de las personas y derivar adecuadamente al nivel especializado los problemas de salud no resueltos en el nivel primario. La derivación sería aquella situación en la que se produce una transferencia de la responsabilidad (en todo o en parte) del cuidado del paciente desde el médico de AP al especialista[1]. La atención especializada se concibe así como un apoyo y complemento de la atención primaria, atendiendo aquellos procesos cuya complejidad exceda la capacidad de ésta[2].

Esta segunda función de derivación supone un filtro o «gatekeeping» de la atención primaria respecto al nivel especializado, que tiene por objeto aumentar el valor predictivo positivo de las pruebas diagnósticas del nivel especializado y evitar la yatrogenia y el despilfarro o uso indebido de las pruebas[3-5]. En teoría, sólo dos razones debieran explicar las derivaciones a la atención especializada (AE): la casuística en AP y la disponibilidad de servicios u oferta[6,7]. Sin embargo, se han constatado amplias variaciones de las tasas de derivación a la AE, tanto en España[8-18] como en otros países[6,7]. Esto hace suponer que se produce derivación inadecuada (DI), cuando se deriva un problema desde AP a AE que puede ser resuelto en la AP.

La decisión de derivar dentro de la AP depende de varios factores: el paciente, el médico de AP, el especialista al cual se deriva y la estructura del sistema sanitario. Los factores que influyen en la adecuación de la derivación no son bien conocidos, ya que los estudios de la adecuación de la derivación de AP a la AE son todavía escasos[19-21], frente a los ya numerosos estudios de utilización innecesaria de la hospitalización. Los estudios de la derivación[22] se pueden dividir en estudios cuantitativos[19-21] —número de derivaciones y variaciones en la práctica médica— y cualitativos —estudios de la calidad de la información y estudios de la adecuación de la derivación—[23].

La metodología de tipo cualitativo puede ayudar a conocer mejor los factores que influyen en la DI[24-29]: La derivación es un problema complejo que resulta difícil reducir a sus partes, por lo que requiere un enfoque global. Este tipo de enfoque permite descubrir factores hasta ahora desconocidos, y contribuye a explicar y comprender mejor los que ya se conocen. Por último, la información obtenida puede aportar datos para mejorar el diseño de otros estudios de enfoque cuantitativo para medir la DI y sus causas.

El objetivo de este estudio ha sido caracterizar los factores que influyen en la derivación inadecuada desde la atención primaria a la atención especializada.

Sujetos y métodos

La metodología empleada es el grupo de discusión[25, 30-33] con médicos de atención primaria. A pesar de que existen otros agentes que pueden influir en la DI, como son el paciente, el especialista e incluso gestores sanitarios, en este estudio nos hemos centrado en los médicos de AP, ya que son el agente principal en la DI por lo que nos referiremos exclusivamente a ellos.

El diseño muestral es diferente a la metodología cuantitativa, ya que el objetivo es obtener representatividad estructural (no estadística)[25]: recoger el abanico de opiniones respecto a los factores que influyen en la DI. Se definieron tres grupos de discusión con una composición mixta de participantes según las variables que resultaron significativamente asociadas con la DI en un estudio previo[19]: isocrona (tiempo necesario para acudir desde la AP a la AE), docencia (impartición o no de formación de postgrado en el centro) y tiempo de funcionamiento como centro consolidado, además de otras variables que no resultaron estadísticamente significativas (tamaño del cupo atendido, años de experiencia y tipo de formación recibida). En la tabla I figura la composición prevista de los grupos y las personas que finalmente acudieron. Para el grupo 1 se escogieron personas con características diversas respecto a las variables significativamente asociadas para conseguir variabilidad en las opiniones. Los grupos 2 y 3 fueron definidos según la isocrona, por ser un factor asociado con la DI, y para comprobar diferencias entre ellos. Al resultar la información obtenida similar no se programaron más grupos.

Se buscaron profesionales de AP de la provincia de Zaragoza a través de las gerencias de atención primaria del INSALUD, que respondieran al perfil buscado, con disposición para participar, y que no se conocieran entre sí ni a los investigadores. En un primer contacto telefónico se preguntó a los candidatos si estaban dispuestos a participar en un estudio relacionado con el funcionamiento de la atención primaria, sin especificar

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tabla I. Perfil previsto y real de los participantes

	Acudió	Código
Grupo N.º 1		
1. Isocrona > 30', consolidado, experiencia	Sí	G1-1
2. Isocrona > 30', no consolidado, no docencia	Sí	G1-2
3. Isocrona > 30', consolidado, especialista	Sí	G1-3
4. Isocrona < 30', consolidado, docencia	Sí	G1-4
5. Isocrona < 30', no consolidado, no docencia	No	
6. Isocrona < 30', consolidado, no docencia	Sí	G1-5
7. Isocrona < 30', no consolidado, experiencia	No	
8. Sustituto larga duración	Sí	G1-6
9. Interino, especialista	Sí	G1-7
Grupo N.º 2 (isocrona < 30')		
1. Cupo grande, experiencia, formación	No	
2. Cupo grande, experiencia, no formación	Sí	G2-1
3. Cupo grande, no experiencia, formación	No	
4. Cupo grande, no experiencia, no formación	Sí	G2-2
5. Cupo pequeño, experiencia, no formación	Sí	G2-3
6. Cupo pequeño, no experiencia, formación	No	
7. Docencia, alto grado de frecuentación	Sí	G2-4
8. Docencia, formación, interino	No	
9. Docencia, no formación, interino/sustituto	No	
Grupo N.º 3 (isocrona > 30')		
1. Cupo grande, experiencia, formación	Sí	E1
2. Cupo grande, no experiencia, formación	No	
3. Cupo pequeño, no experiencia, sin formación	Sí	E2
4. Cupo grande, no experiencia, sin formación	No	
5. Cupo pequeño, experiencia, sin formación	No	
6. Docencia, alto grado de frecuentación	No	
7. Docencia, formación, interino	No	
8. Docencia, no formación, interino/sustituto	No	

en concreto de qué se trataba. A las personas que accedieron se les envió una carta por correo o fax y se les volvió a recordar telefónicamente 2-3 días antes de la reunión.

Al primer grupo de discusión (G1) asistieron siete de los nueve médicos convocados, al segundo (G2) cuatro de nueve, y al tercero dos de ocho. En este último caso, como el número de participantes era insuficiente para desarrollar un grupo de discusión, realizamos con estas personas entrevistas semiestructuradas (E1 y E2). En la tabla I figura el código de cada una de las personas que acudieron, con el que se identifican las citas textuales que se dan en el apartado de resultados. Para desarrollar cada sesión, el moderador utilizó de manera idéntica en las tres ocasiones un encuadre que presentaba el tema a discutir (Anexo 1) y un guión de la discusión (Anexo 2) previamente preparados. La duración de los grupos y las entrevistas fue similar, de una hora y media aproximadamente, al final de los cuales el discurso estaba saturado. En general se apreció muy buena disposición al diálogo en los participantes y la dinámica de conversación fue fluida.

Anexo 1. Encuadre del grupo de discusión

Buenas tardes. Mi nombre es (moderador) y también contamos con (relator).
Lo que vamos a realizar hoy es un grupo de discusión que forma parte de un estudio que se está realizando dentro de un proyecto de investigación cuyo tema de estudio es la derivación inadecuada de atención primaria a atención especializada. Un grupo de discusión es un espacio en el que se reúnen a un grupo de personas para debatir un tema de interés o estudio. La duración prevista es de hora y media como máximo. Os agradecemos de antemano vuestra participación, pues estamos seguros que va aportar información valiosa a la investigación y puede contribuir a conocer mejor algunos aspectos de nuestro sistema sanitario, y quizás a mejorarlo en algo. Es muy importante que todos participéis. Para recoger vuestras intervenciones usaremos una grabadora y tomaremos algunas notas. Esto tiene por finalidad recoger vuestros comentarios fielmente para que posteriormente puedan ser analizados. Por supuesto, todo lo que aquí se diga es confidencial y en ningún momento aparecerán vuestros nombres asociados a esas opiniones. Nos interesa vuestra opinión personal, no lo que le diríais a vuestros superiores. No hay repuestas correctas o incorrectas y nosotros no somos expertos en el tema, sólo intentamos recoger vuestras opiniones y valoraciones personales sobre el tema. Con posterioridad al análisis os serán enviados los resultados.
Nos gustaría que quedase muy claro que el tema del que queremos que expreséis vuestra opinión y discutáis es la derivación inadecuada de primaria a especializada y para ello, puede ser interesante dejar claros algunos puntos:

- Como sabéis, el sistema sanitario está dividido en dos niveles asistenciales: atención primaria y atención especializada.
- Las funciones de la atención primaria son fundamentalmente dos: 1) resolver una gran parte de los problemas de salud de los ciudadanos (el 80-90%, aproximadamente) y 2) derivar al nivel especializado los problemas de salud no resueltos.
- Esta segunda función, de «filtro», es muy importante, ya que se trata de enviar personas con problemas que no pueden ser resueltos en el primer nivel, evitar la yatrogenia y el uso indebido de pruebas diagnósticas, todo ello con la finalidad de mejorar la calidad de la atención.
- En concreto, como ya os hemos adelantado nos interesa la derivación inadecuada realizada desde la atención primaria a los centros de especialidades, por el procedimiento ordinario. En esta derivación se transfiere la responsabilidad del enfermo al nivel especializado. Queremos saber qué factores de todo tipo influyen en que esta derivación se haga correctamente o no.
- Por tanto, no se trata de la simple consulta a un especialista de otro nivel, para pedir opinión sobre un caso. Tampoco se trata de las derivaciones a urgencias o directamente a los hospitales. Tampoco nos interesa el uso adecuado de pruebas diagnósticas, de los tratamientos o de la organización del sistema sanitario.
- En definitiva, queremos que os centréis en el tema concreto de cuáles son los factores que influyen en que se derive inadecuadamente a pacientes desde atención primaria a atención especializada.

¿Qué opináis sobre el tema?

Las conversaciones registradas en las cintas grabadas en los tres grupos fueron transcritas literalmente en procesador de textos por una persona externa al grupo de investigación. Posteriormente, estas transcripciones fueron revisadas por separado por moderador y relator de cada grupo, comparándolas con las grabaciones para detectar posibles omisiones y errores, y completándolas con observaciones sobre el lenguaje no verbal de las sesiones. Las transcripciones resultantes fueron analizadas, en primer lugar, separa-

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Anexo 2. Guión del grupo de discusión. Derivación inadecuada de atención primaria a atención especializada

1. Opinión de los participantes acerca de la idoneidad/adecuación de las derivaciones de atención primaria a atención especializada.
2. Cuáles son los factores que creen que influyen: en letra normal, los utilizados en el estudio previo[19] (con asterisco los que resultaron significativamente asociados a la derivación inadecuada), y en cursiva factores añadidos para este estudio.

— De accesibilidad:
  — Isocrona (≤ 30',> 30')*

— De entorno:
  — Docencia (sin docencia, con docencia)*
  — Historia (≤ 24 meses, > 24 meses)* (centro consolidado o no)
  — Frecuentación (< 4, 4-6, > 6)
  — *Momento de la consulta (inicio o final)*
  — *Día de la semana (lunes o viernes)*

— Del médico:
  — Cupo (≤ 1500, > 1500)
  — Años experiencia (≤ 15, > 15)
  — Formación (especialista, otros)
  — Contrato (no fijo, fijo)
  — Farmacia (≤ 10.000 ptas., > 10.000 ptas.)
  — *Sustituto/interino o plaza fija*
  — *Influencia por experiencias de responsabilidad civil de otros compañeros*
  — *Sexo (mujer, varón)*

— Del paciente:
  — Sexo (mujer, varón)
  — Estado socioeconómico (media-media, media-baja, baja)
  — Edad (≤ 75, > 75)
  — *Relación personal con el médico (confianza, desconfianza...)*
  — *Experiencia de familia o amigos*
  — *Gravedad sentida del problema de salud*
  — *Urgencia de la situación*

— Del nivel especializado:
  — *Saturación de las consultas*
  — *Accesibilidad de los especialistas*
  — *Incomunicación entre niveles*
  — *Trabas burocráticas*

damente por dos de los investigadores, en busca de las opiniones, actitudes y motivaciones de los participantes respecto a la DI. El análisis detallado consistió en buscar los factores que en opinión de los participantes están relacionados con la DI, basándose en dos criterios: el peso que tienen en el discurso de los grupos (número de veces que aparecen) y en el «eco» o capacidad de generar discusión entre ellos[34, 35]. Estos factores fueron clasificados y se recogieron los fragmentos de la transcripción en los que se basaron. Los dos investigadores pusieron en común sus resultados en varias sesiones de discusión, que fueron por último comparados y debatidos con los de un tercer investigador que tuvo acceso a las transcripciones, pero que no participó en los grupos.

Resultados

Concepto de derivación inadecuada

Para los médicos de AP, la DI aparece como un problema de gran complejidad en el que se interrelacionan numerosos factores. El primer problema evidente es que surgen acepciones distintas del concepto de DI. En primer lugar hay DI si un problema de salud se envía a la AE pudiéndose resolver en AP (coincidiendo con el planteamiento del proyecto de investigación que de forma implícita aparece en el encuadre). En segundo lugar, existe DI cuando no se deriva al paciente a la especialidad correcta:

(...) el tema de entender qué es una derivación inadecuada a nivel de especializada lo tiene muy claro, es lo que no es de su especialidad... (G1-7)

En tercer lugar, cuando no se logra resolver el problema de salud en AE:

Esa sí que es una derivación inadecuada, desde mi punto de vista (...). Porque no te solucionan el problema. (G1-5)

En cuarto lugar, cuando se envía al paciente de una consulta especializada a otra a través del médico:

Y luego, luego otras de las derivaciones que a lo mejor nos imputan a nosotros como inadecuadas son a veces derivaciones entre especialistas que nos las hacen pasar por nosotros... (G1-2)

Por último, existe también una «no derivación inadecuada»:

(...) a mí me parece que también es una derivación inadecuada cuando el tiempo que tienes desde que tú derivas y el tiempo que lo asume el especialista es tan prolongado que terminas asumiendo tú lo que debías haber derivado... (G1-2)

Un aspecto fundamental que aparece repetidamente es el hecho de que la DI está siempre justificada, defendiéndose así de la aparente alusión contra ellos que supone el mismo tema de debate:

Pero no sé si es inmotivada, o sea no sé si es inadecuada, pero motivada sí que está. (E2)

Este planteamiento de si la DI existe realmente ha llevado también a una sensación de ataque contra la AP, a la que se «culpabiliza» de la existencia de las DI. Frente a este ataque, los profesionales de la AP responden con un fuerte sentimiento de grupo («nosotros») en contra de la AE («ellos»).

Detrás de este estudio de investigación sospecho que no hay ningún primario, quiero decir porque ya la hipótesis de partida es que existe la derivación inadecuada. (G1-4)

Los factores relacionados con la DI se pueden clasificar en cuatro grupos: dependientes del paciente, del sistema sanitario, de los propios médicos de AP y del nivel especializado.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Factores relacionados con el paciente

Entre los factores que se relacionan con el paciente, los más importantes son la presión del enfermo y su relación de confianza con el médico. Otros factores serían el tipo y complejidad de la patología y el nivel socioeconómico y cultural de los pacientes.

La presión que ejerce el enfermo para ser enviado al nivel especializado es un factor considerado de gran importancia por los médicos de AP, que a su vez lo relacionan con una serie de factores. Entre ellos está la mayor confianza del paciente en la cualificación y equipamiento de la AE:

Es una parte por falta de confianza del paciente y luego es una parte de que el paciente no se conforma, cuando tú le dices al artrósico por ejemplo, que es un caso muy típico, oiga mire, es que si no se opera, pues un poquito de rehabilitación, la medicación cuando le duela y tal (...). No se conforma. Él piensa que si no va al especialista, que es el que le va a decir ya la última palabra... (G2-1)

También señalan como importante la exigencia del derecho a ser visto por especialistas:

— (...) pero cuando, cuando te presionan tanto, que... (G1-2)

— Que lo mandas. (G1-7)

— Que lo tienes que mandar cada seis meses. (G1-2)

— (...) y te dice y ahora usted me hace radiografías y me manda al especialista. (G2-3)

— Te lo dicen, te lo exigen, o si no se cambian de médico echando virutas. (G2-4)

Los médicos de AP atribuyen la DI a la presión de los medios de comunicación:

Simplemente la campaña del telediario de hace tres meses «Si le duele la cabeza consulte a su neurólogo» hace que el porcentaje de derivaciones inadecuadas suba... (G1-7)

Por último, está la creencia de los pacientes de que cualquier problema de salud tiene solución.

Hay una cultura de que los médicos, unos más y otros menos, resuelven absolutamente todo y hay una prueba nueva y hay un medicamento nuevo, es un bombardeo de desinformación tal, en el periódico, en televisión y tal, que luego es muy difícil explicarles. (G2-2)

Otro factor que en su opinión condiciona la DI es la confianza (o relación) médico-paciente, que requiere mucho tiempo para crearse y puede ser destruida fácilmente. Los pacientes opinan que el médico de AP tiene que conocer todos los problemas de salud, por lo que no puede conocerlos en profundidad. Por otro lado, los médicos de AP son conscientes de su situación y el modelo de atención les permite desarrollar una medicina más integral que conduce a tener más confianza con los pacientes. Ésta va a depender también de los contactos que haya tenido previamente con el sistema, y en todo caso es una tarea que lleva tiempo.

Existe una creencia popular de que el médico de atención primaria no entiende mucho de todo, o sabe poco de todo, ese es un factor. (G1-1)

Lo que está claro es que, lo tengo clarísimo eh, que la media del médico de atención primaria asumimos la responsabilidad del paciente en general, o sea lo vemos al paciente en medicina integral como persona, como parte de la sociedad y de la familia. (G2-4)

Entonces la confianza que ponen en ti, se consigue un poco con los años o con el tiempo y con el resultado de lo que vas haciendo. (G1-5)

Los médicos de AP también relacionan la DI con patologías que implican gravedad y/o complejidad:

Claro, que nos encontramos con patologías, pues bueno en el terreno de vértigos, inestabilidad, etc, seguramente que ahí, todos hacemos derivaciones pues que, derivaciones mal hechas porque bueno, es un tema tan, tan, tan difícil. (G1-3)

Por último, dentro de los factores relacionados con el paciente, está su nivel socioeconómico y cultural:

Un paciente que tiene un nivel sociocultural elevado es el que te entra y te dice, mire yo preferiría que me hiciera láser ya porque esto, y el que no tiene ninguno te viene y te dice el grano éste que me ha salido que usted cree que me ha crecido y tal, me lo quito. (G1-7)

Factores relacionados con el funcionamiento y organización del sistema sanitario.

El segundo grupo de factores implicado en la DI es el de aquellos relacionados con el funcionamiento y organización del sistema sanitario, entre los que se encuentran la presión asistencial, la falta de coordinación entre niveles, la falta de medios diagnósticos y/o terapéuticos y la accesibilidad al sistema.

La presión asistencial es para ellos un factor fundamental que incide en una baja calidad de la atención, escasez de tiempo y necesidad de derivación:

Ante el desbordamiento, pasando de todo, pues le envías. (G1-2)

Es que con más de 40 en la consulta no puedes hacer más que burocracia, y que no te hagan pensar más, eh. (G2-2)

Uno de los problemas más importantes según los médicos de AP es la falta de coordinación entre niveles, que lleva a una postura de enfrentamiento entre la AP y la AE, aunque su experiencia es positiva cuando trabajan de manera conjunta. También señalan que cuando hay protocolos de derivación establecidos mejora la derivación, aunque se quejan de que están realizados siempre por especialistas:

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

— Se nos ha presentado unos nuevos protocolos de derivación, entre, donde que pone... pues una serie de cosas, no? (G1-7)

— Unilaterales. (G1-3)

— Unilaterales no?, siempre es unilateral. (G1-4)

— Siempre es unilateral. (G1-7)

La falta de medios diagnósticos y terapéuticos condiciona también la producción de DI, así como la accesibilidad del nivel especializado, por las dificultades que supone para desplazamientos largos de pacientes:

Porque un médico que está formado, no te digo en todo, pero sí a lo mejor en temas que va a derivar, por imposibilidad de solicitar pruebas complementarias concretas que yo pienso que puede interpretar correctamente. (G2-3)

En el medio rural yo he visto que hay dos diferencias, la gente no quiere ir tanto al especialista por la distancia, porque estoy en (...), entonces le cuesta ir porque hay 90 kilómetros y les cuesta desplazarse. (G1-3)

Factores relacionados con los médicos de atención primaria.

El tercer grupo de factores relacionados con la DI tiene que ver con características propias de los médicos de AP, que entre otras reconocen la influencia de su falta de formación en la DI:

La mayor parte de los médicos que en este momento está en primaria pues tienen o tenemos unos conocimientos pues seguramente insuficientes, insuficientes para resolver pues toda la pluripatología que nos llega, y entonces muchas veces derivamos cosas que en otros centros o que otros médicos u otros profesionales no derivan pues por que probablemente están mejor preparados y no necesitan derivar. (G2-1)

Asimismo, la existencia de temas o áreas de la medicina de mayor interés y preferencia personal conlleva mayor calidad de la derivación en detrimento de otras. Por otra parte, señalan el aumento de la práctica de una medicina defensiva por temor a posibles consecuencias legales, lo que genera DI:

Cada uno de nosotros tenemos temas que son sobre los que nos desenvolvemos mejor, o porque nos gustan más, porque los hemos tocado, porque los tocas más, entonces en esos derivas muy bien y lo haces fenomenal y hay otros temas, bueno pues que son verdaderas lagunas y que dudas. (G1-7)

Yo llevo alrededor, cerca de veinte años ejerciendo y ha cambiado muchísimo, ha cambiado muchísimo, claro yo no me considero viejo, pero ya tiene uno su experiencia ¿no? Ahora es que existe la sensación de que te pueden empapelar en cualquier momento, ¿eh? (E1)

Finalmente, dentro de los factores relacionados con los médicos de AP está su edad y experiencia:

Desde luego no puedes pretender que una persona, yo qué sé, de 50 y tantos años o 60 se recicle a lo mejor, porque ya su futuro ya no está allí. Su futuro está a lo mejor en retirarse. (G2-1)

Factores relacionados con los médicos del nivel especializado.

Por último, y como cuarto grupo de factores, los médicos de AP señalan también que el nivel especializado influye en la producción de DI, debido tanto al trato personal con los pacientes como al desprestigio de los médicos de AP que en ocasiones produce con sus actuaciones.

(...) mandas a determinadas especialidades, a determinados especialistas a la gente y sabes que la gente viene contenta, pero hay quien... hay especialistas pues que la gente no viene contenta y tienes una queja sobre otra. (E1)

(...) que derivas a una persona al especialista y el especialista te echa el trabajo por tierra. (...) pues ha llegado el especialista y ha dicho, no, pues en vez de septrin va a tomar usted abactrin. Con lo cual el enfermo eso no lo entiende porque es otra cosa y te ha tirado todo el trabajo por tierra. (G1-3)

Discusión

El fenómeno de la adecuación de la derivación es complejo y presenta aspectos de difícil valoración. El uso de metodología cualitativa permite investigar variables que no se tienen en cuenta en estudios cuantitativos, así como caracterizar mejor las que ya se conocen. Creemos que la variabilidad encontrada refleja el abanico de opiniones presente entre los médicos de AP, que respecto a la gran mayoría de factores estudiados han sido muy uniformes en las tres sesiones. Por otra parte, la transcripción literal, los controles cruzados y el análisis independiente entre los investigadores nos hace confiar en la validez de los resultados.

No resulta posible la comparación con otros estudios, ya que no existen precedentes de estudios cualitativos en nuestro país, y la comparación con otros países no es aconsejable por la singularidad de los sistemas sanitarios. Aunque existen escasos precedentes de estudios cuantitativos[19-21], determinados factores como la accesibilidad y el funcionamiento de los centros aparecen también reflejados en este estudio.

Los resultados obtenidos deben ser objeto de valoración en dos vertientes fundamentales, en primer lugar en qué grado están fundados sobre la evidencia disponible, y en segundo lugar cómo es posible influir sobre ellos para disminuir la DI.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Las acepciones sobre el concepto de DI son varias, yendo más allá del significado inicial que se proporcionó en el encuadre: derivar algo que se puede resolver en AP. Compartimos dos de las nuevas acepciones que han salido en los grupos: la derivación a una especialidad incorrecta y la interconsulta entre especialistas pasando a través del médico de AP. Sin embargo, parece incorrecto considerar como tales las siguientes: cuando no hay resolución del problema en el nivel especializado, cuando se utiliza el criterio personal de cada médico, y sobre todo, equiparar su justificación a DI.

Entre los factores relacionados con el paciente, la presión del enfermo, y los distintos fines que ésta persigue, constituye el principal motivo de DI señalado por los médicos de AP. Sin embargo, una derivación es inadecuada cuando debiendo resolverse el problema en AP el médico cede a la presión. Resulta evidente el desconocimiento de la organización del sistema sanitario: no se trata de realizar una medicina diferente según el nivel (AP o AE), sino que se trata de la misma medicina y los mismos pacientes, con niveles de complejidad distintos. La mayor parte de los problemas de salud deben ser resueltos en AP, aunque sean potencialmente graves o complejos: de ahí la función de filtro[3,4]; sólo cuando requieran por su complejidad ser atendidos en AE deben ser derivados. Por otra parte, resulta complicado medir un factor como la presión del enfermo en la influencia sobre la DI.

Otro de los aspectos más ampliamente debatido es la influencia que ejercen sobre el paciente los medios de comunicación. Se trata de una información centrada en los grandes avances tecnológicos que hacen creer al usuario la necesidad de acudir a ellos en todo momento. Sin embargo, hace más de veinte años que Laframboise demostró que las grandes inversiones en el sistema sanitario hacen variar en muy poco el nivel de salud de una población.

La relación de confianza entre el médico y el paciente puede reducir la DI, pero una falta de confianza no la justifica. Por último, existe evidencia de que niveles socioeconómicos y culturales bajos o altos tienen una demanda mayor de servicios sanitarios, bien sea en cantidad o calidad.

En segundo lugar, respecto a los factores atribuibles al sistema sanitario, la presión asistencial es con ventaja el que más relacionan con la DI, aunque curiosamente la asociación entre presión asistencial y derivación es pobre o negativa[36]. Se pueden dar varias explicaciones a este problema: no se está midiendo correctamente el fenómeno de la presión asistencial[37], no se buscan los factores que realmente influyen en la DI[38] o existe confusión por terceras variables desconocidas. Al igual que sucede con la utilización inapropiada de hospitalización, el porcentaje de inadecuación podría no variar con las diferencias de presión. Con respecto a la coordinación entre niveles como factor asociado a la DI, apreciamos una vez más la falta de definición del sistema sanitario como un continuo, existiendo más bien una ruptura entre AP y AE.

La falta de medios diagnósticos y terapéuticos no se justifica científicamente como causa de DI, ya que el acceso a más pruebas diagnósticas disminuye la prevalencia de la patología encontrada y por tanto el valor predictivo positivo, con lo que en realidad aumentaría la derivación inadecuada. Esto es así aún a pesar de que existe evidencia de que un mayor acceso de los médicos de AP a medios diagnósticos permite aumentar su poder de resolución[38]. Una de las consecuencias de establecer niveles de atención es precisamente ésta: los procedimientos diagnósticos y terapéuticos complejos han de reservarse necesariamente al nivel especializado. Cada problema de salud con respecto a su complejidad de atención es un continuo: la mayoría son poco complejos, y por tanto solucionables en AP, mientras que en una minoría sucede lo contrario. Para cada problema existe una zona gris que es difícil de adscribir por su complejidad a un nivel de atención o al otro. La accesibilidad al nivel especializado puede influir en la derivación en los dos sentidos: si es baja, puede producir una falta de derivación cuando es necesaria, pero si es alta puede producir DI. La definición, revisión y utilización de protocolos de derivación puede ayudar a mejorar la influencia de los dos factores anteriores[39], debiendo participar en este proceso la AP y la AE. Para ello primero debe conocerse el espectro de complejidad de la patología y luego definir qué parte corresponde a cada nivel asistencial, así como los criterios de remisión de pacientes.

En el tercer grupo de factores, relacionados con el médico de AP, la falta de formación constituye un motivo de derivación inadecuada. Si en dicha formación se reconocen lo tres componentes del modelo conocimientos/actitudes/comportamientos, la demanda de formación continuada tal como se plantea en la actualidad no es apropiada, ya que incide sobre todo en los conocimientos.

Con respecto a la relación de la edad y experiencia con la DI, se representaría gráficamente con una curva en forma de «U»: la DI sería mayor con poca o mucha edad/experiencia, y menor en la parte media. La falta de experiencia al principio de la vida profesional y la disminución de los conocimientos al final explicarían la mayor DI. Por otra parte, el ejercicio de una medicina defensiva es un factor que aparece en todos los grupos, pero no creemos que constituya realmente una razón para derivar, incluso inadecuadamente.

En el cuarto grupo de factores, dependientes del nivel especializado, la no derivación seguirá siendo una inadecuación de la actuación del médico si está justificada la remisión al nivel especializado. La actitud o el trato incorrectos por parte del especialista no debería constituir un freno a la derivación cuando está justificada.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

En todo caso, resulta evidente la complejidad de abordar factores relacionados con la DI para tomar medidas de prevención y control. La presión del paciente, la relación de confianza con su médico o la accesibilidad al sistema son factores complicados, que a su vez dependen de otras variables en su mayor parte desconocidas, y que no tienen corrección fácil. Por otra parte, sí que parece posible mejorar en general la coordinación, organización y gestión del sistema sanitario, entre otras medidas mediante la protocolización conjunta de patologías prevalentes y la formación de los profesionales.

Por último, las futuras investigaciones en el ámbito cualitativo deben conocer también el punto de vista de pacientes, médicos del nivel especializado y gestores. En el ámbito cuantitativo se deben investigar aspectos como la presión del enfermo, la relación médico-paciente, la coordinación entre niveles y la práctica de una medicina defensiva, que son sin embargo difíciles de medir.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de los participantes del estudio, del personal de la Unidad Docente de Atención Primaria de Zaragoza (especialmente de Susana), y del personal de las Gerencias de Atención Primaria de Zaragoza (especialmente de M.ª Paz).

Bibliografía

1. Buitrago F, coordinador. Relación entre niveles asistenciales. Oviedo: SemFYC; 1995.
2. Aranaz JM, Buil JA. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. Med Clin 1996;106:182-4.
3. Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la Atención Médica Primaria. Med Clin 1996;106:97-102.
4. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revisited-protecting patients for overtreatment. N Engl J Med 1992;327: 424-9.
5. Ibern P, Meneu R. Managed care y gestión de la utilización. En: del Llano J, Ortún V, Martín Moreno JM, Millán J, Gené J, directores. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: MSD; 1997. p. 219-39.
6. Armstrong D. Factors that precipitate referral. En: Hopkins A, Wallace P, directores. Referral to medical outpatients. Londres: Royal College of Physicians and Royal College of General Practitioners; 1992. p. 25-32.
7. Roland M. Variations in referral rates of general practitioners: causes and their significance. En: Hopkins A, Wallace P, directores. Referral to medical outpatients. Londres: Royal College of Physicians and Royal College of General Practitioners; 1992. p. 33-42.
8. Llobera J. La derivación de pacientes de la atención primaria a la especializada. Gac Sanit 1988;2:271-5.
9. García Olmos L. Demanda derivada en las consultas de medicina general de los equipos de atención primaria gestionados por el INSALUD. Gac Sanit 1990;4:218-21.
10. Alonso E, Manzanera R, Varela J, Picas JM. Estudios observacionales de la demanda en asistencia primaria. Aten Primaria 1987;4:148-54.
11. Buitrago F, Chavez M, del Cañizo J, Pedrosa J, Pozuelo G. Derivaciones al medio especializado durante 1986 en un centro de salud. Aten Primaria 1988;5:85-9.
12. Buitrago F, Chávez LM. Análisis de las interconsultas y pruebas complementarias solicitadas por un centro de salud en un período de tres años. Aten Primaria 1990;7:200-4.
13. Delgado A, Melquizo M, Guerrero JC. Análisis de las interconsultas de un centro de salud urbano. Aten Primaria 1988;5:359-64.
14. Fraile L, Abreu MA, Muñoz García JC, Álvarez Montero S, Álamo A, Frieyro E. El médico de familia y el hospital. Análisis del proceso de interconsulta desde una unidad docente de medicina familiar y comunitaria. Med Clin (Barc) 1986;86:405-9.
15. García Olmos L, Gervás J, Otero A, Pérez Fernández, M. La demanda derivada: un estudio de la relación entre médicos generales y especialistas. Rev San Hig Pub 1994;68:267-78.
16. López Alcázar M, González Vargas F, Cassini L, Espejo A, Solís JM, Gómez Pozo B. Derivaciones desde atención primaria a neumología: influencia del modelo asistencial y especialización. Aten Primaria 1994;14:881-6.
17. Yagüe AJ, Blanco MT, Juez AA. Análisis de las derivaciones a las consultas de especialistas realizadas en un centro de salud. Aten Primaria 1991;8:472-6.
18. Gómez Calcerrada D, Pérez Flores D, Marset P. Exploraciones y derivaciones de un centro de salud: estudio de los factores asociados. Aten Primaria 1996;17:353-7.
19. Huelin J, Alcubierre C. Derivación inadecuada primaria/especializada: factores asociados a la misma. Libro de ponencias de la 2.ª Reunión Científica de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; Oviedo: Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 1996. p. 57-78.
20. Velasco MV, del Río M, San Telesforo MJ, Antoranz MJ, García J, Rodríguez E. Variabilidad en las derivaciones desde atención primaria ¿Un estilo de consulta? Centro de Salud 1995;Nov:737-42.
21. Velasco V, Otero A, San Telesforo MJ. Indicación de la interconsulta: una característica de la calidad de la derivación de pacientes por el médico general. Medifam 1994;4:75-80.
22. Huelin J. Control de calidad en la asistencia entre niveles: coordinación entre atención primaria y especializada. En: Evaluación, auditorías, y acreditación de centros y servicios sanitarios. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Coordinación Administrativa; 1999. p.71-98.
23. Payne SMC. Identifying and managing inappropriate hospital utilization: a policy synthesis. Health Serv Res 1987;22:709-69.
24. Black N. Why we need qualitative research. J Epidemiol Com Health 1994;48:425-6.
25. Peiró R. El grupo de discusión en el entorno sanitario. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública; 1996.
26. Faltermaier T. Why public health research needs qualitative approaches: subjects and methods in change. Eur J Public Health 1997;7:357-63.
27. Graminde I. De la fascinación del número. Acerca de la necesaria flexibilidad metodológica en la investigación en salud. Aten Primaria 1994:14631-5.
28. Conde F, Pérez Andrés C. La investigación cualitativa en salud pública. Rev Esp Salud Pública 1995;69:145-9.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

29. Cook TD, Reichardt CS. Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos. En: Cook TD, Reichardt CS. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid: De Morata; 1986. p.25-58
30. Kitzinger J. Introducing focus groups. BMJ 1995;311:299-302.
31. Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En: Delgado JM, Gutiérrez J, directores. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis; 1994. p. 287-316.
32. Ibáñez J. Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión. En: Ibáñez J, director. Análisis de la realidad social. Alianza Universidad; 1986. p. 489-501.
33. Buzzaqui A, Uris J. El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación en atención primaria. FMC, 1997;4:421-33
34. Seale C, Silverman D. Ensuring rigour in qualitative research. Eur J Public Health 1997;7:379-84.
35. Enrique Alonso L. El grupo de discusión en su práctica. En: Enrique Alonso L. La mirada cualitativa en sociología. Fundamentos; 1998. p. 93-129
36. Moore AT, Roland MO. How much variation in referral rates among general practitioners is due to chance? BMJ 1989;298:500-02.
37. Ortiz FJ. Medida de la productividad en atención primaria. Los grupos de centro con entorno homogéneo como sistema de ajuste de resultados de productividad. En: Meneu R, Ortún V, directores. Política y Gestión sanitaria: la agenda explícita. AES; 1996. p. 79-114.
38. Jones Elwyng G, Stott NG. Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care. BMJ 1994;309:576-8.
39. Benninger MS, King F, Nichols RD. Management guidelines for improvement of otolaringology referrals from primary care physicians. Otolaringol Head Neck Surg 1995;113:446-52.