

# Paradojas en la derivación de primaria a especializada

Juan Gérvas, Luis Miguel García Olmos, Juan Simó, Salvador Peiró y Seminario de Innovación 2007\*

## Introducción

En los países con médicos generales/de familia con función de filtro (*gatekeepers* o «porteros») para la atención primaria, la derivación del paciente desde primaria a especializada abre las puertas para el paso del primero al segundo nivel asistencial<sup>1-3</sup>. La función de filtro pretende adecuar la intensidad de la atención a la gravedad y/o rareza de la enfermedad. Así, a través del filtro, los recursos tecnológicos se reservan para quienes probablemente los necesitan, y se evita su uso innecesario por quienes no los necesitan (se evitan el despilfarro económico y el daño a la salud que provoca el uso indebido de los recursos: prevención cuaternaria). El objetivo es prestar servicios de máxima calidad, mínima cantidad, con tecnología apropiada, tan cerca del domicilio del paciente como sea posible<sup>4</sup>. El aspecto clave es determinar dónde se atienden mejor los problemas de los pacientes, y cuándo se necesita el concurso del especialista. En este texto repasamos algunas paradojas, frecuentemente ignoradas, que complican la respuesta a las dos cuestiones clave señaladas. Cada paradoja se considera aisladamente, aunque todas ellas se relacionan entre sí. Para aumentar su componente docente se enuncian en su «extremo».

## La mayor tasa de derivación no guarda relación con menor conocimiento/formación del médico general/de familia

Se suele asociar la derivación a la existencia de listas de espera, de forma que, por ejemplo, en el Reino Unido se están

desarrollando experiencias de superespecialización del médico general como forma de disminuir dichas listas al incrementar las habilidades y conocimientos de algunos de estos médicos para dar respuesta *in situ* a problemas específicos de los pacientes, tanto propios como de sus compañeros<sup>5</sup>. Sin embargo, la experiencia demuestra que a mayor formación mayor tasa de derivación y escaso impacto en las listas de espera<sup>6</sup>. Los intentos de disminuir las tasas de derivación con mayor formación parecen bienintencionados, pero poco fundados. Sabemos que son múltiples los factores relacionados con la tasa de derivación, pero no existen estudios que justifiquen claramente la falta de conocimiento/formación con una mayor tasa de derivación<sup>1,3</sup>.

## La demanda derivada no ayuda a resolver los problemas de salud por los que se deriva

Existe un gran desconocimiento acerca de la contribución de los especialistas a la salud de los pacientes (y de las poblaciones), y en especial del impacto de los servicios que se generan por la derivación<sup>7</sup>. Es innegable su contribución en casos concretos, como en la apendicitis y otros similares, pero son más la excepción que la regla. Así, la «re-cita» es el «resultado» de hasta el 40% de las consultas con el especialista, lo que sugiere una escasa capacidad de resolución de los problemas<sup>6</sup>. En otro ejemplo, hasta en el 50% de los pacientes derivados se pierde el contacto entre el médico general y el especialista<sup>2</sup>. Desde otro punto de vista, sirve el ejemplo de que la mayor tasa de derivación inadecuada a especialidades quirúrgicas se acompaña de un mayor número de ingresos<sup>8</sup>. Por último, los estudios comparativos entre médicos y especialistas no son concluyentes respecto a la prestación de cuidados y resultados sanitarios entre ambos profesionales<sup>9</sup>. Los especialistas son necesarios, pero está escasamente documentada su contribución específica a la resolución de los problemas de salud de los pacientes.

## La demanda derivada depende más del especialista que del generalista

Se suele achacar la derivación al médico de familia pero, como mucho, éste puede «abrir la puerta» al segundo nivel. Después, lo que suceda queda fuera de su control, en especial la fragmentación de los cuidados, la «re-citación», la «re-derivación» entre los propios especialistas y la prescripción inducida (si el paciente no retorna a primaria para el seguimiento del problema y/o si el especialista no actúa de

\*A. Alberquilla, M. Amengual, V. Ayala, J. Bonis, J. Casajuana, J. Cerezo, A. Díez Astorgano, M. Drake, M. Fábregas, C.M. García Marco, A. García Ortiz, M.A. Martín Martínez, F. Miguel García, S. Minué, B. Ogando, A. Otero, R. de Pablo, J.C. Palacín, R. Pastor-Sánchez, J.A. Pérez Artigues, M. Pérez Fernández, J. Redondo, M.A. Ripoll, G. Rivas Costa, P. Rodríguez Ledo, A. Ruiz Téllez, E. Serrano, J.R. Vázquez Díaz, A. Vicente Molinero y C. Violán

Correspondencia: J. Gérvas  
Travesía de la Playa, 3. 28730 Buitrago del Lozoya. Madrid. España.  
Correo electrónico: jgervasc@meditex.es

Conflicto de intereses: Este texto se elaboró a partir del cuarto taller presencial de los Seminarios de Innovación en Atención Primaria, que en 2007 se dedicaron a la organización de los servicios en atención primaria. Se celebró en Madrid, el 16 de noviembre de 2007, y fue ponente Luis Miguel García Olmos, contrapuntos Juan Simó y Salvador Peiró, y coordinador Juan Gérvas. Los Seminarios de Innovación en Atención Primaria están organizados por la Fundación Ciencias de la Salud y la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial, y cuentan con el patrocinio de GSK y del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Manuscrito recibido el 3-12-2007.

Manuscrito aceptado para su publicación el 10-12-2007.

**Palabras clave:** Gestión. Innovación. Derivación.

consultor). Así, para entender globalmente la derivación habría que verla no sólo desde el encuentro (porcentaje de derivaciones por consultas), ni desde el paciente (tasa de pacientes asignados al cupo que han tomado contacto con el médico de familia en un período dado), sino además como «porcentaje de pacientes asignados a un cupo que reciben cuidados continuados por especialistas». En este sentido, un gran porcentaje de la población «cuelga» de los especialistas, de forma que las tasas bajas de derivación no se corresponden con una menor frecuentación de los especialistas (con su correspondiente impacto en las listas de espera). Así, con porcentajes de derivación estables en España a lo largo de décadas<sup>10</sup>, el tiempo en la lista de espera crece sin cesar (de 12 días de media en 1990 a cerca de 100 días en 2007 en Madrid)<sup>2</sup> (datos no publicados). Habría que aceptar que el balance de la atención primaria entre puerta de «entrada» y puerta de «salida» se está inclinando hacia la segunda.

### **La estabilidad en las tasas de derivación por consulta es expresión de un trabajo de filtro deficiente**

Como hemos señalado, se ha descrito una gratificante estabilidad, durante décadas, de las tasas de derivación en España<sup>10</sup>. Se podría deducir que ello es un éxito que refleja el trabajo prudente de los médicos de primaria. Sin embargo, la imagen puede ser diferente si la frecuentación ha aumentado y si los motivos por los que se consulta tienen cada vez menos «entidad» (sobraban en la consulta diaria del médico general/de familia las «naderías», el sano preocupado, la reiteración de crónicos bien controlados y demás)<sup>11</sup>. Ante estos cambios mantener tasas estables de derivación significaría que la derivación ha aumentado *de facto*, y que los especialistas reciben cada vez más pacientes con problemas menores, o directamente sin problemas, tal y como se ha demostrado, al menos, en el ámbito de la psiquiatría<sup>12</sup>. Por otra parte, la experiencia de las Consultas Hospitalarias de Alta Resolución (CHAR) sugiere que su implantación conlleva más utilización de la especializada por problemas de menor importancia<sup>13</sup>. Cabe preguntarse si la solución debería ser la selección de casos complejos y el trabajo con altas rápidas de los especialistas con acortamiento de la lista de espera<sup>14</sup>.

### **La mejora de los circuitos de derivación es peligrosa para la salud del paciente**

En España, los pacientes con cáncer terminan siendo diagnosticados en urgencias cuando el médico de cabecera se ve impotente para salvar las listas de espera y decide «cortar por lo sano»<sup>15</sup>. En el Reino Unido también las listas de espera producen retrasos en el diagnóstico del cáncer, por lo que se decidió crear una lista preferente para los pacientes con sospecha fundada de cáncer, al tiempo que se desarrollaron guías para facilitar una mejor derivación<sup>16,17</sup>. En un primer momento, con la vía rápida se obtuvo una mayor prevalencia de cáncer pero, con el tiempo y ante el retraso

en la lista de espera normal (que se incrementó al centrar los recursos en la alternativa rápida), la vía preferente se ha ido sobrecargando de pacientes que el médico general deriva para acortar la espera, más que por sospecha cierta de cáncer. En consecuencia, disminuye el umbral de la derivación, aumentan las derivaciones totales y las inadecuadas, y decrece el valor predictivo de las derivaciones<sup>18</sup>. Este comportamiento es esperable, pues se ajusta a la paradoja de Braess<sup>19</sup>, bien estudiada en los flujos del tráfico en carretera (un ejemplo es el típico atasco que genera la reincorporación a la vía normal de los vehículos que han elegido la vía rápida). La consecuencia final es que la mejora del circuito de derivación puede conllevar problemas diagnósticos y terapéuticos que sean peligrosos para la salud del paciente, como se ha demostrado en varios tipos de cáncer<sup>20,21</sup>.

### **La media no es expresión de lo mejor; los extremos, tampoco**

Puesto que no entendemos muy bien el proceso de la derivación, es absurdo establecer estándares para disminuir la variabilidad. Por ello no procede considerar «la media» como el valor deseable, e incentivar a los médicos para «frenar» la derivación (en algún caso concreto el incentivo para disminuir la derivación puede oscilar entre 18.000 y 24.000 euros anuales)<sup>22</sup>. Sabemos que hay problemas de sobre, infra y mala utilización de la derivación, pero no sabemos quién lo hace bien, si los que derivan en torno a la media, en exceso o en defecto. Por otra parte, se precisan sistemas de información sofisticados si se pretende «ajustar» por factores varios como sexo, edad, clase social, comorbilidad y otros.

### **Conclusión**

Los sistemas sanitarios son organizaciones complejas, como se demuestra también para la propia medicina general/de familia<sup>23</sup>. Entender y mejorar la derivación de primaria a especializada exige superar previamente importantes problemas conceptuales y operativos, y aceptar la complejidad de la intervención en cuestiones exploradas con escaso rigor<sup>24</sup>. Es ingenuo esperar beneficios cuando se actúa generalmente sobre uno de los agentes (médico de familia), con una intervención simple (presión para derivar menos). Parecen más útiles las intervenciones complejas, como introducir cambios que impliquen a toda la organización, en especial si se refieren a la integración de servicios<sup>25</sup>. En todo caso, conviene tener claro que el campo de la derivación está «minado» por paradojas.

### **Bibliografía**

1. Dowie R. General practitioners and consultants. A study of outpatient referrals. London: King's Fund; 1983.
2. Fleming DM, editor. The European study of referrals from primary to secondary care. Exeter: Royal College of General Practitioners; 1992.
3. García Olmos L. Análisis de la demanda derivada en las consultas de medicina general en España. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 1993.

4. Gérvás J, Pérez Fernández M. El fundamento científico de la función del filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8:205-18.
5. Department of Health/Royal Collage of General Practitioners. Implementing a scheme for general practitioners with special interests. London: RCGP; 2002.
6. Gérvás J, Starfield B, Violán C, Minué S. GPs with special interests: unanswered questions. *Br J Gen Pract.* 2007;57:912-7.
7. Starfield B. Research in general practice: co-morbidity, referrals, and the roles of general practitioners and specialists. *SEMERGEN.* 2003;29 Suppl 1:7-16.
8. Coulter A, Seagroatt V, McPherson M. Relation between general practice outpatient referral rates and rates of elective admission to hospital. *BMJ.* 1990;301:273-6.
9. Donohoe MT. Comparing generalists and specialty care. Discrepancies, deficiencies, and excesses. *Arch Intern Med.* 1998;158:1596-608.
10. Prado Prieto L, García Olmos L, Rodríguez Salvanes F, Otero Puime A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria.* 2005;35:146-51.
11. Gérvás J, Starfield B, Minué S, Violán C, Seminario Innovación Atención Primaria 2007. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio del medicina general/de familia. *Contra el des- crédito del héroe. Aten Primaria.* 2007;39:615-8.
12. Ortiz Lobo A, González González R, Rodríguez Salvanes F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria.* 2006;38:563-9.
13. Gérvás J, Palomo L. ¿Alta o excesiva resolución? *Med Clin (Barc).* 2002;119:315.
14. Arroyo A, Andreu J, García P, Jover S, Arroyo MA, Fernández A, et al. Análisis de un programa de derivación directa entre atención primaria y especializada en pacientes potencialmente quirúrgicos. *Aten Primaria.* 2001;28:381-5.
15. Porta M, Fernández E, Belloc J, Malats N, Gallén M, Alonso J. Emergency admission for cancer: a matter of survival. *Br J Cancer.* 1998;77:477-84.
16. Department of Health. Referral guidelines for suspected cancer. London: Department of Health; 2000.
17. NIVEL. Referral guidelines for suspected cancer. London: NIVEL; 2005.
18. Lewis R, Collins R, Flynn A. A systematic review of cancer waiting times audits. *Q Sat Health Care.* 2005;14:62-6.
19. Jiwa M, Saunders C. Fast track referral for cancer. *BMJ.* 2007;335:267-8.
20. Neal RD, Allgar VL, Ali N. Stage, survival and delays in lung, colorectal, prostate and ovarian cancer: comparison between diagnostic routes. *Br J Gen Pract.* 2007;57:212-9.
21. Potter S, Govindarajulu S, Shere M, Braddon F, Curran G, Greenwood R, et al. Referral patterns, cancer diagnoses, and waiting times after introduction of two week wait rule for breast cancer: prospective cohort study. *BMJ.* 2007;335:288-90.
22. Pàmies D. Torre Vieja Salud incentiva a los médicos de primaria por resolver casos y evitar citas a los especialistas. *Información.es.* 27 noviembre 2007. [www.diarioinformacion.com](http://www.diarioinformacion.com)
23. Love T, Burton C. General practice as a complex system: a novel analysis of consultation data. *Fam Pract.* 2005;22:347-52.
24. Peiró S. Complejidades en la evaluación de intervenciones complejas. *Gac Sanit.* 2005;19:234-7.
25. Gérvás J, Pané Mena O, Sicras Mainar A, Seminario Innovación Atención Primaria 2006. Capacidad de respuesta de la atención primaria y redes de servicio. El caso del Consorci Hospitalari de Catalunya. *Aten Primaria.* 2006;38:506-10.