

TRABAJO FIN DE MÁSTER.
MÁSTER UNIVERSITARIO EN INICIACIÓN A LA INVESTIGACIÓN EN
MEDICINA. FACULTAD DE MEDICINA. ZARAGOZA.

VARIABILIDAD DE LAS DERIVACIONES A CONSULTA ESPECIALIZADA DESDE EL C.S. SAN JOSÉ CENTRO

Eva M^a Senra de la Fuente
Residente Medicina Familiar y Comunitaria
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Año 2014

DIRECTOR DEL TRABAJO

Dr. Carlos Isanta Pomar

Profesor Asociado del departamento de Medicina, Dermatología y
Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza.

Facultad de Medicina.

Médico de Familia en el Centro de Salud San José Centro. Zaragoza.

ABREVIATURAS

- C.S.S.J.C: Centro de Salud San José Centro
- C.S.S.J.N: Centro de Salud San José Norte
- AE: Atención Especializada
- AP: Atención Primaria
- Derma: Dermatología
- Digest: Digestivo
- Oft: Oftalmología
- Endoc :Endocrinología
- ORL: Otorrinolaringología
- Psqui: Psiquiatría
- Gine: Ginecología
- Cardio: Cardiología
- RHB: Rehabilitación
- Urg H:Urgencias del hospital
- Traum: Traumatología
- Uro: Urología
- Neuro: Neurología
- Cirug: Cirugía
- Neum: Neumología
- M Int: Medicina Interna
- Reuma: Reumatología
- Alerg: Alergología
- Hem: Hematología
- Ger: Geriatria

- Nefro: Nefrología
- Toco: Tocología

INDICE

Introducción	8
Sector sanitario II de Zaragoza	12
Justificación del estudio	22
Revisión bibliográfica	23
Objetivos	23
Material y métodos	24
Resultados	26
Distribución de las derivaciones por sexo del médico	28
Derivaciones desde el Centro de Salud San José Centro	28
Especialidades a las que se derivó con más frecuencia	30
Interconsultas más frecuentes desglosadas por meses	33
Interconsultas más frecuentes desglosadas por el sexo de los pacientes	36
Comparación de interconsultas entre el Centro de Salud San José Centro y San José Norte	39
Comparación de interconsultas por TSI	41
Discusión	44
Conclusiones	50
Bibliografía	51

INDICE DE TABLAS

- Tabla 1. Población cubierta de Aragón.
- Tabla 2. Interconsultas por especialidad en Aragón 2010.
- Tabla 3. Distribución según el número de derivaciones en el C. S. San José Centro en el año 2010
- Tabla 4 .Distribución de derivaciones a consulta especializada en el C.S. San José Centro en el año 2010
- Tabla 5. Derivaciones a consulta especializada en San José Norte y Centro
- Tabla 6. Interconsultas por especialidad y TIS por cada 1000 pacientes en Aragón, CSSJC y CSSJN.2010.
- Tabla 7. Derivaciones a consulta especializada desde el C.S. San José Centro. 2010

INDICE DE FIGURAS

- Figura 1. Diagrama del proceso asistencial
- Figura 2. Representación de los sectores sanitarios
- Figura 3. Mapa sanitario del sector II de Zaragoza (excluidas las zonas de Zaragoza capital)
- Figura 4. Mapa sanitario del sector II de Zaragoza (Zaragoza capital)
- Figura 5. Población por grupos de edad y sexo. Aragón 2.010
- Figura 6. Población por grupos de edad y sexo. Sector II. Zaragoza. Aragón 2010
- Figura 7. Población total de las zonas de salud de Zaragoza capital del sector de Zaragoza II
- Figura 8. Total de derivaciones por cada médico del C.S.SJC
- Figura 9. Total de visitas y derivaciones realizadas por los 13 médicos del centro durante el 2010
- Figura 10. Distribución de las derivaciones según sexo del profesional
- Figura 11. Número y porcentaje de derivaciones del centro a las distintas especialidades del CS SJC
- Figura 12. Derivaciones a Oftalmología. C.S.SJC. 2010
- Figura 13. Porcentajes de las derivaciones a Oftalmología
- Figura 14. Derivaciones a Dermatología desde C.S.SJC. 2010
- Figura 15. Porcentajes de las derivaciones a Dermatología
- Figura 16. Derivaciones al servicio de Ortopedia y Traumatología. C.S.SJC. 2010
- Figura 17. Porcentajes de las derivaciones a Ortopedia y Traumatología
- Figura 18. Derivaciones al servicio de Otorrinolaringología. C.S.SJC. 2010
- Figura 19. Porcentajes de las derivaciones a Otorrinolaringología
- Figura 20. Derivaciones a Oftalmología desglosadas por meses. 2010

- Figura 21. Interconsultas a Dermatología desglosadas por meses. C.S.SJC.2010
- Figura 22. Interconsultas al servicio de Traumatología y Ortopedia. C.S. SJC.2010
- Figura 23. Interconsultas al servicio de Otorrinolaringología. C.S. SJC.2010
- Figura 24. Distribución de interconsultas a Oftalmología por sexos.
- Figura 25. Distribución de las interconsultas a Oftalmología por sexo y por médico.
- Figura 26. Distribución de interconsultas a Dermatología por sexos.
- Figura 27. Distribución de las interconsultas a Dermatología por sexo y por médico.
- Figura 28. Distribución de interconsultas a Traumatología por sexos.
- Figura 29. Distribución de las interconsultas a Traumatología por sexo y por médico
- Figura 30. Distribución de interconsultas a Otorrinolaringología por sexos.
- Figura 31. Distribución de las interconsultas a Otorrinolaringología por sexo y por médico

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es conocer las derivaciones realizadas desde el centro de salud San José Centro de Zaragoza a la atención especializada a lo largo del año 2.010.

La atención primaria constituye el primer nivel asistencial, siendo el punto de referencia de los usuarios ante cualquier problema de salud, y como tal debe saber solucionar los problemas que se le plantean , y actuar como un buen filtro para la derivación a la atención especializada , ya que lo que el paciente necesita, no es que se le derive a múltiples especialidades, sino alcanzar un diagnóstico o tratamiento adecuado a su patología , mejorando así su calidad de vida, mediante la obtención de mejores resultados y menos procedimientos para su consecución. ¹

A pesar de la cantidad de visitas y problemas atendidos en el centro de salud, este nivel asistencial consigue una elevada capacidad de resolución, próxima al 95%, remitiendo al segundo nivel una pequeña parte, ya sea para una interconsulta así como para una derivación para tratar el problema de salud. ²

El médico de cabecera realiza un seguimiento continuo y longitudinal del paciente, continuo en el sentido de una patología concreta, y longitudinal en el seguimiento de las patologías crónicas, y son estas características, las que permiten ante un determinado episodio incipiente, “esperar y ver” cómo evoluciona antes de realizar algún procedimiento prescindible (primun non nocere). ³

Es importante que, la formación del médico de familia sea amplia en las distintas especialidades de la medicina, así como que demuestre interés y atención en las

1.Gené Badía J,Casajuana Brunet J,Bellón Saameño JA. Gestión en Atención Primaria. En: Martín Zurro JA, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria.6ª ed. Barcelona:Elsevier;2.008.p42-67.

2 Prado Prieto L, García Olmos L, Rodríguez Salvanés F, Otero Puime A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. Atención Primaria.2005; 35:146-51.

3 Gervás J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. Atención Primaria.1995; Vol. 16. Núm. 8.

actividades cotidianas de su consulta, para evitar correr el riesgo de que se le pasen patologías, o solicitar pruebas o derivaciones innecesarias, que podrían solucionarse en Atención Primaria, llevando a un colapso de las consultas de especialidades, y a retrasar el tratamiento o cura de la patología del paciente.

Los médicos de familia pueden necesitar derivar pacientes para realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos propios de las diferentes especialidades o que no estén disponibles en Atención Primaria, para obtener una opinión sobre algún aspecto de la patología del paciente (ratificación de un diagnóstico , o de un tratamiento previo) o, porque según las normas de la organización sanitaria requieren que sea un especialista quien realice un determinado tipo de atención o trámite (como es el caso de la prescripción de determinados medicamentos o pruebas diagnósticas que no pueden ser solicitadas por el médico de AP).

A veces, la derivación surge de los propios pacientes, quienes desean ser atendidos por médicos especialistas, incluso en aquellas situaciones en que se realice y se considere una derivación inapropiada o innecesaria, el médico de familia puede considerarla necesaria en beneficio de la preservación de la relación médico-paciente, o incluso para evitar consecuencias legales.⁴

En otras ocasiones son los especialistas los que desean recibir a unos pacientes concretos, que muestran unos síntomas determinados y éstos acuerdan la derivación con los médicos de primaria, con el objeto de realizar seguimiento de la evolución de determinadas patologías, o incluso siguiendo indicaciones de algunas guías de práctica clínica que exigen la derivación protocolaria del paciente al especialista.⁵

4 Alonso Pérez de Ágreda JP, Febrel Bordejé M, Huelin Domeco de Jarauta J. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. Gac Sanit 2000;14(2):122-130.

5 Peiró S. La derivación primaria especializada como problema y como síntoma. Gestión Clínica y Sanitaria.2008; 10:84-8.

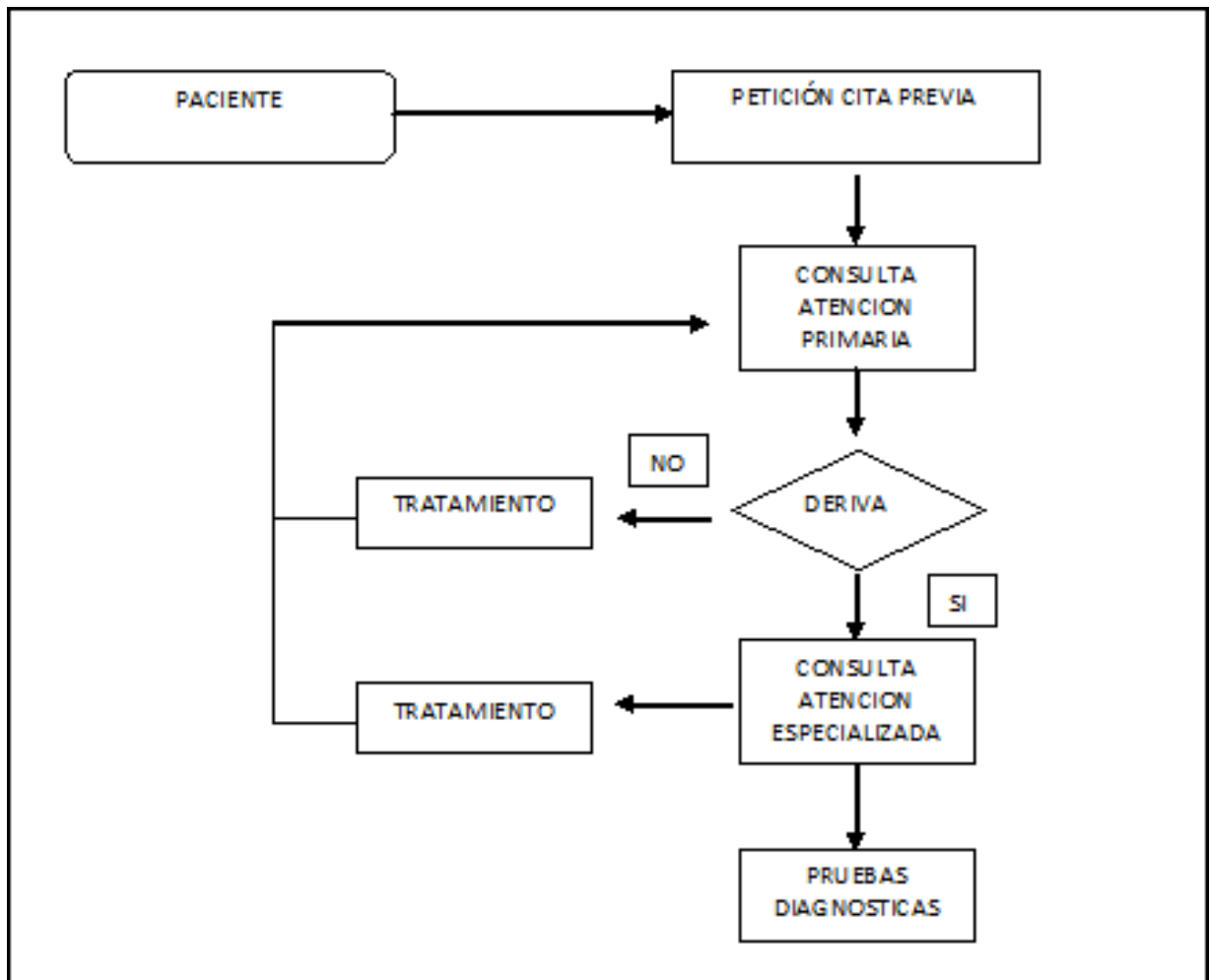


Figura 1. Diagrama del proceso asistencial

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DERIVACIÓN

En la decisión de remitir a un paciente a una consulta especializada influyen diferentes factores. El más importante es el que tiene que ver con el problema de salud aquejado por el paciente pero no es el único. Según algunos estudios, también influyen las características demográficas de la población, de tal forma que según diversos estudios la tasa de interconsulta es mayor en hombres, población envejecida y de bajo nivel socioeconómico. Por otro lado, parece que la organización de los servicios de salud, las características del centro asistencial, la composición del equipo y las características del cupo también influyen en el volumen de las interconsultas.⁶

Otros factores son:

- Los referidos propiamente al **paciente** (edad, sexo, clase social, enfermedad).
- En relación a la **consulta o centro de trabajo** (tamaño del cupo, carga de trabajo, tamaño y composición del equipo),
- De la **oferta de especialistas** (disponibilidad y accesibilidad de los especialistas, accesibilidad a las pruebas diagnósticas) y **otros** (tolerancia a la incertidumbre).
- Finalmente, existen otros factores **dependientes del médico** como la edad, sexo, la formación, la experiencia profesional o la tolerancia a la incertidumbre, que conforman el llamado “estilo de práctica” del MF y que se pueden traducir en una mayor o menor tasa de interconsulta.⁷

El exceso de pacientes que se visitan cada día y/o la falta de tiempo del médico de familia (MF) también se traducen en una disminución de la capacidad resolutoria, y en un aumento de la derivación a otros niveles asistenciales⁸

Sin embargo, los estudios realizados hasta el momento no han sido capaces hasta la fecha, de explicar (causalmente) una proporción significativa de la varianza en la tasa de derivaciones⁹

Es preciso no olvidar que una gran parte de los problemas de salud, sobre todo los crónicos, no son abordados exclusivamente en la consulta de primaria o en la consulta especializada, sino que son atendidos en ambos, en momentos diferentes, manteniendo la Atención Primaria la responsabilidad de la continuidad asistencial.¹⁰

6 Forrest CB, Nutting PA, von Schrader S, Rohde C, Starfield B. Primary care physician, and health care system determinants. Med Decis Making. 2006;26:76-85.

7 Meneu R. Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones. Barcelona: Masson SA; 2002, 1-15.)

8 García Olmos L. La investigación sobre demanda derivada. Semergen. 2005; 31:345-6.

9 García Olmos L. Cambios en la organización y demanda derivada. Seminarios de innovación en atención primaria 2007. Fundación Ciencias de la Salud. 2007.

10 Martín Zurro A. Atención Primaria de Salud. En: Martín Zurro JA, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008. p.3-17.

Es importante recalcar que no es mejor médico el que menos deriva, ya que en dependencia del avance de la ciencia y los conocimientos del profesional que atiende a la población, se realiza la derivación; siendo necesario mantener un adecuado nivel de interconsultas para mantener un equilibrio que asegure una asistencia eficiente y de calidad ¹¹.

SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II ¹²

El Mapa Sanitario de Aragón, representa la organización territorial de los centros y establecimientos que conforman el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma.

En él se establece la ordenación territorial y funcional en Zonas de Salud, Sectores y Áreas de Salud; diferenciando las Áreas de Salud, como marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias, y, dentro de ellas, las Zonas de Salud, como marco territorial elemental para la prestación de la Atención Primaria de salud.

La Comunidad Autónoma se divide en ocho sectores de salud (figura2) que incluyen todos los centros de Atención Primaria, Atención Especializada, Atención Sociosanitaria y salud mental. A continuación detallamos dichos sectores:

- Sector Sanitario Alcañiz
- Sector Sanitario Barbastro
- Sector Sanitario Calatayud
- Sector Sanitario Huesca
- Sector Sanitario Teruel

11 Gervás J, García Olmos LM, Simó J, Peiró S. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. Aten Primaria.2008;40: 253-5.

12-Atención Primaria. Aragón (2010). Zaragoza: Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón; 2011.

- Sector Sanitario Zaragoza I
- Sector Sanitario Zaragoza II
- Sector Sanitario Zaragoza III



Figura 2.Representación de los sectores sanitarios

Los servicios médicos que se ofrecen en el sector II de salud de Zaragoza son:

- *ATENCIÓN PRIMARIA (CENTROS DE SALUD):*

Campo de Belchite, Canal Imperial-San José Sur, Canal Imperial-Venecia, Casablanca, Fernando el Católico, Fuentes de Ebro, Independencia-Puerta del Carmen, La Almozara, Las Fuentes Norte, Parque Roma, Rebolería, Sagasta-

Miraflores, Sagasta-Ruiseñores, San José Centro, San José Norte, San Pablo, Sástago, Seminario, Torre Ramona y Torrero-La Paz.

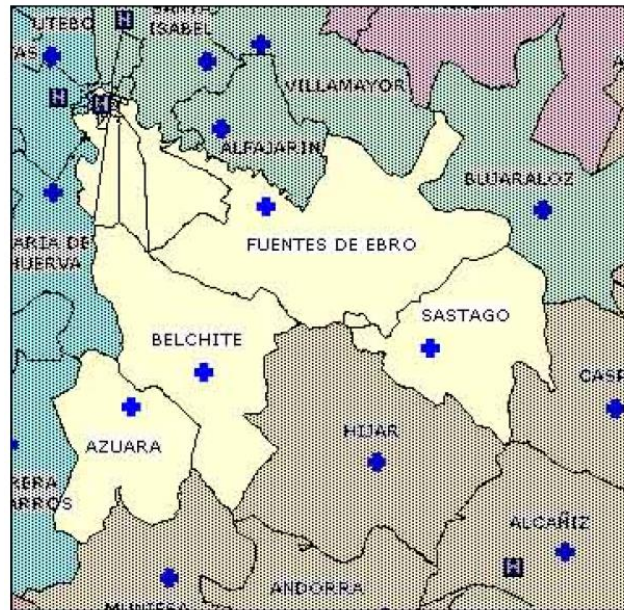


Figura 3. Mapa sanitario del sector II de Zaragoza (excluidas las zonas de Zaragoza capital)



Figura 4. Mapa sanitario del sector II de Zaragoza (Zaragoza capital)

- **ATENCIÓN ESPECIALIZADA (CENTROS DE ESPECIALIDADES):**

C.M.E. San José y C.M.E. Ramón y Cajal.

- *ATENCIÓN ESPECIALIZADA (HOSPITALES):*

Hospital Universitario Miguel Servet.

- *ATENCIÓN SOCIOSANITARIA:*

Hospital San Juan de Dios.

- *SALUD MENTAL:*

Unidad de Salud Mental Rebolería, Unidad de Salud Mental Romareda-Casablanca, Unidad de Salud Mental Torrero-La Paz, Unidad de Salud Mental Madre Vedruna-Miraflores, Unidad de Salud Mental Sagasta-Ruiseñores, Unidad de Salud Mental Las Fuentes, Unidad de Salud Mental San José-Norte y Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Muñoz-Fernández.

POBLACIÓN CUBIERTA

La población con derecho a asistencia sanitaria en el sistema público de Aragón sobrepasa el millón trescientas mil personas, supone casi un 3% de la población cubierta por el Sistema Nacional de Salud (SNS).

En el año de nuestro estudio, había 669.799 mujeres (87.368 entre 0 y 14 años, 429.953 entre 15 y 64 años y 152.478 de 65 o más años), y 557.952 hombres (92.471 entre 0 y 14 años, 448.908 entre 15 y 64 años, y 116.573 de 65 o más años).

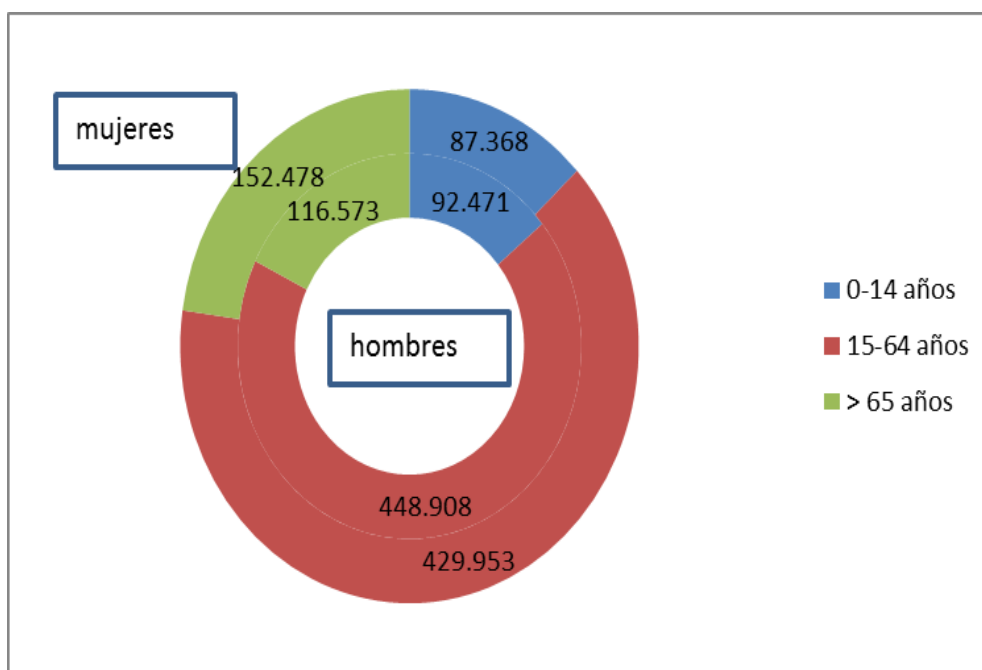


Figura 5. Población por grupos de edad y sexo. Aragón 2010. Fuente Base de Datos de Usuarios

Respecto a la población del sector II, había un total de 192.438 hombres (24.758 de 0 a 14 años , 133.740 de entre 15 y 64 años, y 33.940 de 65 y más años), y 209.187 mujeres (23.301 de entre 0 y 14 años, 136.649 de entre 15 y 64 años , y 49.237 de 65 y más años)

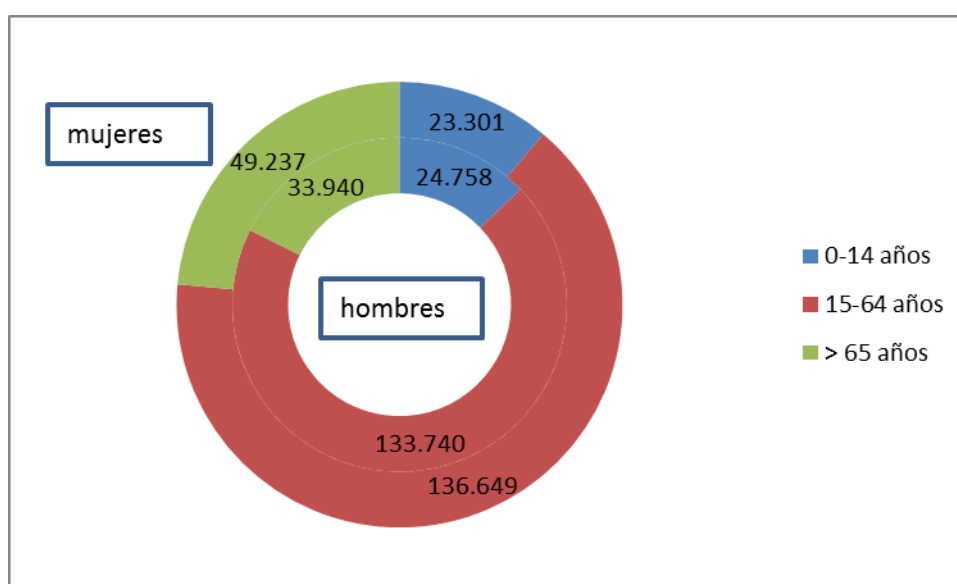


Figura 6. Población por grupos de edad y sexo. Sector II. Zaragoza. Aragón 2010. Fuente: Base de Datos de Usuarios

El envejecimiento de la población es más acusado que en otras comunidades autónomas. A 31 de diciembre de 2010, las personas con 65 años o más son el 20 %, mientras que en el conjunto del territorio nacional solo alcanzan el 17 %.

El 15% de la población aragonesa vive en núcleos urbanos pequeños, donde es atendida a través de una extensa red de consultorios dependientes de los centros de salud.

La población cubierta en Aragón en el 2.010, según el profesional asignado:

SECTORES	MEDICINA DE FAMILIA	PEDIATRIA	TOTAL
Alcañiz	65.989	7.920	73.909
Barbastro	95.940	12.691	108.631
Calatayud	45.779	4.851	50.630
Huesca	98.015	12.739	110.754
Teruel	69.410	8.271	77.681
Zaragoza I	166.529	32.962	199.491
Zaragoza II	352.620	49.005	401.625
Zaragoza III	263.814	41.216	305.030
ARAGON	1.158.096	169.655	1.327.751

Tabla 1. Población cubierta de Aragón. Fuente: BDU.SIAP_ARAGON

PROCEDIMIENTOS E INTERCONSULTAS

Durante el año 2010 las cinco especialidades con mayor demanda de consulta en todo Aragón, por parte de los equipos de atención primaria fueron oftalmología, dermatología, ginecología y obstetricia; cirugía ortopédica y traumatología y otorrinolaringología.

INTERCONSULTAS POR ESPECIALIDAD	NÚMERO	TASA *1000 TIS
Oftalmología	70.590,00	52,50
Dermatología	57.441,00	42,70
Ginecología y obstetricia	56.812,00	42,30
Cirugía ortopédica y traumatología	48.925,00	36,40
Otorrinolaringología	37.787,00	28,10
Aparato Digestivo	26.030,00	19,40
Cirugía General y Digestiva	24.955,00	18,60
Urología	22.518,00	16,80
Cardiología	20.233,00	15,10
Neurología	19.794,00	14,70
Reumatología	13.718,00	10,20
Endocrinología y nutrición	12.398,00	9,20
Rehabilitación	11.542,00	8,60
Pediatría	8.970,00	6,70
Alergia	8.490,00	6,30
Neumología	8.157,00	6,10
Otras	28.258,00	21,00
TOTAL	476.618,00	354,70

Tabla 2. Interconsultas por especialidad en Aragón 2010. Fuente CEX SIAP Aragón

CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ CENTRO (C.S.S.J.C.)

El centro del que se van a analizar los datos a lo largo del trabajo va a ser San José Centro.

La zona de salud de Zaragoza capital San José Centro en el año 2.010 tenía una población de 18.264 habitantes. Esta zona forma parte, junto con el resto de zonas de salud de Zaragoza capital, de la entidad de Zaragoza del municipio del mismo nombre. El Equipo de Atención Primaria está constituido y en funcionamiento desde el 1 de enero de 1996.

El centro de salud está situado en la calle Santuario de Cabañas.

Esta zona de salud ha tenido las siguientes modificaciones:

La zona de salud de Zaragoza capital San José Centro limita con:

- La zona de salud de Zaragoza capital San José Norte al norte por:
- La calle Florida desde la avenida Cesáreo Alierta hasta su cruce con la calle
- Lorenzo Pardo. Continúa por la calle Lorenzo Pardo hasta la calle del Trabajo. Sigue por la calle del Trabajo hasta la calle Monasterio de las Cillas. Recorre Monasterio de las Cillas hasta cruzarse con la calle Monasterio de Poblet. Atraviesa la calle Monasterio de Poblet para llegar a la calle Ibarbourou que recorre hasta llegar a la calle Miguel Servet.
- La zona de salud Torre Ramona al este por: La avenida Miguel Servet, desde la calle Ibarbourou durante un breve tramo, hasta la calle Hermano Adolfo. Sigue por la calle Hermano Adolfo hasta el Camino Cabaldos. Recorre el Camino Cabaldos en su totalidad hasta que se cruza con la denominada Cadena de la Granja.
- La zona de salud de Zaragoza capital San José Sur al sur por la Cadena de la Granja hasta su cruce con la avenida San José.
- La zona de salud de Zaragoza capital Madre Vedruna-Miraflores al oeste por: La avenida San José en dirección norte hasta la avenida Cesáreo Alierta. Sigue por la avenida Cesáreo Alierta hasta su intersección con la calle Florida.

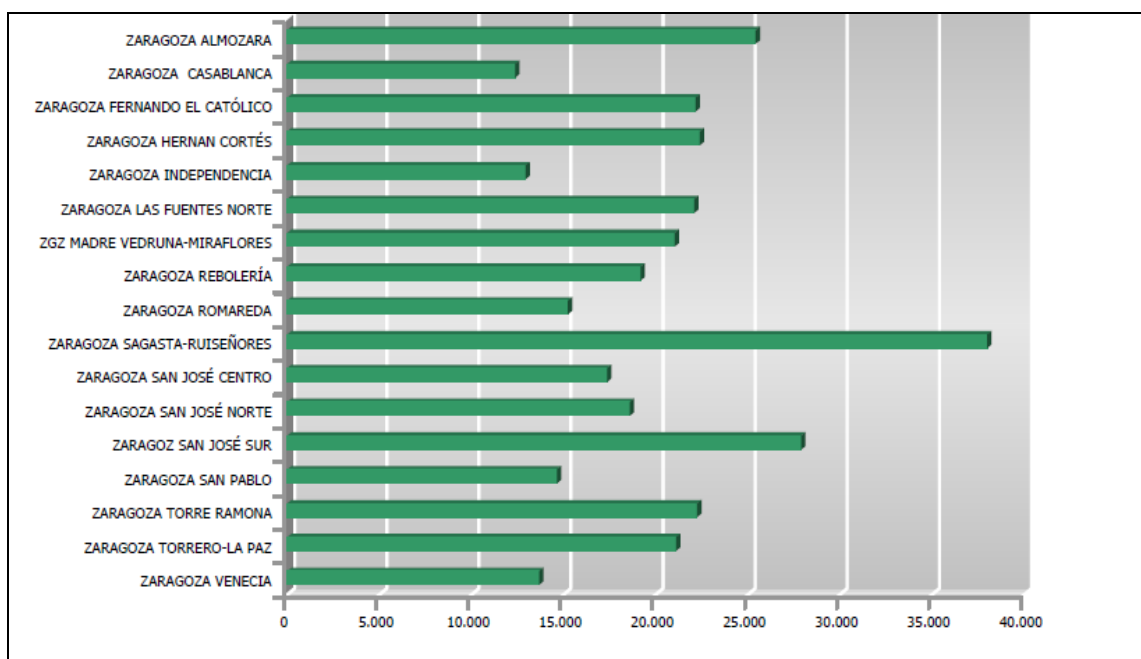


Figura 7. Población total de las zonas de salud de Zaragoza capital del sector de Zaragoza II

CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ NORTE (C.S.S.J.N)

En el mismo edificio en el que se encuentra el C.S.S.J.C, se sitúa en la planta de abajo el centro de San José Norte, que en el año 2010 cubría una población de 19.109 personas.

La zona de salud de Zaragoza capital San José Norte limita con:

- La zona de salud de Zaragoza capital Rebolería al norte por el cauce del río Huerva desde el puente que une el paseo de La Mina con la calle Miguel Servet hasta el puente Los Sitios.
- La zona de salud de Zaragoza capital Las Fuentes Norte al noreste por la calle Jorge Coci desde el puente Los Sitios hasta su cruce con la calle Compromiso de Caspe.
- La zona de salud de Zaragoza capital Torre Ramona al sureste por:
- Un mínimo trayecto de la calle Compromiso de Caspe, desde su cruce con la calle Jorge Coci, hasta que alcanza la calle Florentino Ballesteros. Sigue por la calle Florentino Ballesteros hasta la altura de la calle Utrillas. Continúa por la

calle de Utrillas hasta su cruce con la calle Miguel Servet. Sigue por la calle Miguel Servet durante un breve trayecto hasta que se cruza con la calle Ibarbourou.

- La zona de salud de Zaragoza capital San José Centro al sur por:
- La calle Ibarbourou cruzando la calle Monasterio de Poblet para alcanzar la calle Monasterio de las Cillas. Sigue por la calle Monasterio de las Cillas hasta alcanzar la calle del Trabajo. Continúa por la calle del Trabajo hasta la calle Lorenzo Pardo. Sigue brevemente por la calle Lorenzo Pardo hasta la calle Florida. Continúa por la calle Florida hasta alcanzar la avenida Cesáreo Alierta.
- La zona de salud de Zaragoza capital Madre Vedruna-Miraflores al suroeste por la avenida Cesáreo Alierta desde la calle Florida hasta que alcanza la calle Coimbra.
- La zona de salud de Zaragoza capital Independencia al noroeste por el cauce del río Huerva en el tramo comprendido entre la avenida Cesáreo Alierta y el puente que une el paseo de La Mina con la calle Miguel Servet.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Remitir a un paciente a las consultas externas hospitalarias es una opción utilizada por el médico de Atención Primaria (AP) para procurar asistencia adecuada a los mismos en las fases de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y/o seguimiento. De esta forma, la interconsulta (IC) es la forma de interrelación y contacto entre ambos niveles asistenciales. La IC es por tanto una necesidad asistencial indicada si: a) el diagnóstico no está claro, b) no hay respuesta al tratamiento, c) se precisan otras valoraciones en enfermedades de mal pronóstico o d) el paciente desea otra opinión.

La variabilidad en las tasas de derivación es un fenómeno preocupante por sus implicaciones económicas en la planificación de recursos y sobre la calidad de la atención.

Después de muchos años, en los pactos de gestión de los centros de salud con las direcciones de Atención Primaria, las interconsultas se han introducido por primera vez como indicador de calidad de la asistencia médica, lo que en algunos casos, ha generado cierta polémica en los centros, lo que ha conducido incluso a que algunos médicos se hayan planteado la no firma de dichos pactos de gestión.

Es por ello que dada la creciente relevancia del tema, se planteó la realización del presente trabajo con el objetivo de conocer a qué especialidades se derivaba con más frecuencia, y la distribución de las derivaciones por cada profesional del centro de salud San José Centro de Zaragoza.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed. Las palabras clave fueron: “Primary care”, “Specialist care”, “Interconsultation”, y “Referrals”.

OBJETIVOS

- Establecer la labor que ejerce el médico de familia en la resolución de los problemas de salud de la población.
- Presentar el volumen de interconsultas que se han registrado desde las consultas del centro de salud San José Centro durante un año, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de marzo de 2010, a la atención especializada.
- Ver a qué especialidades se deriva con más frecuencia desde la consulta de Atención Primaria, y su distribución a lo largo de los meses del año 2010.
- Comparar con las derivaciones realizadas por el centro de salud San José Norte (que se encuentra en el mismo edificio)

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en el Centro de Salud (CS) San José Centro de la ciudad de Zaragoza, con una población de 18.264 personas; en el que se analizan las derivaciones solicitadas por los profesionales de dicho centro de salud a las consultas de atención especializada. El periodo asignado de las derivaciones comprende desde el 1 de Enero de 2010 hasta el 31 de Diciembre de 2010

Se utilizaron las estadísticas necesarias para el análisis descriptivo y para la comparación entre los distintos profesionales médicos del CS. Para el análisis se utilizó Chi cuadrado, y los residuos corregidos y estandarizados.

En el estudio se incluyen todas las derivaciones realizadas por el personal médico del CS, que consta de 13 profesionales. Los datos se obtuvieron a través de la Gerencia de Atención Primaria, ante la imposibilidad de obtención mediante la historia informatizada (programa OMI).

Las variables recogidas en el estudio son:

- Interconsultas realizadas por cada uno de los trece médicos del centro de salud.
- Especialidades a las que se deriva.

La población de estudio (población que atiende el centro y cada profesional) son todos aquellos pacientes que acudieron a la consulta de cada uno de los médicos de atención primaria de dicho centro, en el periodo de tiempo establecido, y que requirieron una interconsulta o derivación al servicio de atención especializada.

Los criterios de exclusión fueron las derivaciones generadas por los médicos sustitutos

Se contabilizaron las derivaciones efectuadas a los especialistas de referencia mediante la tasa de derivación (TD), definida como el cociente entre el número de derivaciones entre las visitas realizadas por 100, durante el año de estudio.

Otros indicadores utilizados fueron la tasa de derivación por cada 1000 pacientes atendidos en la consulta habitual según cada profesional del CS y según la especialidad; y la tasa de derivaciones al mes

El análisis de los datos se ha llevado a cabo con el programa SPSS versión 13, cedido por la Unidad docente. Los gráficos han sido generados con SPSS y con Microsoft Excel 2007.

RESULTADOS

El número de habitantes adscritos al Centro de Salud de San José Centro durante el año 2010 fue de 18.264 personas (mayores de 16 años). Durante el período de estudio, comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2010, se contabilizaron 6.345 derivaciones a los especialistas, de los 81.246 pacientes atendidos, por parte de los 13 médicos que trabajan en dicho centro. La tasa de derivación fue del 7,8%.

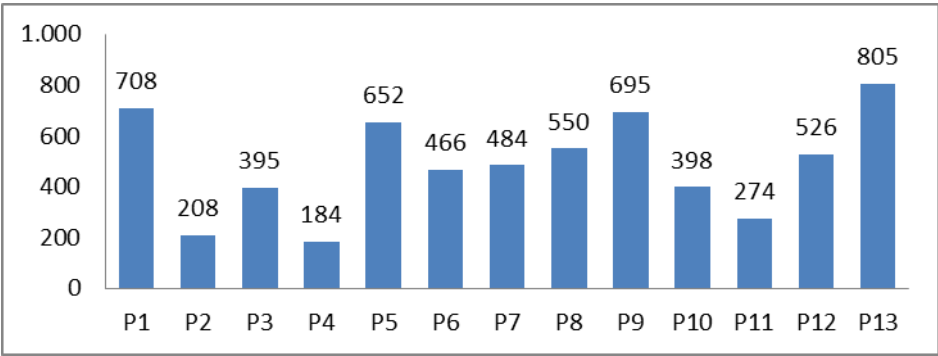


Figura 8. Total de derivaciones por cada médico del C.S.SJC

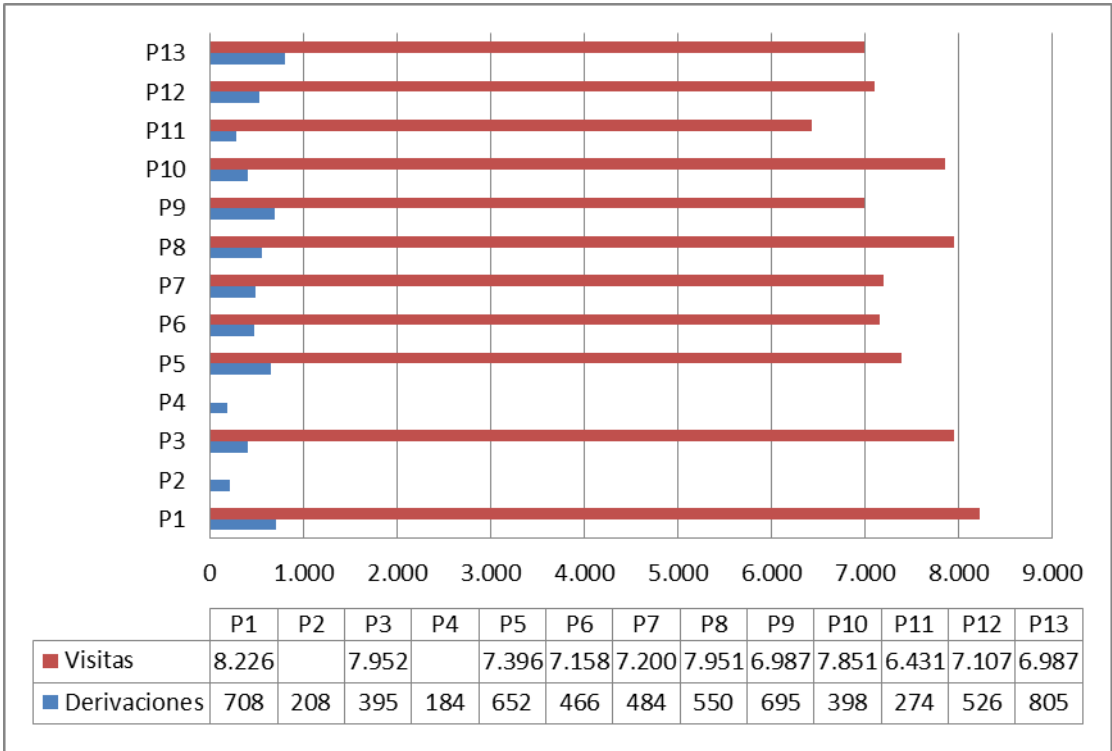


Figura 9. Total de visitas y derivaciones realizadas por los 13 médicos del centro durante el 2010

A la hora de analizar los datos, cabe destacar que P1 estuvo trabajando desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de agosto de dicho año. Con posterioridad, dicho cupo fue cubierto por P2 desde el 1 de septiembre de 2010 hasta finales del año, por lo que los datos que se facilitaron de visitas incluyen las que recibieron P1 y P2 conjuntamente. Lo mismo sucede con P3 y P4, en que P3 trabajó desde el 1 de enero de 2010 al 31 de agosto de 2010, siendo sustituida por P4 el 1 de septiembre de dicho año, hasta el 31 de diciembre.

A continuación se presenta la tabla de en donde se recogen:

- La distribución según el número de derivaciones por el total de visitas en un año y por cada 100 visitas.

$$\text{Derivaciones} \times 100 / \text{Visitas}$$

- La tasa de derivación por cada 1000 habitantes en relación con la población que conforma el cupo de cada uno

$$\text{Derivaciones} \times 1000 / \text{Cupo}$$

- La tasa de derivación por mes.

$$\text{Derivaciones} / 12$$

Médico	Derivaciones	Visitas	Derivaciones x100 visitas	Cupo	Derivaciones x 1000 habitantes	Derivaciones/ mes
P1	708	8.226	8,61	1.585	4,5	59,00
P2	208			1.565	1,3	17,33
P3	395	7.952	4,97	1.244	3,2	32,92
P4	184			1.250	1,5	15,33
P5	652	7.396	8,82	1.426	4,6	54,33
P6	466	7.158	6,51	1.220	3,8	38,83
P7	484	7.200	6,72	1.395	3,5	40,33
P8	550	7.951	6,92	1.451	3,8	45,83
P9	695	6.987	9,95	1.592	4,4	57,92
P10	398	7.851	5,07	1.431	2,8	33,17
P11	274	6.431	4,26	1.244	2,2	22,83
P12	526	7.107	7,40	1.386	3,8	43,83
P13	805	6.987	11,52	1.475	5,5	67,08
Total	6.345	81.246	7,81	18.264		528,00

Tabla 3. Distribución según el número de derivaciones en el C. S. San José Centro en el año

2.010

DISTRIBUCIÓN DE LAS DERIVACIONES POR SEXO DEL MÉDICO

Seguidamente, se compara gráficamente las derivaciones realizadas en el centro, en base al sexo del facultativo. Se observa que la media de interconsultas de los hombres fue de 680, y la de las mujeres 453.

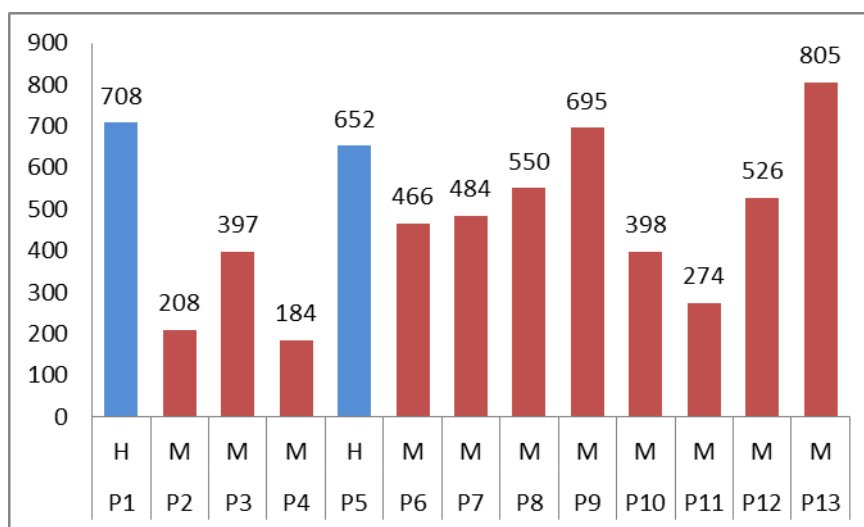


Figura 10. Distribución de las derivaciones según sexo del profesional

DERIVACIONES DESDE EL CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ CENTRO

Después de analizar las derivaciones totales del centro, se obtienen los siguientes resultados totales divididos por especialidad:

	Derma	Digest	Oft	Endoc	ORL	Psqui	Gine	Cardio	RHB	Urg H	Traum	Uro
SJC	820	324	911	139	488	227	574	370	218	298	492	261
%	12,9	5,1	14,4	2,2	7,7	3,6	9	5,8	3,4	4,7	7,8	4,1

	Neuro	Cirug	Neum	M Int	Reuma	Alerg	Hem	Ger	Nefro	Toco	TOTAL
SJC	301	303	97	34	179	106	46	22	18	117	6345
%	4,7	4,8	1,5	0,5	2,8	1,7	0,7	0,3	0,3	1,8	100

Tabla 4 .Distribución de derivaciones a consulta especializada en el C.S. San José Centro en el año 2010

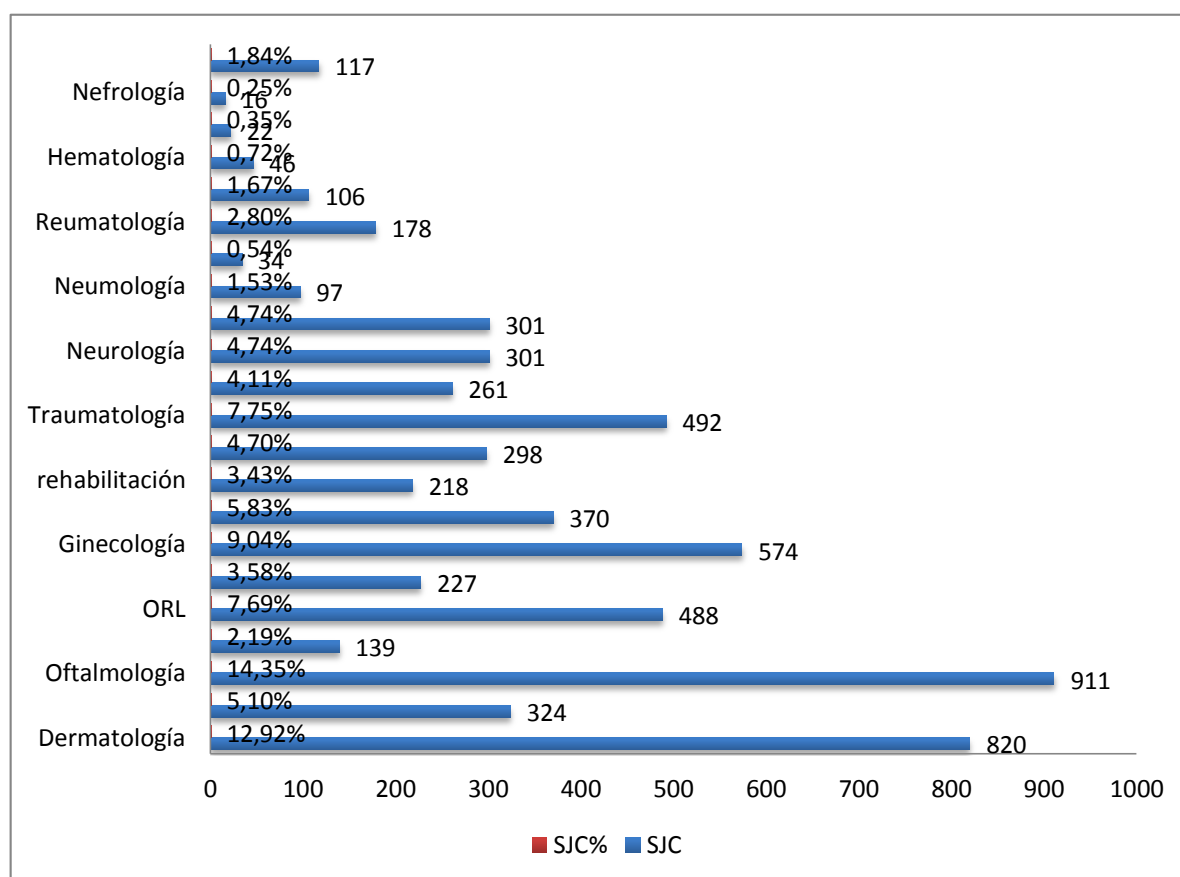


Figura 11. Número y porcentaje de derivaciones del centro a las distintas especialidades del CS
SJC

Se realizaron un total de 6.345 derivaciones. Las 4 especialidades que mayor demanda abarcan fueron Oftalmología (14%), Dermatología (12,9 %), Traumatología (7,85 %), Otorrinolaringología (7,7%), tal y como se observa en la figura 11.

Con menor frecuencia les siguen: Cardiología (5,8%), Digestivo (5,1%), Urgencias (4,7%), Neurología(4,7%) Urología(4,1%), Psiquiatría(3,6%), Rehabilitación/Fisioterapia (3,4%), Reumatología(2,8%), Endocrinología(2,2%), Tocología(1,8%), Alergología(1,7%), Neumología(1,5%), Hematología(0,7%), Medicina Interna (0,5%), Nefrología(0,35) y Geriatría (0,3%)

ESPECIALIDADES A LAS QUE SE DERIVÓ CON MÁS FRECUENCIA

Seguidamente se procede a analizar las 4 especialidades con mayor índice de derivaciones en el periodo estudiado, desglosando las visitas por cada uno de los facultativos del centro, tanto en valores absolutos como en valores porcentuales.

- Al servicio de **Oftalmología** se le hicieron un total de 911 derivaciones, siendo la media 70 derivaciones por cada médico.

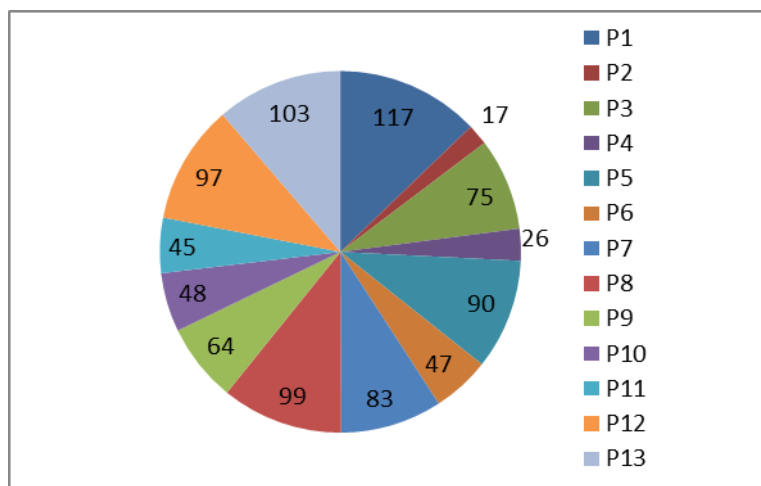


Figura 12. Derivaciones a Oftalmología.C.S.SJC.2010

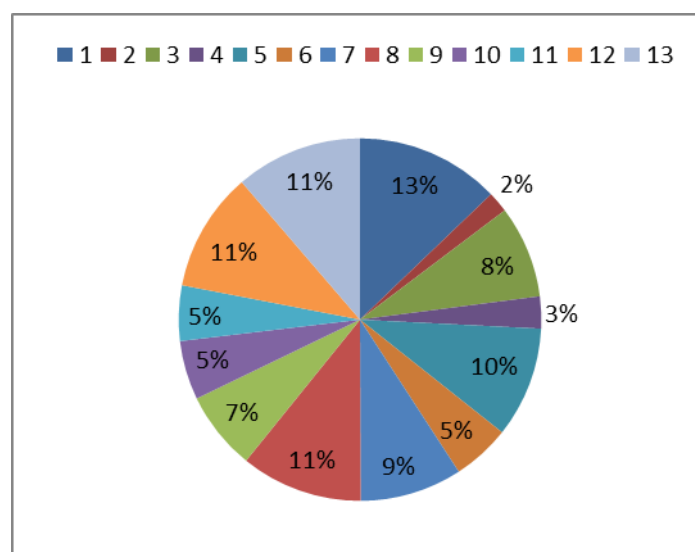


Figura 13. Porcentajes de las derivaciones a Oftalmología

- Respecto a las derivaciones a **Dermatología** por cada uno de los 13 médicos del Centro de Salud San José Centro (C.S.SJC), se observa una amplia variabilidad entre los distintos médicos, siendo la media 63 derivaciones por cada médico. Se realizaron 810 interconsultas.

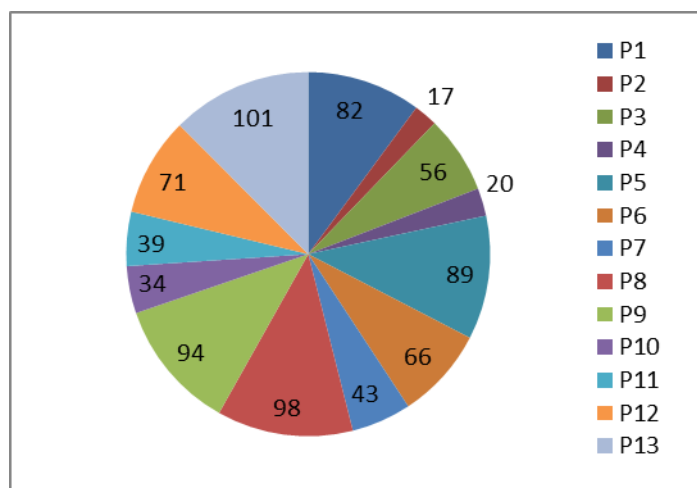


Figura 14. Derivaciones a Dermatología desde C.S.SJC.2010

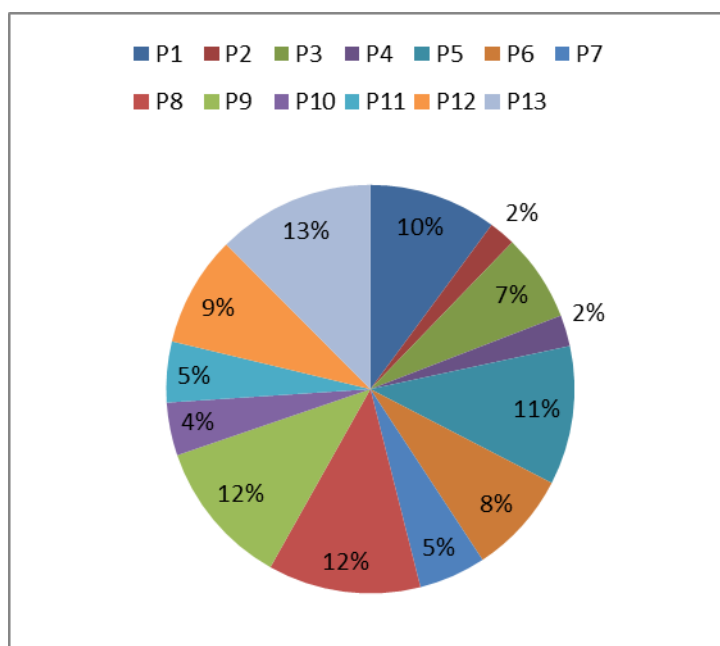


Figura 15. Porcentajes de las derivaciones a Dermatología

- Al servicio de **Traumatología y Ortopedia**, se realizaron 492 interconsultas, con 37 derivaciones de media por facultativo.

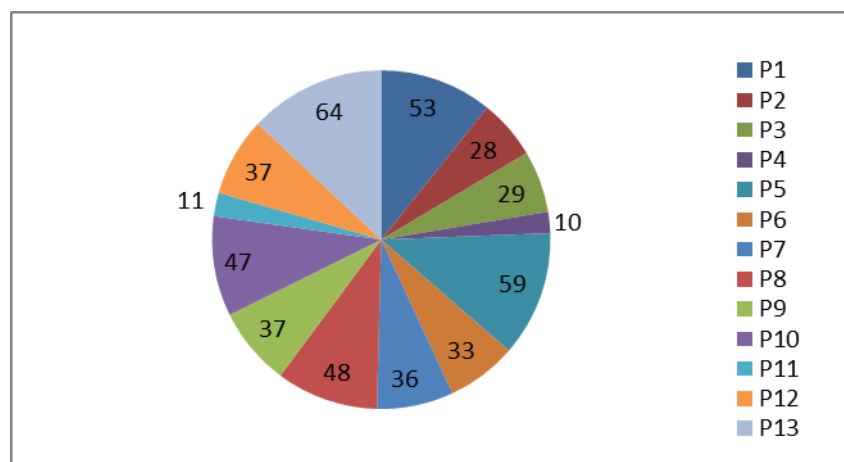


Figura16. Derivaciones al servicio de Ortopedia y Traumatología.C.S.SJC.2010

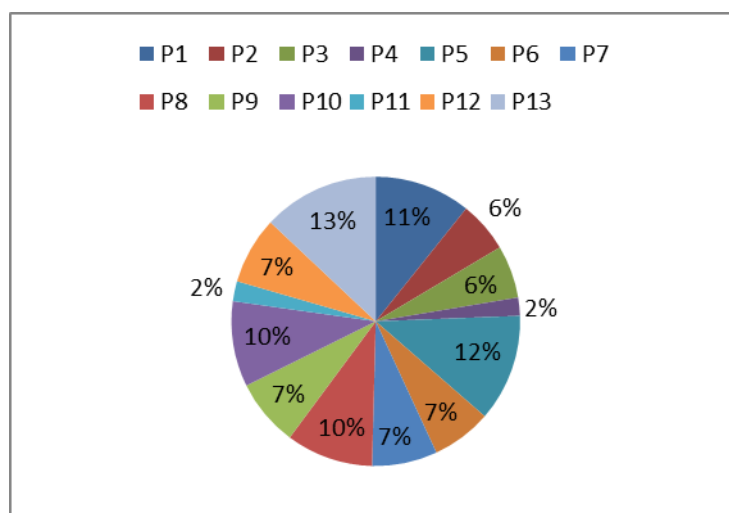


Figura 17. Porcentajes de las derivaciones a Ortopedia y Traumatología

- Por lo que respecta a **Otorrinolaringología**, se realizaron 488 interconsultas, siendo la media 37,5 derivaciones por médico.

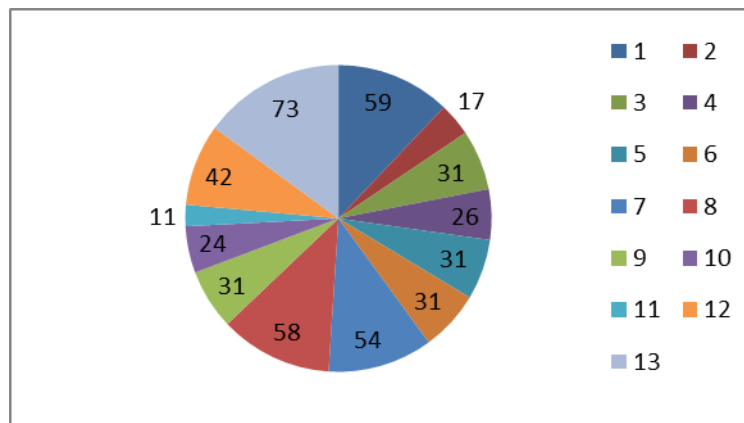


Figura 18. Derivaciones al servicio de Otorrinolaringología. C.S.SJC.2010

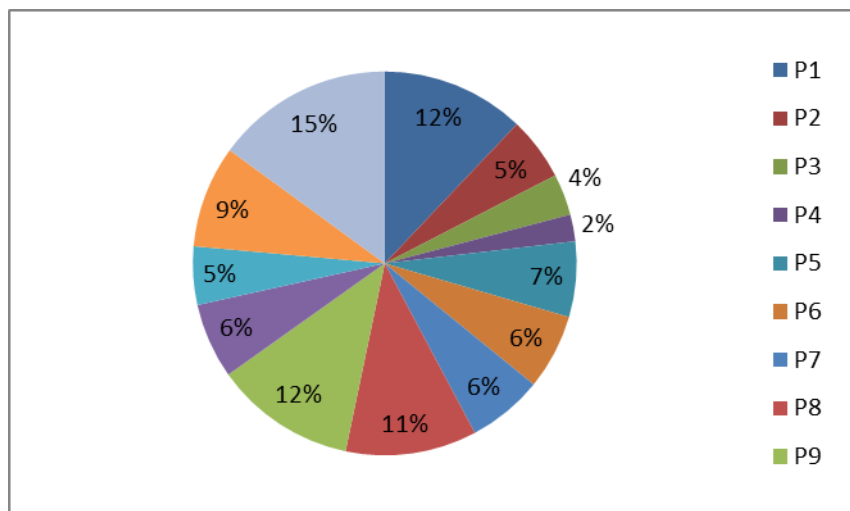


Figura 19. Porcentajes de las derivaciones a Otorrinolaringología

INTERCONSULTAS MÁS FRECUENTES DESGLOSADAS POR MESES

Con objeto de ampliar el análisis de las consultas del estudio, se procede a analizar la evolución intermensual de las especialidades con mayor número de solicitudes de derivación (Oftalmología, Dermatología, traumatología y ORL).

- **Oftalmología:**

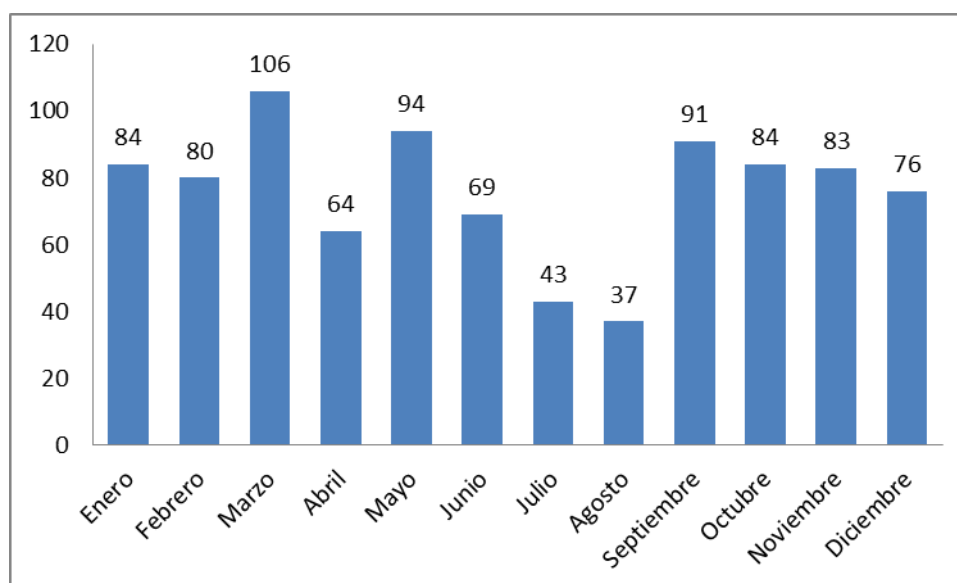


Figura 20. Derivaciones a Oftalmología desglosadas por meses.2010

El promedio de interconsultas que se realiza a este servicio es de 75 al mes.

Se observa que el mayor número de las mismas se produce en los meses de marzo, mayo, así como en los correspondientes al último cuatrimestre del año.

- **Dermatología :**

El promedio de derivaciones fue de 67,5 por cada médico.

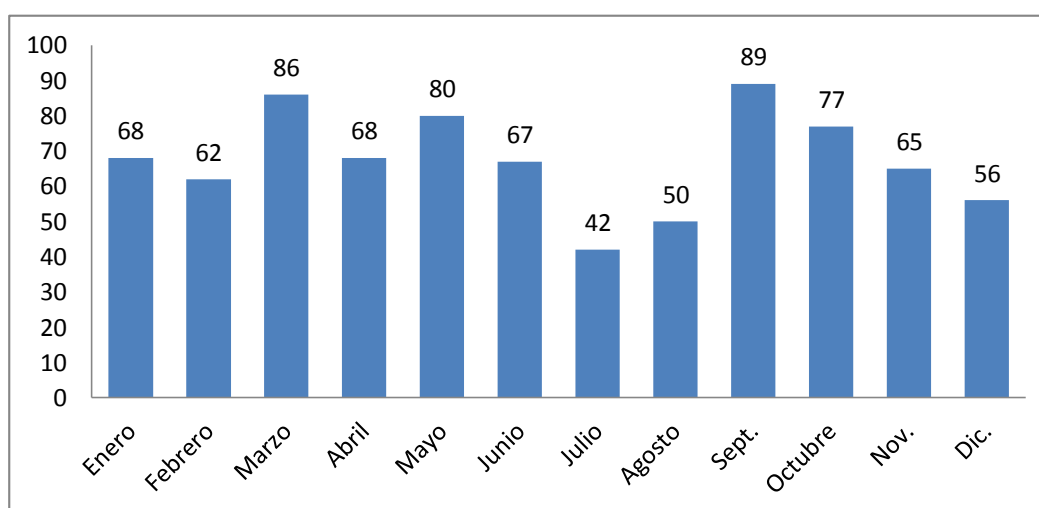


Figura 21. Interconsultas a Dermatología desglosadas por meses. C.S.SJC.2010

- **Traumatología**

Se realizaron un total de 492 derivaciones a Cirugía Ortopédica y Traumatología, con un aumento en el número de interconsultas en los meses de marzo, septiembre y noviembre.

La media de derivaciones se sitúa en 41 al mes.

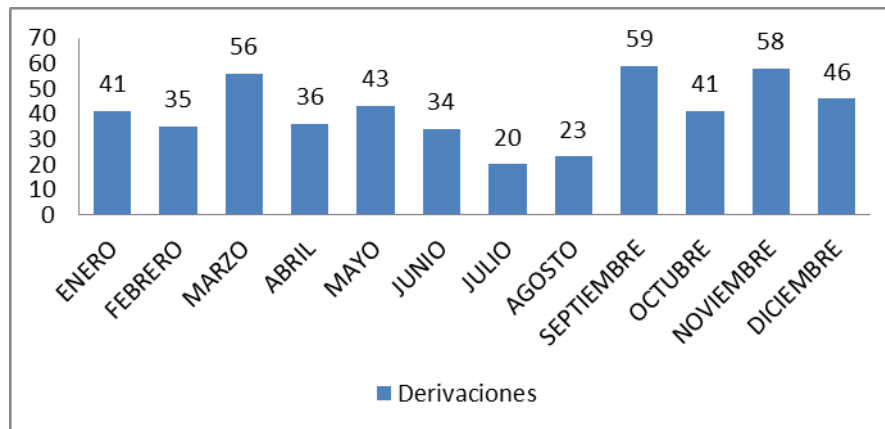


Figura 22. Interconsultas al servicio de Traumatología y Ortopedia. C.S. SJC.2010

- **Otorrinolaringología:**

Se realizaron un total de 488 derivaciones a Otorrinolaringología. Se observa un incremento en los meses de marzo, septiembre y octubre.

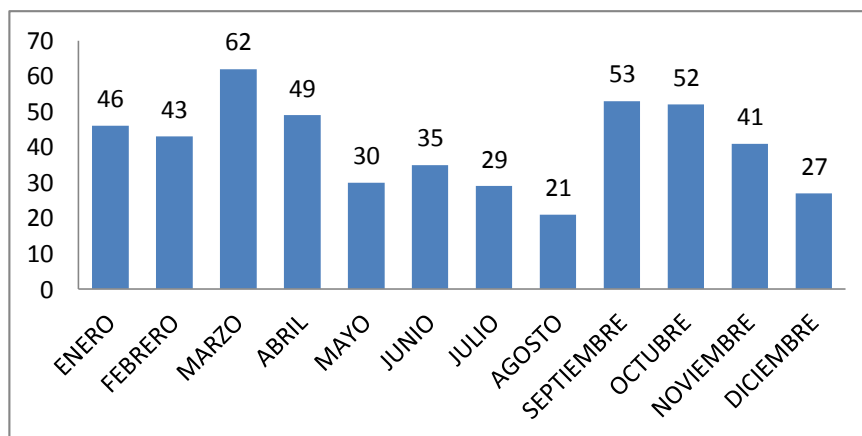


Figura 23. Interconsultas al servicio de Otorrinolaringología. C.S. SJC.2010

INTERCONSULTAS MÁS FRECUENTES DESGLOSADAS POR SEXO DE LOS PACIENTES DEL C.S.S.J.C.

-Oftalmología:

Se realizaron un total de 684 derivaciones de pacientes de sexo femenino y 417 de sexo masculino.

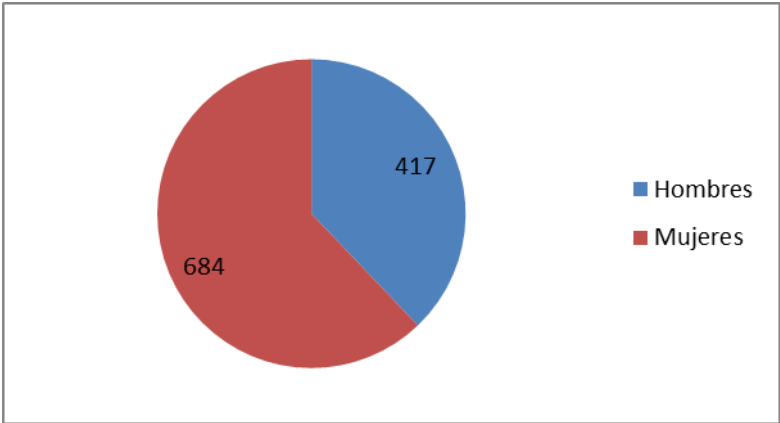


Figura 24. Distribución de interconsultas a Oftalmología por sexos.

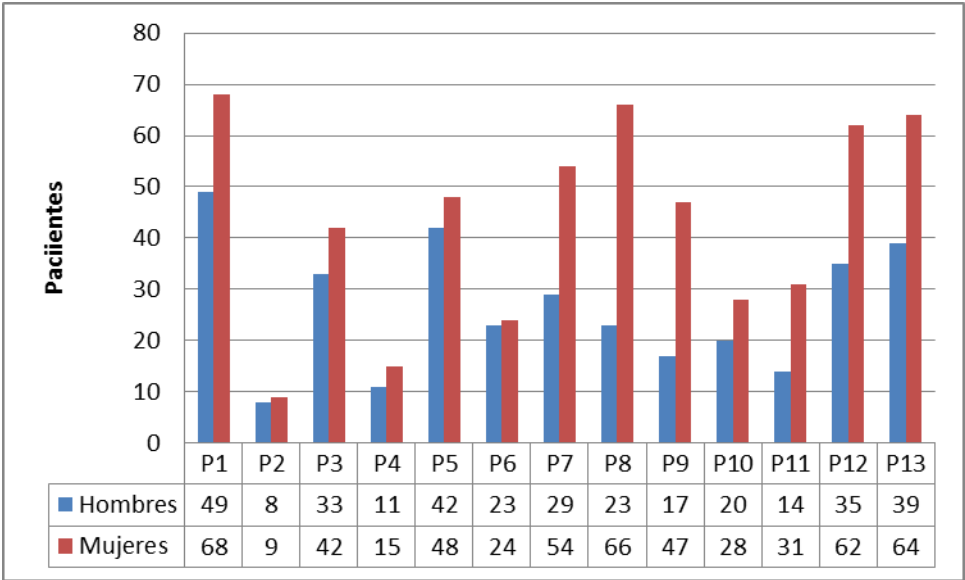


Figura 25.Distribución de las interconsultas a Oftalmología por sexo y por médico.

En la figura anterior se muestra la distribución de las derivaciones a oftalmología en dependencia del sexo de los pacientes, por cada uno de los 13 médicos del C.S.S.J.C. Se observa que se derivan más mujeres que hombres a dicha especialidad.

-Dermatología

Se derivaron 668 mujeres y 491 varones a Dermatología.

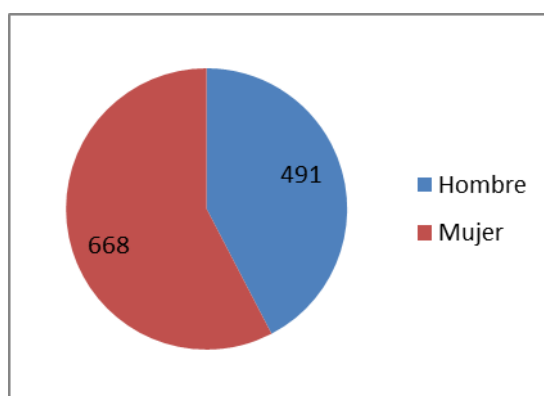


Figura 26. Distribución de interconsultas a Dermatología por sexos.

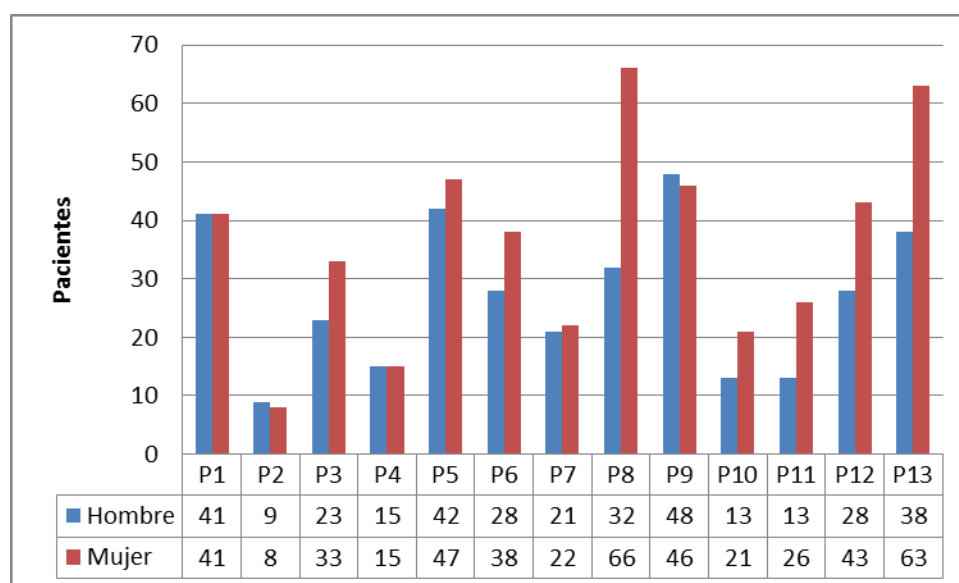


Figura 27. Distribución de las interconsultas a Dermatología por sexo y por médico.

Se observa que en general, se derivaron más mujeres que hombres a Dermatología, salvo en las derivaciones de dos casos que coinciden el número de pacientes de ambos sexos (P1 y P4) , y en otro caso en que se derivaron más hombres que mujeres(P9).

-Traumatología:

Se derivaron 522 mujeres y 337 hombres al servicio de Traumatología.

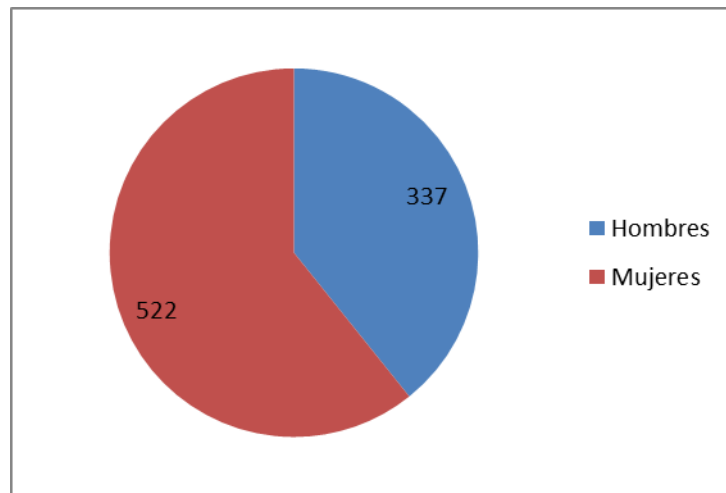


Figura 28. Distribución de interconsultas a Traumatología por sexos.

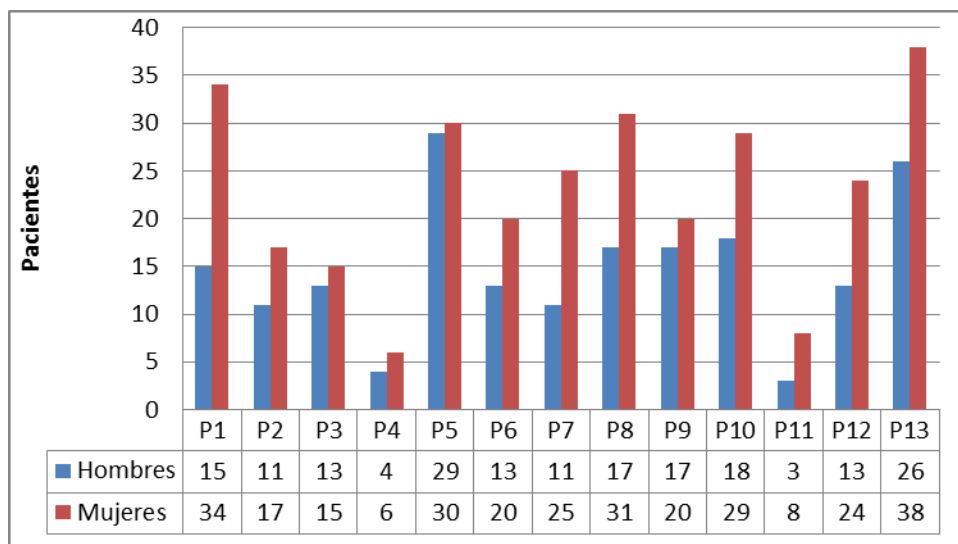


Figura 29. Distribución de las interconsultas a Traumatología por sexo y por médico

En el gráfico anterior, se observa que se derivaron más mujeres que hombres a Traumatología.

-Otorrinolaringología:

Se realizaron 457 derivaciones de pacientes de sexo femenino, y 313 del masculino al servicio de Otorrinolaringología.

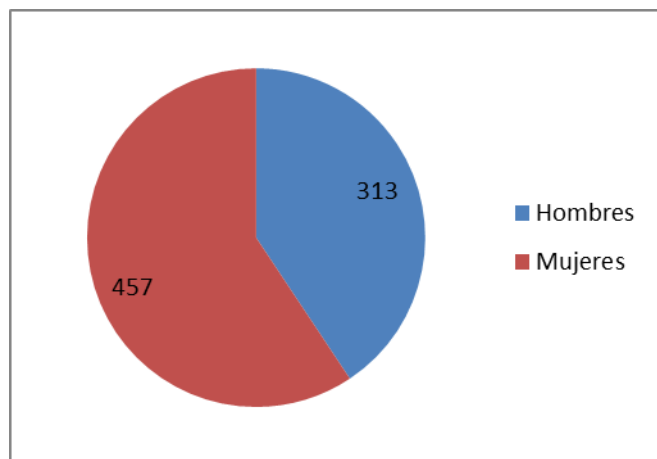


Figura 30. Distribución de interconsultas a Otorrinolaringología por sexos.

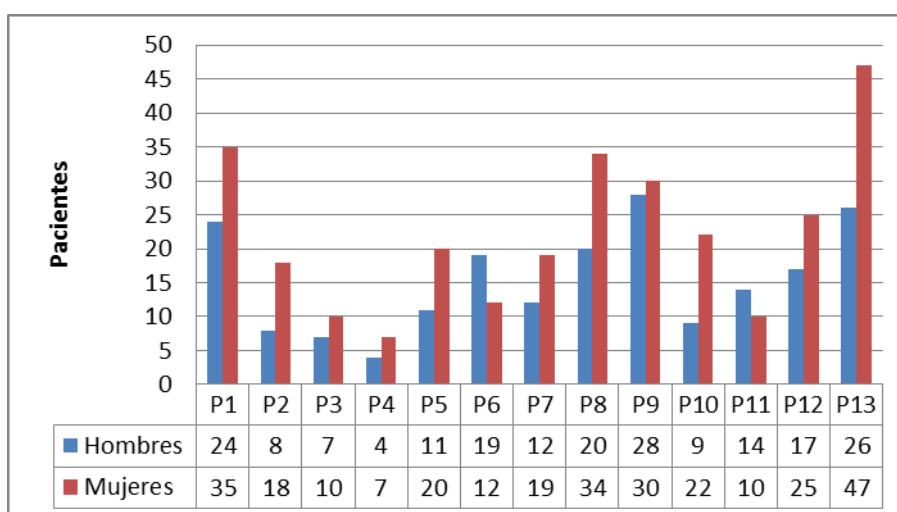


Figura 31. Distribución de las interconsultas a Otorrinolaringología por sexo y por médico

Observando los datos de la figura 29, se observa que la mayoría de las interconsultas al servicio de Otorrinolaringología fueron solicitadas a mujeres.

COMPARACIÓN DE INTERCONSULTAS ENTRE EL CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ CENTRO Y SAN JOSÉ NORTE

El centro de San José Centro (SJC) comparte edificio con el centro de salud San José Norte (SJN), es por ello que se considera oportuno el comparar las poblaciones de ambos, y analizar de forma conjunta el grado de derivación de consultas entre los mismos.

Centro	Población
SJN	19.109
SJC	18.264

Como se observa, las poblaciones de cada centro en el año 2.010 eran similares, dado que casi comparten área geográfica se puede decir que son poblaciones semejantes.

A continuación, se recogen dos tablas en donde se diferencian por especialidad, las derivaciones a los pacientes de ambos centros, tanto en valores absolutos como en valores relativos.

Centro	Derma	Digest	Oft	Endoc	ORL	Psqui	Gine	Cardio	RHB	Urg H	Traum	Uro
SJN	794	355	1159	189	544	213	563	455	240	216	607	357
SJC	820	324	911	139	488	227	574	370	218	298	492	261
TOTAL	1614	679	2070	328	1032	440	1137	825	458	514	1099	618

SJN%	11,21%	5,01%	16,36%	2,67%	7,68%	3,01%	7,95%	6,42%	3,39%	3,05%	8,57%	5,04%
SJC%	12,92%	5,10%	14,35%	2,19%	7,69%	3,58%	9,04%	5,83%	3,43%	4,70%	7,75%	4,11%

Centro	Neuro	Cirug	Neumo	M Int	Reuma	Alerg	Hem	Ger	Nefro	Toco	TOTAL
SJN	370	376	125	21	187	104	58	4	50	96	7083
SJC	301	301	97	34	178	106	46	22	16	117	6347
TOTAL	671	677	222	55	365	210	104	26	66	213	13430

SJN%	5,22%	5,31%	1,76%	0,30%	2,64%	1,47%	0,82%	0,06%	0,71%	1,36%
SJC%	4,74%	4,74%	1,53%	0,54%	2,80%	1,67%	0,72%	0,35%	0,25%	1,84%

Tabla 5. Derivaciones a consulta especializada en San José Norte y Centro

En dichas tablas, se aprecia, que las derivaciones por especialidad son muy similares entre ambos centros.

Se realizó el análisis de los datos utilizando Chi cuadrado para comparar proporciones entre ambos centros de salud, obteniendo un valor de 887, y una p 0,000.

En la tabla 7, se muestran las derivaciones en porcentajes y en números absolutos de las derivaciones por cada médico del C.S.S.J.C. Los residuos estandarizados y

corregidos, se muestran en dicha tabla, en rojo o en azul, indicando en los que se encontraron diferencias entre cada médico. No se muestran los resultados numéricos, por no complicar la interpretación de la tabla.

COMPARACIÓN DE INTERCONSULTAS POR TSI

POBLACIÓN TSI

Se refiere a la población que cada Comunidad Autónoma tiene incluida en su Base de datos de tarjeta sanitaria individual, a una fecha dada. Dentro de ésta los datos incluidos son los de:

- Población total por Área Sanitaria, Provincia y total autonómico
- Desagregación de dichos datos en función de:
 - Grupos quinquenales y por sexo, también desagregado por Área de salud
 - Situación de “activo”, “pensionista” y régimen de “mutualidades. Esta desagregación pretende diferenciar, fundamentalmente, entre aquellos que tienen aportación farmacéutica del tipo del régimen general (englobados en “activos”), aquellos que poseen farmacia gratuita, exentos de aportación (englobados en “pensionistas”) y aquellos que tienen una aportación diferente (mutualidades)

A continuación se muestra una tabla con la tasa de derivación a cada especialidad en Aragón, dependiendo de las TSI y por 1000, en el año 2.010.

Tasa= pacientes derivados a una determinada especialidad * 1.000 / nº total de
pacientes

Seguidamente se presenta una tabla con la comparación de tasas por TIS y por cada 1000 pacientes, tanto a nivel de Aragón, como del centro de salud San José Norte y de San José Centro.

	Dermatología	Digestivo	Oftalmología	Endocrinología	ORL	Psiquiatría	Ginecología	Cardiología	RHB	Urgencias H	Traumatología
Tasa Aragón	42,7	18,6	52,5	9,2	28,1		42,3	15,1	8,6		36,4
SJC	810	324	911	139	488	227	574	370	218	298	492
TASA SJC	44,35	17,74	49,88	7,61	26,72	12,43	31,43	20,26	11,94	16,32	26,94
SJN	794	355	1159	189	544	213	563	455	240	216	607
TASA SJN	41,6	18,6	60,7	9,9	28,5	11,1	29,5	23,8	12,6	11,3	31,8

Urología	Neurología	Cirugía	Neumología	M Interna	Reumatología	Alergología	Hematología	Geriatría	Nefrología	Tocología
16,8	14,7	18,6	6,1		10,2	6,3				
261	301	301	97	34	178	106	46	22	16	117
14,29	16,48	16,48	5,31	1,86	9,75	5,80	2,52	1,20	0,88	6,41
357	370	376	125	21	187	104	58	4	50	96
18,7	19,4	19,7	6,5	1,1	9,8	5,4	3,0	0,2	2,6	5,0

Tabla 6. Interconsultas por especialidad y TIS por cada 1000 pacientes en Aragón , CSSJC y CSSJN.2010.

Se observan unas tasas parecidas entre los tres grupos establecidos, aunque en algunas especialidades se observa alguna diferencia.

Tabla 6. Derivaciones a consulta especializada desde el C.S. San José Centro. 2010

	Derma	Digest	Oft	Endoc	ORL	Squid	Gine	Cardio	RHB	UrgH	Traum	Uro	Neuro	Cirug	Neum	MInt	Reuma	Alerg	Hem	Ger	Nefro	Toco	TOTAL
P1 %	82 11,6	32 4,5	117 16,5	20 2,8	59 8,3	18 2,5	72 10,2	47 6,6	30 4,2	27 3,8	53 7,5	25 3,5	42 5,9	32 4,5	7 1	2 0,3	17 2,4	8 1,1	8 1,1	0 0	2 0,3	8 1,1	708 11,2
P3 %	56 14,1	8 2	75 18,9	9 2,3	17 4,3	20 5	27 6,8	25 6,3	13 3,3	17 4,3	29 7,3	14 3,5	22 5,5	16 4,5	4 1	0 0	17 4,3	10 2,5	1 0,3	2 0,5	2 0,5	11 2,8	397 6,3
P5 %	89 13,7	32 4,9	90 13,8	8 1,2	31 4,8	14 2,1	70 10,7	38 5,8	57 8,7	31 4,8	59 9	22 3,4	26 4	34 5,2	6 0,9	1 0,2	6 0,9	10 1,5	6 0,9	9 1,4	3 0,5	10 1,5	652 10,3
P2 %	17 8,3	12 5,8	17 8,3	6 2,9	26 12,6	7 3,4	24 11,7	19 9,2	5 2,4	5 2,4	28 13,6	7 3,4	13 6,3	8 3,9	3 1,5	1 0,5	2 1,5	2 1	1 0,5	0 0	0 0	2 1	208 3,2
P6 %	66 14,2	26 5,6	47 10,1	19 4,1	31 6,7	18 3,9	33 7,1	29 6,2	8 1,7	23 4,9	33 7,1	23 4,9	27 5,8	35 7,5	10 2,1	2 0,4	12 2,6	15 3,2	3 0,6	0 0	1 0,2	5 1,1	466 7,3
P7 %	43 8,9	22 4,5	83 17,1	5 1	31 6,4	26 5,4	45 9,4	22 4,5	10 2,1	30 6,2	36 7,4	35 7,2	20 4,1	27 5,6	6 1,2	1 0,2	17 3,5	10 2,1	5 1	4 0,8	2 0,4	4 0,8	484 7,6
P8 %	98 17,8	31 5,6	99 18	9 1,6	54 9,8	1 0,2	34 6,2	42 7,6	15 2,7	0 0	48 8,7	23 4,2	36 6,5	23 4,2	10 1,8	0 0	17 3,1	0 0	1 0,2	0 0	1 0,2	8 1,5	550 8,7
P9 %	94 13,5	36 5,2	64 9,2	28 4	58 8,3	48 6,9	119 17,1	29 4,2	6 0,9	6 0,9	37 5,3	29 4,2	25 3,6	34 4,9	11 1,6	6 0,9	15 2,2	15 2,2	2 0,3	0 0	3 0,4	30 4,3	695 11
P10 %	34 8,5	19 4,8	48 12,1	12 3	31 7,8	19 4,8	20 5	13 3,3	20 5	54 13,6	47 11,8	16 4	14 3,5	16 4	5 1,3	10 2,5	6 1,5	4 1	8 2	0 0	0 0	2 0,5	398 6,3
P11 %	39 14,2	23 8,4	45 16,4	4 1,5	24 8,8	4 1,5	21 7,7	21 7,7	10 3,6	14 5,1	11 4	7 2,6	8 2,9	16 5,8	5 1,8	0 0	4 1,5	7 2,6	3 1,1	0 0	1 0,4	7 2,6	274 4,3
P4 %	30 16,3	9 4,9	26 14,1	6 3,3	11 6	12 6,5	14 7,6	9 4,9	3 1,6	0 0	10 5,4	11 6	13 7,1	8 4,3	1 0,5	0 0	13 7,1	4 2,2	1 0,5	0 0	0 0	3 1,6	184 2,9
P12 %	71 13,5	23 4,4	97 18,4	4 0,8	42 8	22 4,2	44 8,4	28 5,3	12 2,3	34 6,5	37 7	24 4,6	23 4,4	21 4	7 1,3	1 0,2	9 1,7	10 1,9	1 0,2	0 0	0 2,4	14 2,7	526 8,3
P13 %	101 12,5	51 6,3	103 12,8	9 1,1	73 9,1	18 2,2	51 6,3	48 6	29 3,6	57 7,1	64 8	25 3,1	32 4	31 3,9	22 2,7	10 1,2	43 5,3	11 1,4	6 0,7	7 0,9	1 0,1	13 1,6	805 12,7
TOTAL %	820 12,9	324 5,1	911 14,4	139 2,2	488 7,7	227 3,6	574 9	370 5,8	218 3,4	298 4,7	492 7,8	261 4,1	301 4,7	303 4,8	97 1,5	34 0,5	179 2,8	106 1,7	46 0,7	22 0,3	18 0,3	117 1,8	6345 100

DISCUSIÓN

Durante el periodo de estudio comprendido desde el 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2010, realizado en el centro de salud San José Centro se registraron 81.246 visitas , con un promedio de 7.386 visitas por médico de dicho centro y 6.345 derivaciones al segundo nivel asistencial.

En cuanto a la distribución de las derivaciones por sexo del médico, el número de la muestra de hombres y mujeres no sería comparable, ya que las poblaciones no son equitativas, existe una desproporción numérica entre los facultativos.

Del total de derivaciones que se contabilizaron, las 4 especialidades que mayor demanda abarcaron fueron: Oftalmología (14%), Dermatología (12,9 %), Traumatología (7,85 %), Otorrinolaringología (7,7%); siendo resultados coincidentes con otros estudios^{13 y 14}

Estos resultados podrían ser analizados en trabajos futuros, y ver si las derivaciones han sido para la realización de pruebas complementarias determinadas, o la necesidad de un tratamiento específico, o para resolver una duda diagnóstica. Aunque también podría indicar ciertas necesidades formativas en los médicos del equipo en dichas especialidades, pero habría que analizar factores como el patrón de morbilidad local, las características sociodemográficas de la población, los cupos sobrecargados o la escasez de tiempo por paciente; sin embargo, el mayor porcentaje de solicitudes en ciertos profesionales y la igualdad o proximidad de cupo (caso de los facultativos de nuestro centro) hacen plantearse una necesidad de actualización de conocimientos en estas áreas.¹⁵

13. Báez Montilla JM, Sánchez Oropesa A, Garcés Redondo G, González Carnero R, Santos Béjar L, López de castro F. Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención primaria y especializada. *Semergen*.2013; 39 (2):89-94.

14. López García S, Subías Loren PJ. Derivación de la Atención primaria a la Atención Especializada. Descripción de los motivos más frecuentes. 2007.

15. Prieto Albino L. Análisis de las derivaciones al segundo nivel desde un centro de salud urbano. *Aten Primaria* 2004;33(9):521-522.

En lo que respecta a las derivaciones a las 4 especialidades más solicitadas, se observa un descenso generalizado en los meses correspondientes al periodo estival, en que tanto los pacientes como los profesionales médicos suelen estar de vacaciones. En Dermatología cabría mencionar, que aunque las consultas se mantienen bastante estables a lo largo del año, a pesar del descenso de interconsultas en los meses de verano, se observa un ascenso en el mes de septiembre, que podría corresponderse con la mejora o empeoramiento de ciertas enfermedades dermatológicas con el sol o la humedad. En el caso de Otorrinolaringología, sucedería algo similar en probable relación con la aparición de determinadas patologías infecciosas (otitis,...), que empeoran en condiciones de humedad, tal y como se señala en algunos estudios.¹⁶

En cuanto a las derivaciones a estas 4 especialidades, si desglosamos las interconsultas por sexo de los pacientes, se observa que se derivan más mujeres que hombres. No hemos podido conocer los datos de composición de cada cupo en cuanto a hombres y mujeres. Pero por estudios realizados anteriormente se sabe que el 60% de las consultas de medicina de familia, y el 57% de las de enfermería están originadas por mujeres. Y en cuanto a la frecuentación general por sexo se sabe que las mujeres presentan una mayor frecuentación que los hombres: 1.5 consultas/año más en Medicina (6.6 y 5 consultas año respectivamente) y 0.5 más en Enfermería (3.2 y 2.8).¹⁷

Si comparamos los 2 centros de salud de San José (Centro y Norte), el centro que más derivó fue el de SJN, 7.025 interconsultas, frente a las 6.345 de SJC. Téngase en cuenta que el centro de SJN contaba con 19.109 pacientes, mientras que a SJC pertenecían 18.264 pacientes en dicho año. Se observa que las derivaciones a las distintas especialidades fueron bastante similares.

16. Camila Seymour M, Javiera Pardo J, Héctor Bahamonde S. Patología otorrinolaringológica ambulatoria en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile durante el año 2008: Reporte de 9.157 pacientes. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [online]. 2011, vol.71, n.3, pp. 237-240.

17. Actividad ordinaria en centros de atención primaria. Informe resumen evolutivo del sistema nacional de salud 2007-2009. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Instituto de Información Sanitaria. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/>

En cuanto a la comparación de las derivaciones por TSI, se observan unas tasas parecidas entre las de Aragón, CSSJC y CSSJN.

En cuanto al análisis estadístico de los datos de derivaciones a las distintas especialidades entre San José norte y San José Centro se obtuvo un valor de Chi cuadrado de 887, con una p de 0. Por lo que se observaron diferencias significativas entre las derivaciones realizadas a consulta especializada entre el C.S San José Centro y San José norte.

Este trabajo, permite analizar las derivaciones realizadas por cada profesional, y ver a qué especialidades se deriva con más frecuencia.

Ante estos resultados, podrían plantearse varias cuestiones para reducir las largas listas de espera hasta ser vistos por el especialista, y mejorar la calidad de la asistencia de nuestros pacientes: ser

- Listas de espera para el especialista de varios meses

Las consultas externas del hospital y de los centros de especialidades están sobrecargadas lo que produce disfunciones, como las listas de espera, en las que se incluyen tanto a pacientes con patologías graves, que necesitan una atención sin demoras, como a pacientes que no requieren de la compleja estructura hospitalaria para su cuidado. Estos últimos dificultan la actividad en este nivel asistencial y contribuyen a generar otras disfunciones como, por ejemplo, una mayor presión sobre los servicios de Urgencia por pacientes que no pueden, o no desean, aguardar los a veces largos periodos de tiempo de espera, o reiteradas visitas a la consulta de atención primaria hasta tener la cita con el especialista.^{18, 19 y 20}

18 García País MJ, Rigueiro Veloso MT, Rodríguez Ledo P, Rodríguez Fernández C, Muriel A, Abaira V, et al. Idoneidad de las derivaciones de Atención Primaria a especialidades médicas hospitalarias. SEMERGEN. 2006; 32(8):376-81

19 Alfonso Sánchez JL, Sentís Vilalta J, Blasco Perepérez S, et al. Características de la hospitalización evitable en España. Med Clin (Barc). 2004; 122:653-8.

20. Peiró S. Listas de espera: mucho ruido, poca información, políticas oportunistas y mínima gestión. Gest Clin Sanit 2000;2:115-6

- Si podríamos resolver dichos problemas de salud en nuestra consulta
- Mejorar la comunicación entre las distintas especialidades (AE) y Atención Primaria(AP)

De acuerdo con varios estudios, la falta de comunicación y de coordinación entre los distintos ámbitos asistenciales, tanto entre AP y AE, como entre los propios servicios hospitalarios, conlleva como consecuencia a un despilfarro de recursos (duplicidad de pruebas diagnósticas, distintos especialistas en la atención del mismo proceso, parcelación de la asistencia, etc.), incremento incesante y perjudicial de las listas de espera, pérdida de la continuidad asistencial y a una continua fuente de errores en la asistencia.

Es por ello que sería conveniente que fuera obligatorio recibir un informe escrito con el resultado de la interconsulta.^{21 y 22}

- Realizar cursos de formación, o de actualización obligatorios para el médico de familia

Es importante que el médico de familia esté en continua renovación de sus conocimientos. Por lo general, este proceso debe llevarlo cada médico de forma individual, lo que no quiere decir que todos lo hagan, por lo que sería conveniente que se obligara a la realización de cursos de actualización, que irían en beneficio de la atención que recibe el paciente por parte del médico.

- Planificar charlas con especialistas que acudieran al centro de salud esporádicamente para resolver dudas o consultas
- Para dar respuesta a los problemas de coordinación surgidos por la falta de información y con el fin de fomentar la actitud de responsabilidad compartida

21 Franco Hidalgo S, Prieto de Paula JM, Martín Serradilla JI, Martín Carbayo JL. Unidades de diagnóstico rápido o consultas de atención inmediata en medicina interna. Análisis de los primeros 6 meses de funcionamiento en Palencia. Semergen. 2012; 38 (2):126-130.

22 Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, Sussman AJ, Fairchild DG, Bates D.W. Communication breakdown in the outpatient referral process. J Gen Intern Med. 2000;15: 626-31

para el cuidado de la población, es necesario trabajar en tres campos: personas, procesos y tecnologías.

En un intento de dar respuesta a esta situación, AP viene reclamando desde hace tiempo la figura del médico consultor, entendida como un enlace con la AE.

La función de esta figura sería dar voz a los centros de AP en el Hospital. Sería la referencia en el hospital para cada uno de los CS, participaría en reuniones formativas, coordinaría la relación con el servicio correspondiente. Daría apoyo a la formación (sesiones clínicas conjuntas y revisión conjunta de pacientes previamente seleccionados); coordinaría las interconsultas, revisiones de la casuística derivada; discusión de casos a derivar; coordinación de la elaboración de protocolos de derivación. Idealmente, a través de la protocolización de actuaciones de cada especialidad abriría la vía de acceso a la tecnología y pruebas complementarias para AP; establecimiento de protocolos de derivación de pacientes para las patologías más frecuentes atendidas en cada servicio mediante grupos de expertos de los dos niveles asistenciales.^{23 y 24}

- Desbloquear el acceso a algunas pruebas diagnósticas por parte del médico de atención primaria
- Consensuar los criterios de derivación entre atención especializada y primaria

En la resolución del 22 de Junio de 2009, que todavía continúa vigente, de la Dirección -Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se dictan instrucciones en relación con el desarrollo de actividades clínico administrativas, el apartado de interconsultas a atención especializada se establece que :

23 Criado-Montilla J, Ibáñez-Bermúdez F. Relaciones entre hospital y atención primaria. Experiencia de un servicio de medicina interna. Med Clin (Barc). 1996; 106:463-8.

24 San Román CM, Viciano P, García Calvo MI, Gómez- Huelgas R, Peláez S, Porras JJ, et al. Consultas de especialidades médicas. Un sistema de “protección” y selección de hospitales generales básicos. Rev Clin Esp 1988; 182: 173-6

- El paciente debe ser derivado con hoja de interconsulta, únicamente en la primera visita, precisando el motivo de consulta.
- Todas las posteriores visitas serán programadas por el especialista, y no será necesario
- En cada consulta de Atención Especializada, serán emitidos los documentos necesarios para la realización de cualquier prueba complementaria (analítica, imagen o diagnóstica), las primeras recetas procedentes y la pertinente programación de próxima consulta, salvo que se produzca el alta del paciente. En este caso, se emitirá informe para el médico de familia, adecuadamente cumplimentado con, al menos, el diagnóstico, tratamiento y pauta terapéutica (incluyendo información relativa a la incapacidad temporal, si procede).
- En el caso de que el facultativo especialista considere que el paciente necesita ser valorado pro otra especialidad, para completar el estudio del proceso específico por el que fue derivado, deberá solicitar la oportuna interconsulta, haciéndose responsable de recibir los informes correspondientes, cerrar el episodio e informar del resultado al médico de Atención Primaria.

Como posibles líneas de estudio se podían plantear:

- Análisis de las vías de derivación: Normal, preferente, urgente
- Motivos de derivación: revisión, valoración clínica o valoración quirúrgica.
- Analizar quién solicita la interconsulta: el médico de familia, el paciente, otro especialista a través del médico de familia.

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados se puede observar una amplia variabilidad en el número de derivaciones totales entre los médicos del mismo centro, así como en las derivaciones a cada una de las distintas especialidades. Lo mismo sucede en la comparación entre los dos centros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gené Badía J, Casajuana Brunet J, Bellón Saameño JA. Gestión en Atención Primaria. En: Martín Zurro JA, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria.6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2.008. p42-67.
2. Prado Prieto L, García Olmos L, Rodríguez Salvanés F, Otero Puime A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. Atención Primaria.2005; 35:146-51.
3. Gervás J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. Atención Primaria.1995; Vol. 16. Núm. 8.
4. Alonso Pérez de Ágreda JP, Febrel Bordejé M, Huelin Domeco de Jarauta J. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. Gac Sanit 2000; 14(2):122-130.
5. Peiró S. La derivación primaria especializada como problema y como síntoma. Gestión Clínica y Sanitaria.2008; 10:84-8
6. Forrest CB, Nutting PA, von Schrader S, Rohde C, Starfield B. Primary care physician, and health care system determinants. Med Decis Making.2006; 26: 76-85.
7. García Olmos L. La investigación sobre demanda derivada. Semergen. 2005; 31:345-6.
8. García Olmos L. Cambios en la organización y demanda derivada. Seminarios de innovación en atención primaria 2007. Fundación Ciencias de la Salud.2007.
9. Meneu R. Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones. Barcelona: Masson SA; 2002,1-15.
10. Martín Zurro A. Atención Primaria de Salud. En: Martín Zurro JA, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria.6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2.008.p.3-17.
11. Gervás J, García Olmos LM, Simó J, Peiró S. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. Aten Primaria.2008;40:253-5
12. Atención Primaria. Aragón (2010). Zaragoza: Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón; 2011.
13. Báez Montilla JM, Sánchez Oropesa A, Garcés Redondo G, González Carnero R, Santos Béjar L, López de castro F. Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención primaria y especializada. Semergen.2013; 39 (2):89-94.
14. López García S, Subías Loren PJ. Derivación de la Atención primaria a la Atención Especializada. Descripción de los motivos más frecuentes. 2007.
15. Prieto Albino L. Análisis de las derivaciones al segundo nivel desde un centro de salud urbano. Aten Primaria 2004;33(9):521-522.

16. Camila Seymour M, Javiera Pardo J, Héctor Bahamonde S. Patología otorrinolaringológica ambulatoria en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile durante el año 2008: Reporte de 9.157 pacientes. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [online]. 2011, vol.71, n.3, pp. 237-240.
17. Actividad ordinaria en centros de atención primaria. Informe resumen evolutivo del sistema nacional de salud 2007-2009. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Instituto de Información Sanitaria. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/>
18. García País MJ, Rigueiro Veloso MT, Rodríguez Ledo P, Rodríguez Fernández C, Muriel A, Abreira V, et al. Idoneidad de las derivaciones de Atención Primaria a especialidades médicas hospitalarias. SEMERGEN. 2006; 32(8):376-81
19. Alfonso Sánchez JL, Sentís Vilalta J, Blasco Perepérez S, et al. Características de la hospitalización evitable en España. Med Clin (Barc). 2004; 122:653-8.
20. Peiró S. Listas de espera: mucho ruido, poca información, políticas oportunistas y mínima gestión. Gest Clin Sanit 2000;2:115-6
21. Franco Hidalgo S, Prieto de Paula JM, Martín Serradilla JI, Martín Carbayo JL. Unidades de diagnóstico rápido o consultas de atención inmediata en medicina interna. Análisis de los primeros 6 meses de funcionamiento en Palencia. Semergen. 2012; 38 (2):126-130.
22. Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, Sussman AJ, Fairchild DG, Bates D.W. Communication breakdown in the outpatient referral process. J Gen Intern Med. 2000;15:626-31
23. Criado-Montilla J, Ibáñez-Bermúdez F. Relaciones entre hospital y atención primaria. Experiencia de un servicio de medicina interna. Med Clin (Barc). 1996; 106: 463-8.
24. San Román CM, Viciano P, García Calvo MI, Gómez- Huelgas R, Peláez S, Porras JJ, et al. Consultas de especialidades médicas. Un sistema de “protección” y selección de hospitales generales básicos. Rev Clin Esp 1988; 182: 173-6

