

## La investigación sobre demanda derivada

L. García Olmos

Coordinador Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Área 2. Madrid.  
Cátedra UAM – Novartis de Medicina de Familia

Un médico general es aquel que, con independencia de su formación de postgrado, no selecciona a los pacientes por la edad, el sexo o el problema que presentan. En cambio, son médicos especialistas los que hacen selección con arreglo a alguna de las características señaladas.

La globalidad es una característica esencial de la Atención Primaria, y significa capacidad para resolver la mayor parte de los problemas de salud que presenta la población. Datos empíricos demuestran que el médico general resuelve entre un 90% y un 95 % de los problemas que atiende. Cuando el médico general no puede avanzar en el proceso de atención al paciente recurre a otros profesionales, deriva al paciente, perdiendo la responsabilidad sobre él de forma total o parcial, temporal o permanente. En la mitad de los casos, el médico general sólo espera del especialista consejos para el manejo del paciente o la realización de alguna prueba diagnóstica, y en la mayoría de las ocasiones la pérdida de la responsabilidad es parcial y temporal<sup>1</sup>. El proceso de derivación delimita un sistema en el que fluyen pacientes e información entre médico general y especialista o viceversa.

Otra característica esencial de la Atención Primaria consiste en ser el primer contacto de la población con el sistema sanitario. En algunos casos la organización es tal que el paciente está obligado a consultar con el médico general antes de hacerlo con otros especialistas; es la puerta de entrada al sistema. Los sistemas organizados con un médico general como puerta de entrada son más eficientes<sup>2</sup>, consiguen mejores resultados en salud y tienen tasas de derivación más elevadas que los que no actúan de puerta de entrada<sup>3</sup>.

Para que el médico realice bien su trabajo como puerta de entrada tiene que actuar como filtro a la atención especializada y tiene que ser capaz de resolver los problemas habituales. Una de las habilidades más importantes que tiene que adquirir el médico general consiste en diferenciar a los pacientes que necesitan exploraciones diagnósticas, tratamiento o derivación de aquellos que no lo requieren.

Médicos generales y especialistas trabajan en condiciones diferentes. El médico general, con su papel de filtro hace que los especialistas se enfrenten a un espectro diagnóstico estrecho, efectúa una selección de pacientes, de forma que la prevalencia de los problemas que diagnostica el especialista es mayor en los pacientes derivados que en la población atendida en la consulta de Medicina General. En estas condiciones, las pruebas diagnósticas son más eficientes y la falta de filtro ocasiona la realización de pruebas diagnósticas e intervenciones terapéuticas innecesarias<sup>4</sup>. Una derivación excesiva produce gastos indebidos y expone al paciente a riesgos innecesarios. Por otro lado, la demora en la derivación retrasa el diagnóstico y el tratamiento, y puede acabar ocasionando intervenciones más caras.

Para realizar correctamente la función de filtro se requieren habilidades específicas. Un umbral bajo para derivar evita que los casos lleguen tarde al especialista, pero la especificidad de la derivación sería tan baja que el papel de médico como puerta de entrada al sistema quedaría anulado.

La demanda derivada es un proceso de toma de decisiones con dos niveles diferenciados; en el primero se decide sobre la derivación en sí misma –derivar o no derivar al paciente– y en el segundo, sobre la elección del especialista a quién se deriva.

La investigación sobre demanda derivada permite resaltar tres hitos importantes:

1) El estudio europeo de demanda derivada<sup>5</sup> en el que se estudiaron más de 44.000 derivaciones, efectuadas por 1.500 médicos de 15 países, en 850.000 visitas atendidas; un subestudio permitió conocer la situación para España con una muestra de 242 médicos distribuidos por todo el territorio nacional<sup>6</sup>.

2) Los estudios previos y posteriores a las reformas de la Atención Primaria introducidas en el Reino Unido, a comienzos de los años noventa, donde uno de los objetivos era cambiar la relación entre los médicos generales y los hospitales; muchos de aquellos resultados fueron recopilados por Roland y Coulter<sup>7</sup>.

3) En Estados Unidos, la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), en 1996, convocó ayudas para la investigación en demanda derivada y fruto de esa iniciativa han surgido diversos estudios a gran escala en aquel país<sup>1,3</sup>.

Correspondencia: L. García Olmos.  
Coordinador Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Área 2. Madrid.  
C/ O'Donnell, 55.  
28009 Madrid.

Los primeros estudios se orientaron a describir las tasas y el patrón de derivación (especialista al que se deriva). Todos encontraron gran variabilidad interprofesional y cuando analizaban datos de los mismos profesionales en distintos períodos de tiempo se comprobó que la variabilidad temporal era escasa. La derivación era mayor a especialidades quirúrgicas que a especialidades médicas.

Hay una tendencia generalizada a considerar que es mejor médico el que deriva poco que el que deriva mucho; sin embargo, las tasas de derivación no dan información sobre su pertinencia. Coulter et al encontraron que la probabilidad de ser ingresado en un hospital es la misma en los pacientes de médicos con tasas de derivación alta que en los de médicos con tasas de derivación bajas<sup>8</sup>. Knottnerus et al utilizaron un panel de expertos para juzgar la calidad de las derivaciones y encontraron que las derivaciones apropiadas eran igual de frecuentes en los médicos con tasas de derivación alta que en los médicos con tasas de derivación baja<sup>9</sup>.

Las razones para la derivación se reparten, casi a partes iguales, entre asesoramiento sobre el tratamiento y asesoramiento sobre el diagnóstico. En un 15 % de los casos el paciente solicita expresamente ser derivado. Bastantes derivaciones se hacen sin estar presente el paciente o en el contexto de una consulta telefónica.

A pesar de que no existe una explicación satisfactoria para la variabilidad en la derivación, estudios analíticos han servido para encontrar variables predictoras de la derivación como las características del paciente (edad, sexo, clase social), las características del médico (edad, sexo, especialidad, experiencia profesional), y las características estructurales de sistema sanitario (carga de trabajo, tamaño del cupo, lista de espera, distancia entre el domicilio del paciente y el especialista, localización de la consulta del médico general, acreditación docente de la consulta y organización del trabajo [en grupo o aislado]). En los últimos estudios, Forrest et al han demostrado que las tasas de derivación son más altas para los problemas poco frecuentes que para aquellos que son atendidos con frecuencia<sup>10</sup>.

No tiene sentido realizar más estudios para demostrar la variabilidad en las tasas de derivación; se trata de un hecho bien documentado. No tiene sentido replicar estudios para describir el patrón de derivación, también se trata de un hecho conocido y bien documentado.

Hay que identificar los problemas con mayor variabilidad en las tasas de derivación. Necesitamos estandarizar la forma de presentar los perfiles de derivación entre profesionales después de ajustar por las variables que sea preciso, de forma que sean creíbles y comparables. Hacen falta

estudios que aclaren por qué pacientes con el mismo problema son derivados a diferentes especialistas; también necesitamos saber qué médico es más eficiente atendiendo el problema. Necesitamos estudios que comparen la calidad, el coste y los resultados en salud de pacientes derivados y no derivados, para el mismo problema.

El Nacional Institute for Clinical Excellence (NICE)<sup>11</sup> y otras instituciones han desarrollado guías de derivación. Los protocolos, las guías de práctica clínica y las guías de procesos asistenciales contemplan recomendaciones para la derivación. Hacen falta estudios que den respaldo científico a estas recomendaciones, con frecuencia, fruto sólo del consenso entre profesionales.

Los estudios de demanda derivada tienen una historia relativamente reciente que ha conseguido dejar bien establecido el conocimiento sobre algunas cuestiones pero todavía quedan otras muchas por aclarar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Starfield B, Forrest CB, Nutting PA, von Schrader S. Variability in physician referral decisions. *J Am Borad Fam Pract.* 2002;15:473-80.
2. Forrest CB, Starfield B. The effect of first – contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *J Fam Pract.* 1996;43:40-8.
3. Forrest CB, Nutting PA, Werner JJ, Starfield B, von Schrader S, Rohde C. Managed health plan effects on specialty referral process. Results from the Ambulatory Sentinel Practice Network Referral study. *Med Care.* 2003;41:242-53.
4. Knottnerus JA. Medical decision making by general practitioners and specialists. *Fam Pract.* 1991;8:305-7.
5. Fleming DM. The European study of referrals from primary to secondary care. Report to the Concerted Action Committee of Health Services Research for European Community. Bristol: Royal College of General Practitioners; 1992.
6. García Olmos L, Gervas J, Otero A, Pérez Fernández M. La demanda derivada: un estudio de la relación entre médicos generales y especialistas. *Rev Esp Salud Pública.* 1994;68:267-77.
7. Roland M, Coulter A, editors. Hospital referrals. Oxford: Oxford University Press; 1992.
8. Coulter A, Seagroatt V, McPherson M. Relation between general practices' outpatient referral rates and rates of elective admission to hospital. *BMJ.* 1990;301:273-6.
9. Knottnerus JA, Joosten J, Daams J. Comparing the quality of referrals of general practitioners with high and average referral rates: an independent panel review *Br J Gen Pract.* 1990;40:178-81.
10. Forrest CB, Reid RJ. Prevalence of health problems and primary care physicians' specialty referral decision. *J Fam Pract.* 2001;50:427-32.
11. National Institute for Clinical Excellence. Referral practice. A guide to appropriate referral from general specialist services. Londres: National Institute for Clinical Excellence; 2000.