

COMENTARIO EDITORIAL

Accesibilidad del médico de atención primaria a la tecnología de diagnóstico

Access to diagnostic technology by Primary Care doctors

Dr. Jose Granell*

Complejo Asistencial de Ávila

Recibido el 23 de febrero de 2012; aceptado el 23 de febrero de 2012

A diferencia de la acepción habitual, extendida incluso en los ámbitos médicos, la expresión *tecnología sanitaria* se refiere no solo al conjunto de procedimientos y aparatos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica (además de los medicamentos), sino también a los sistemas organizativos con los que se presta la asistencia sanitaria¹. Asumiendo esta perspectiva global y aplicándola al equipamiento de diagnóstico médico, encontramos que conceptualmente es relevante tanto el equipamiento en sí, como la gestión de su uso. Y lo es porque el procedimiento de uso está íntimamente ligado a la *efectividad*, y desde una visión más amplia a la *eficiencia* y en definitiva a la *utilidad*, es decir, al grado en que esta tecnología contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes, lo cual, por supuesto, es uno de los fines últimos de la asistencia sanitaria.

El original publicado por de la Figuera y colaboradores aborda el *uso apropiado* y la *utilidad* del ecocardiograma solicitado desde atención primaria, planteando el problema de la accesibilidad directa a determinadas tecnologías de diagnóstico².

El estudio se contextualiza de forma adecuada el modelo sanitario español diseñado por la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986 de 25 de Abril, y en el papel referencial otorgado a la atención primaria. Así, en la relación con atención especializada procede superar el concepto de *derivación* y evolucionar hacia una auténtica colaboración, con un intercambio de información fluido dirigido al cuidado más adecuado de los pacientes. En este entorno, el trabajo en equipo entre los distintos niveles asistenciales debe basarse en el principio de confianza (reconocimiento recíproco de los conocimientos, capacidades y competencia) como uno de los pilares que garantiza precisamente la continuidad asistencial. Y es sin duda en patologías de elevada prevalencia

en las que es médico de atención primaria debe adquirir un papel más protagonista, papel que se verá propiciado por la accesibilidad a determinadas tecnologías diagnósticas.

Los protocolos de acceso a las de pruebas diagnósticas son decisiones organizativas que responden a factores complejos. Existen por un lado estructuras de asesoramiento técnico y por otro responsables de la toma de decisiones, incluyendo entre unas y otros multitud de actores y partes interesadas. La mayor o menor distancia administrativa o relacional entre atención primaria y especializada, tanto desde el punto de vista del modelo de coordinación entre ambas, como de las circunstancias concretas de cada área de salud, añade un plus de complejidad. Sin embargo, ciertamente, las decisiones regulatorias deberían tomarse en base a criterios de *utilidad* y optimización del uso de los recursos. Más aún en el contexto sanitario actual en el que la búsqueda de la *eficiencia* es cada vez más una exigencia ética (hace ya tiempo que tiene carácter de urgencia la consideración de los costes asociados a las decisiones en la asignación de los recursos³).

El trabajo se enmarca en esta línea de generación de evidencia. Así, el *uso apropiado* de las pruebas diagnósticas basado en guías consensuadas dirige la práctica clínica hacia el uso eficiente de la tecnología, y el *rendimiento* diagnóstico se constituye en un fin subrogado relacionado con la utilidad (aunque ciertamente sería deseable disponer de información más directamente relacionada con la ganancia de salud de la población, como el aumento en la esperanza de vida relacionado con un diagnóstico adecuado⁴).

Permanece sin embargo el problema de la validez externa de los resultados. En el estudio se hace referencia a la accesibilidad en el sistema británico, que tiene efectivamente una coincidencia básica en cuanto a la filosofía del modelo sanitario pero también grandes diferencias que comprometen seriamente la extrapolación. Así, es probable que en las condiciones actuales en muchas áreas de salud el acceso directo al diagnóstico desde prima-

* Correspondencia.

Correo electrónico: jgranelln@seorl.net

ria sea simplemente inviable, entre otros motivos por la incapacidad para asumir la demanda generada. El trabajo referenciado es sin embargo un argumento sólido a favor de la creación de un entorno adecuado en cada área asistencial para la implementación de protocolos de acceso a pruebas diagnósticas desde atención primaria, que deberán ser validados y revisados periódicamente, para adaptarse a unas circunstancias que serán a la vez locales y cambiantes.

En la búsqueda de oportunidades de mejora encontramos en este campo, por un lado, un terreno propicio para trabajar el "eterno problema" de la coordinación entre niveles asistenciales y, por otro, un motivo más para el fomento de la investigación evaluativa dirigida a las tecnologías sanitarias.

El uso y la regulación del acceso a la tecnología diagnóstica ha basarse en criterios de eficiencia y utilidad. El acceso directo a la misma desde atención primaria puede cumplir estos criterios.

Es preciso generar evidencias sobre el uso eficiente de la tecnología diagnóstica a través de la investigación evaluativa.

Bibliografía

1. US Congress. Office of Technology Assessment. Identifying health technologies that work. Searching for evidence. OTA-H-608. Washington DC: US Government Printing Office, 1994.
2. Figuera M, Fernandez J, Fernandez MI, Castelló M, Canadel J. Adecuación y rendimiento del ecocardiograma en atención primaria. Aten Primaria, 2012.
3. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. The Nuffield Provincial Hospitals Trust. London, 1972.
4. Mant J, Doust J, Roalfe A, Barton P, Cowie MR, Glasziou P, et al. Systematic review and individual patient data meta-analysis of diagnosis of heart failure, with modelling of implications of different diagnostic strategies in primary care. Health Technol Assess. 2009;13:1-207.