

**ORIGINALES****INTEGRACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES: PROPUESTA DE UN INDICADOR**

**J.L. Gastón Morata (1); R. Rodríguez-Contreras Pelayo (2); A. Bueno Cavanillas (2); J. Aguado Mingorance (1); R. López Gigosos (2); M. Delgado Rodríguez (2).**

(1) Centro de Salud Zaidin-Sur (Granada).

(2) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Granada.

**RESUMEN**

Con el objetivo de valorar el grado de interrelación existente entre la atención primaria y otros niveles del sistema sanitario, se propone la utilización de un indicador de integración entre niveles, con el que se puede cuantificar la probabilidad de recibir una respuesta del nivel sanitario superior, cuando el médico de Atención Primaria ha enviado una solicitud de interconsulta. Para obtener los datos necesarios para el cálculo de este indicador, se estudian las interconsultas solicitadas y recibidas en un Centro de Salud, durante un período de 4 semanas, así como los porcentajes de registro de ambas en las historias clínicas. El porcentaje de interconsultas remitidas sobre el total de actos médicos es de 7,36 por 100, con un valor del indicador de integración de 36 por 100. Es decir, sólo en 36 de cada 100 interconsultas remitidas llega la información solicitada al punto de partida, el médico de atención primaria. En el resto de los casos, la remisión de una interconsulta supone la pérdida de seguimiento del enfermo.

**Palabras clave:** Integración interniveles, Indicador de integración, Demanda derivada, Consultas remitidas, Consultas recibidas.

**ABSTRACT****Integration among Health Care Levels: Proposed Indicator**

In order to evaluate the degree of inter-relationship between the primary health care level and other levels of the health service, the use is proposed of an indicator of integration between levels with which it is possible to quantify the likelihood of receiving a response from the upper health level after the doctor in primary care has requested a second opinion. To obtain the data necessary to calculate this indicator, the referrals requested and received in a health centre are studied over a period of four weeks, as well as the percentages of registration of the referrals in the case histories. The percentage of referrals over number of medical actions is 7,36 %, with an integration indicator value of 36 %. That is to say, in only 36 of every 100 referrals requested does the information requested reach its source, the doctor in primary care. In the remaining cases, the request for referral means the follow-up of that patient is lost.

**Key Words:** Interlevel integration, Integration indicator, Derived request, Referrals requested, Referrals received.

**INTRODUCCION**

En el nivel primario de atención deben resolverse la mayor parte de los problemas de salud que presenta la población <sup>1</sup>. El envío de un paciente al especialista o al hospital, no significa la pérdida de responsabilidad de su cuidado,

sino un acto médico más entre los muchos que desarrolla el médico de Atención Primaria, al ocuparse de la atención integral de un individuo, su familia y la comunidad <sup>2</sup>. Es más, la derivación oportuna de consultas desde la atención primaria a los escalones superiores del sistema sanitario, contribuye a mejorar la calidad de la asistencia <sup>3</sup>.

Correspondencia:

Dr. R. Rodríguez-Contreras Pelayo  
Depto. de Medicina Preventiva y Salud Pública  
Facultad de Medicina  
Avda. Madrid s/n, 18071-Granada

Sin embargo, el envío de un paciente al especialista como fenómeno aislado, únicamente contribuye a la fragmenta-

ción de la asistencia. Es la respuesta a la interconsulta y a la relación establecidas entre los profesionales de distintos niveles asistenciales, lo que realmente supone la existencia de integración entre niveles <sup>4</sup>. La información resultante debe quedar archivada en la historia personal (H.P.) para su utilización en posteriores episodios del mismo o distintos procesos. Con ello se mejora la continuidad, se favorece la investigación y la docencia y se aumenta la rentabilidad del sistema.

Distintos autores se han interesado en nuestro país, en el estudio de las interconsultas <sup>1, 2, 5, 6, 7</sup>, centrándose en los porcentajes de consultas derivadas y su distribución por especialidades. Sainz et al. <sup>4</sup> aportan una novedad interesante al enfoque de este problema, puesto que añaden un análisis de la cantidad y calidad de las respuestas recibidas.

El objetivo de este trabajo es evaluar el grado de interrelación entre niveles asistenciales, en base a los registros existentes en la historia clínica del enfermo. Para esto se propone la utilización de un indicador de integración entre niveles:

$$\frac{N.º \text{ ITC REC-REG}}{N.º \text{ ITC REM-REG}} * 100 * K$$

Es decir, número de interconsultas recibidas y registradas (ITC REC-REG) por cada 100 interconsultas remitidas y registradas (ITC REM-REG). K es un factor de corrección, que se obtiene dividiendo el porcentaje de registros de las interconsultas remitidas, por el porcentaje de registro de las interconsultas recibidas.

## MATERIAL Y METODOS

Se ha realizado un estudio en el Centro de Salud Zaidín-Sur (Granada) para investigar el número y las especiali-

dades de las interconsultas solicitadas y recibidas. Este centro, abierto desde enero de 1986, está situado a 0,9 Km de los servicios de apoyo y diagnóstico y de las especialidades del 2.º nivel asistencial, que funcionan durante 2,5 horas/día, previa cita.

En una primera fase, se realizó un muestreo aleatorio de las historias personales existentes en el centro, revisándose un total de 1.581 historias clínicas entre las 15.302 abiertas entre 1986 y 1988. De cada una de las historias revisadas, se obtuvo una ficha en la que se hizo constar la identificación, edad, sexo, solicitud de interconsulta y especialidad y la existencia de una respuesta registrada del nivel superior.

Como control de la calidad de los registros, en una segunda etapa del estudio se analizaron detalladamente las actividades en consulta. Para esto se diseñó un protocolo en el que, para cada consulta atendida, se recogía el n.º de la H.P., la edad, sexo y motivo de consulta del paciente, la solicitud de interconsulta y la especialidad a la que era dirigida, y los informes recibidos del escalón superior y especialidad (no se consideró patología remitida cuando el paciente provenía del servicio de urgencias). Este protocolo fue cumplimentado por todos los médicos del Centro durante 4 semanas, una de cada estación del año 1989. La recogida de los datos se inició en todas las ocasiones el miércoles, finalizándose el martes siguiente, con objeto de evitar que su inicio coincidiera con el exceso de demanda existente en los primeros días de la semana. En todos los casos, y para homogeneizar criterios, el día anterior al comienzo del estudio se reunieron todos los participantes en el mismo. El número de interconsultas, remitidas y recibidas durante esta fase, fue utilizado para calcular el número total de interconsultas remitidas y recibidas durante los tres años de funcionamiento del centro estudiados,

asumiendo que se mantiene la misma pauta de actuación, es decir, la demanda derivada por consulta atendida se mantiene constante.

En las historias personales, correspondientes a los pacientes vistos en estas cuatro semanas, se investigó el número de registros referentes a la solicitud de interconsultas, así como las contestaciones del nivel superior registradas hasta dos meses después de haberse producido la derivación. Ninguno de los participantes en el estudio supo, durante el período de recogida de actividades en consulta, que estas historias iban a ser revisadas. Para la codificación de motivos de consulta, interconsulta, y clasificación de los procesos como agudos o crónicos, se utilizó el código WONCA<sup>8</sup>. Como actos burocráticos se incluyen petición de consultas y trámites laborales.

El análisis de los datos se ha realizado en un ordenador IBM Personal System/2, utilizándose el programa DBASE III. Para la proyección de los resultados muestrales<sup>9</sup> se ha empleado un intervalo de confianza al 95 por 100 para proporciones (método de aproximación a la normal). Igualmente, la comparación de proporciones se ha efectuado mediante el método de aproximación a la normal.

## RESULTADOS

En la revisión de las historias personales se han encontrado 946 registros de interconsultas remitidas que permiten estimar un número de 9.159 (8.791-9.531) derivaciones, registradas durante los tres años estudiados de funcionamiento del centro. El número real de interconsultas solicitado, a lo largo de los tres años de funcionamiento del Centro de Salud, asumiendo que se mantiene la pauta de actuación observada en el estudio de actividades en consulta, se estima en 20.899 (19.318-22.499), lo que supone un porcentaje de registro del 43,83 por 100

(43,15 por 100-44,50 por 100). Del mismo modo, en la muestra de HP se encontraron registradas 729 respuestas, valorándose en 7.075 (6.937-7.178) las consultas recibidas de los niveles de atención superiores y registradas. De nuevo a partir del estudio de actividades en consulta, se pueden estimar en 8.064 (7.069-9.093) el total de contestaciones recibidas. El porcentaje de registro es por tanto del 87,6 por 100 (86,8 por 100-88,24 por 100).

Durante las cuatro semanas en las que se recogió el protocolo de actividades en consultas, se atendieron un total de 8.341 consultas, entre las que se remitieron 614 procesos a especialistas. El índice de capacidad resolutive basado en estos datos es de 92,64 por 100 (92,09 por 100-93,21 por 100). Si excluimos los actos burocráticos obtenemos un porcentaje de derivación del 9,4 por 100 (8,7 por 100-10,1 por 100), con un índice de capacidad resolutive cualitativa de 90,6 por 100 (89,9 por 100-91,3 por 100).

Solo 249 procesos remitidos se encontraron registrados en la historia personal del paciente, es decir, un 40,55 por 100 (36,75 por 100-44,52 por 100). En la tabla 1 figuran las interconsultas derivadas y los porcentajes de registro clasificados por especialidades.

La tabla 2 muestra la distribución por especialidades y porcentajes de registro de las 223 interconsultas recibidas durante ese mismo período, en 194 casos aparecen registradas en la historia 87,0 por 100, (82,14 por 100-91,84 por 100).

Si dividimos el número de interconsultas recibidas y registradas (194) por el número de interconsultas remitidas y registradas (249), obtenemos un índice de integración del 77,91 por 100. Al ser los porcentajes de registro significativamente diferentes ( $p < 0,001$ ) para las interconsultas recibidas y remitidas, es necesario introducir un factor de corrección, que se obtiene dividiendo el porcentaje

**TABLA 1**  
**INTERCONSULTAS REMITIDAS (ACTIVIDADES EN CONSULTA) Y REGISTRADAS**

<i>ESPECIALIDAD</i>	<i>REMITIDAS (%)</i>	<i>REGISTRADAS</i>	<i>% REG.</i>
Digestivo	46 (7,5)	21	45,65
Pulmón y Corazón	49 (8,0)	23	46,94
Endocrinología	26 (4,2)	11	42,31
Dermatología	66 (10,7)	26	39,39
Traumatología	82 (13,4)	31	37,80
Ginecología	46 (7,5)	23	50,00
Neurología	4 (0,7)	3	75,00
Psiquiatría	29 (4,7)	16	55,17
Cirugía	34 (5,5)	17	50,00
Urología	28 (4,6)	14	50,00
O.R.L.	76 (12,4)	25	32,89
Oftalmología	103 (16,9)	27	26,21
Hospitalizaciones	12 (2,0)	8	66,67
Otros	13 (2,1)	4	30,77
TOTAL.	614 (100)	249	40,55

**TABLA 2**  
**INTERCONSULTAS RECIBIDAS (ACTIVIDADES EN CONSULTA) Y REGISTRADAS**

<i>ESPECIALIDAD</i>	<i>RECIBIDAS (%)</i>	<i>REGISTRADAS</i>	<i>% REG.</i>
Digestivo	16 (7,2)	15	93,75
Pulmón y Corazón	39 (17,5)	36	92,31
Endocrinología	13 (5,8)	13	100,00
Dermatología	15 (6,7)	12	80,00
Traumatología	30 (13,5)	27	90,00
Ginecología	9 (4,0)	7	77,78
Neurología	4 (1,8)	4	100,00
Psiquiatría	14 (6,3)	12	85,71
Cirugía	6 (2,7)	2	66,67
Urología	8 (3,6)	7	87,50
O.R.L.	22 (9,9)	18	81,82
Oftalmología	13 (5,8)	10	76,92
Hospitalizaciones	24 (10,8)	23	95,83
Otros	10 (4,5)	6	60,00
TOTAL	223 (100)	194	87,00

de registro de las interconsultas remitidas por el porcentaje de registro de las interconsultas recibidas:  $40,55/87,0 = 0,47$ . Al multiplicar el indicador de integración, de 77,91 por 100 por este factor de corrección obtenemos un índice de integración corregido de 36,62 por 100, esto es, sólo en 36 de cada 100 consultas enviadas a un nivel superior es posible seguir la evolución del proceso. En el 64 por 100 restante, el médico de atención primaria pierde la información generada al enviar al paciente a un especialista. La tabla 3 muestra los valores del índice de integración, distribuido por especialidades. La integración es considerablemente mayor para los procesos que requieren hospitalización, seguida por las especialidades de pulmón y corazón, neurología y psiquiatría, los valores más bajos corresponden a las especialidades de oftalmología, ginecología y dermatología.

A partir de los datos derivados del estudio de las historias personales, se

obtiene un indicador de integración de 38,53 por 100, sin diferencias significativas respecto del protocolo de actividades en consulta.

## DISCUSION

En nuestro estudio, encontramos una tasa de derivación superior a la de otros autores <sup>2, 4, 6</sup>. Ninguno de los trabajos citados hacen referencia a la calidad de los registros utilizados, Ilobera et al. <sup>5</sup> que utilizan un protocolo específico para la recogida de patología derivada, obtienen un porcentaje similar al obtenido por nosotros, 7,2 por 100. Para López Alba et al. <sup>10</sup>, es de 7,4 por 100.

No es el porcentaje de patología derivada el tema de interés, sino el grado en el que la solicitud de una interconsulta permite mejorar el conocimiento del paciente a los distintos profesionales sanitarios y fundamentalmente a los situados en el primer nivel de asistencia <sup>11</sup>. Para

**TABLA 3**  
**INDICADOR DE INTEGRACIÓN: DISTRIBUCION POR ESPECIALIDADES**

ESPECIALIDAD	REC-REG	REM-REG	K	IND. INTEG.
Digestivo	15	21	0,49	35,00
Pulmón y Corazón	36	23	0,51	79,83
Endocrinología	13	11	0,42	49,64
Dermatología	12	26	0,49	22,62
Traumatología	27	31	0,42	36,58
Ginecología	7	23	0,64	19,48
Neurología	4	3	0,75	100,00
Psiquiatría	12	16	0,64	48,00
Cirugía	4	17	0,75	17,65
Urología	7	14	0,57	28,50
O.R.L.	18	25	0,40	28,80
Oftalmología	10	27	0,34	12,59
Hospitalizaciones	23	8	0,70	201,25
Otros	6	4	0,51	76,50
TOTAL	194	249	0,47	36,62

REC-REG: Interconsultas recibidas y registradas; REM-REG: Interconsultas remitidas y recibidas; K: Factor de corrección (% registro interconsultas remitidas/% registro interconsultas recibidas).

lo que es esencial primero la existencia de un fluo-reflujo, adecuado de la información y en segundo lugar, el registro de las interconsultas solicitadas y las respuestas del especialista en la historia de atención primaria.

El indicador de integración propuesto, reúne las principales cualidades que según la OMS <sup>12</sup>, debe cumplir todo indicador. Es *válido*, pues mide la probabilidad de recibir una respuesta del escalón superior, cuando se ha solicitado una interconsulta; bajo la hipótesis de que la probabilidad de haber remitido una interconsulta cuando se ha recibido una respuesta es igual a 1, es decir, siempre que se recibe una respuesta ha habido una solicitud previa. Premisa que en el caso de las hospitalizaciones no siempre se cumple; si el ingreso hospitalario se ha producido por un proceso agudo, a través de urgencias, el médico de atención primaria recibe un informe sobre un proceso que no ha tenido ocasión de remitir. Para el resto de las interconsultas podría darse esta misma situación, pero, dado que no se incluyeron en el estudio las consultas procedentes de urgencias, pensamos que la probabilidad de que ocurra así es prácticamente nula. El indicador de integración, por tanto, no es válido para las hospitalizaciones.

Es un indicador *objetivo*, puesto que se basa en datos cuantificables que deben estar recogidos en la historia personal, y *sensible* tal como ponen de manifiesto las diferencias observadas entre las distintas especialidades. Como puede apreciarse en la tabla 3, la integración es mínima para la especialidad de oftalmología; la mayor parte de los procesos enviados al oftalmólogo son patologías agudas u optometrías que, una vez diagnosticados y tratados, no vuelven al médico de atención primaria. Los niveles de integración más altos se obtienen para las especialidades de neurología, pulmón y corazón y endocrinología, en las que los pacientes remitidos sufren principalmente de en-

fermedades crónicas que requieren seguimiento a largo plazo.

Es *específico*, la utilización de la calidad de los registros como factor de corrección podría inducir a pensar que se valora fundamentalmente ésta y no la integración. No es así, si el porcentaje de registro de las interconsultas recibidas fuera igual al porcentaje de registro de las interconsultas remitidas, no sería necesario utilizar un factor de corrección, bastaría con conocer el número de interconsultas recibidas y registradas en el número de interconsultas remitidas y registradas.

Es un indicador *fácil de obtener y calcular*, sólo se necesita investigar una muestra representativa de las historias personales, para recoger las interconsultas remitidas y recibidas registradas en dichas historias. El factor de corrección, dependiente de la calidad de los registros, deberá ser calculado para cada centro, comparando los hechos reales con los registrados. Puede utilizarse un diseño similar al que se presenta en el material y métodos, aplicable rápidamente y sin dificultad.

En cuanto a la *estabilidad en el tiempo y universalidad* del indicador, son cualidades que podrían estar ligadas a los mecanismos de comunicación internivels existentes. Mientras que sea el propio paciente o sus familiares quienes, a través del clásico p-10, actúen como transmisores de la información generada en los distintos escalones de asistencia, la integración del sistema se verá gravemente dificultada <sup>4</sup>. El indicador de integración, que proponemos, puede servir para evaluar vías alternativas de canalización de la información.

Por último, respecto a su *aceptación general*, será necesario analizar el impacto que este indicador tenga sobre los especialistas en atención primaria de salud antes de pronunciarse sobre ella.

El presente estudio pone en evidencia el bajo nivel de integración existente en el Centro de Salud estudiado, que concuerda con los resultados de otros autores<sup>4,13</sup>. Es interesante señalar, como las especialidades con mayor porcentaje de solicitudes de interconsultas, como son la oftalmología, dermatología, ORL y traumatología, son también las que presentan los porcentajes de registro más bajos y los menores porcentajes de respuesta recibida y registrada, y por supuesto los valores más bajos del indicador de integración.

La fuerte demanda asistencial a que se encuentra sometido el personal de atención primaria, así como la falta de medios técnicos adecuados<sup>14</sup>, pueden inducir a los profesionales del primer nivel a delegar la responsabilidad del seguimiento integral del paciente, una vez que envían al enfermo a otro nivel asistencial, o bien a menoscabar la trascendencia de los procesos agudos en la continuidad de la asistencia. Consecuencias, ambas, que se oponen radicalmente a los objetivos de la Atención Primaria de Salud. Ahora bien, esto explicaría los bajos porcentajes de registro de las interconsultas remitidas, pero no la falta de respuesta de los especialistas. Estos deberían ser conscientes de la importancia que posee la consulta solicitada en la continuidad y coordinación de la asistencia al paciente<sup>10</sup>, especialmente cuando se trata de enfermedades crónicas multisistémicas.

## BIBLIOGRAFIA

1. Buitrago F, Chavez M, Cañizo J, Pedrosa J, Pozuelos G. Derivaciones al médico especializado durante 1986 en un Centro de Salud. *Atenc Prim* 1988; 5: 85-89.
2. Fraile de Abajo L, Abreu Galán MA, Muñoz García S et al. El médico de familia y el hospital. Análisis del proceso de interconsulta desde una unidad docente de medicina familiar y comunitaria. *Med Clin (Barc)* 1986; 86: 405-409.
3. Rakel RE, Williamson PS. Use of consultants. En: Rakel RE (Ed) *Textbook of family practice*. Filadelfia: WB Saunders, 1984: 190-197.
4. Sainz Sáenz-Torre N, Salido Cano A, Rodríguez González B, Sáinz Jiménez J, Valero Alonso R. Estructura e Interrelación entre los distintos niveles asistenciales. *Atenc Prim* 1989; 6: 170-173.
5. Llobera Cánabes J. La derivación de pacientes de la atención primaria a la especializada. *Gac San* 1988; 2: 271-275.
6. Delgado A, Melguizo M, Guerrero JC, Arboledas A y Revilla L. Análisis de las interconsultas de un centro de salud urbano. *Aten Prim* 1988; 5: 359-364.
7. García Olmos L. Demanda derivada en las consultas de medicina general de los equipos de atención primaria gestionados por el INSALUD. *Gac San* 1990; 4: 218-221.
8. CIMF. CIPSAP-2 Definida (Clasificación internacional de problemas de salud en atención primaria). Buenos Aires: CIMF (Centro internacional para la medicina familiar), 1986.
9. Martín Andrés A y Luna del Castillo JD. *Bioestadística para las ciencias de la salud*. Madrid, (2.<sup>a</sup> Ed.). Ed. Norma S.A., 1989.
10. López Alba MA, Usieto R, Rodríguez-Contreras R, Cueto A, Galvez R. Valoración de la calidad en el primer escalón sanitario. *Aten Prim* 1989; 6: 7-12.
11. Cummins RO, Smith RW, Inui TS. Communication failure in primary care. Failure of Consultants to provide follow-up information. *JAMA* 1980; 243: 1650-1652.
12. Organización Mundial de la Salud. Preparación de indicadores para analizar los progresos realizados en el logro de la salud para todos los años 2000. OMS, 1981. Serie Salud para Todos, núm. 4.
13. García E, López G, Pérez MM, Gervas JJ. Tiempos y flujos de información entre el médico de cabecera y especialistas.

II Congreso Nacional Salud Pública y  
Administración Sanitaria. Madrid, 1987.  
Comunicaciones: Págs: 693-694.

14. Gerrvás JJ, García L, Pérez MM, Abraira

V. Asistencia médica ambulatoria: estudio estadístico de una consulta de medicina general en la Seguridad Social. Med Clin (Barc) 1984, 82: 479-483.