

## ¿Funciona el flujo de información entre los niveles primario y especializado? Análisis de la continuidad asistencial en un Área de Salud\*

M<sup>a</sup> Victoria Fustero\*, Juan R. García-Mata†, Bernard Junod‡, Mario Bárcena\*

\*Centro de Salud de Cariñena. Zaragoza, †Unidad de Calidad. Hospital Miguel Servet. Zaragoza,

‡Profesor de epidemiología ENSP (Ecole Nationale de la Santé Publique). Rennes. Francia

### Correspondencia

M<sup>a</sup> Victoria Fustero Fernández  
Urbanización Santa Fé, calle 4<sup>a</sup>, 25  
Cuarte de Huerva  
50410 Zaragoza  
Tel. - Fax: 976 504 557  
E-mail: med009749@saludalia.es

### Resumen

**Objetivo:** 1. Evaluar la continuidad asistencial mediante la información transmitida entre los dos niveles, primario y especializado, en una Área de Salud, tanto a través del documento de interconsulta, como en otros documentos escritos o transmitida verbalmente por el paciente. 2. Comparar la información existente sobre los mismos procesos en ambos niveles.

**Material y Método:** *Diseño del estudio:* observacional, retrospectivo, utilizando criterios explícitos. *Ámbito:* un Área de Salud, con tres Centros de Especialidades y 31 Centros de Atención Primaria. *Población de estudio:* una muestra aleatoria de derivaciones de primer día, estratificada por el número de consultas atendidas en cada especialidad, n= 293 (e= ±5%).

Para conseguir los objetivos se revisaron tanto las historias de atención primaria como las de especializada, buscando en ellas la información correspondiente a las interconsultas que se evaluaban, éstas fueron extraídas de los listados de citaciones de los centros de especializada.

**Resultados:** La existencia de copia del documento de interconsulta en atención primaria se constató en 87 (30,10%) y en atención especializada en 160 (55,36%). Los documentos de interconsulta con las tres copias localizados en las historias de especializada fueron 67 (41,87%).

En las historias clínicas de atención primaria consta el diagnóstico del especialista en 107 casos (37,02%) y la pauta de actuación en 115 ocasiones (39,79%), mientras que en las historias del nivel especializado encontramos diagnóstico en 246 casos (85,12%) y pauta de actuación en 244 (84,42%).

**Conclusiones:** Hay un elevado número de pacientes en los que el médico de atención primaria carece de información sobre los resultados de la derivación al especialista. Paradójicamente, se aprecian buenos niveles de cumplimentación de las variables estudiadas en dichos pacientes, en las historias de atención especializada, pero esta información no se transmite, lo que pone en evidencia que el déficit está en los mecanismos de comunicación que deben ser prioritariamente mejorados.

**Palabras clave:** Continuidad. Comunicación. Derivación.

### Summary

**Objectives:** 1. To assess the patient-care continuity on the basis of information transmitted between primary care and specialized levels in a given Health Area either through inter-clinic notes or through other written documents, or else transmitted verbally by the patient. 2. To compare existing information on the same processes at both levels.

**Methods:** *Design:* An observational, retrospective study employing explicit criteria. *Setting:* A Health Area with 3 specialized out-patient centres and 31 primary-care centres. *Subjects:* A random sample of referrals, stratified by number of consultations carried out in each specialty, n= 293 (e= ±5%).

**Results:** A copy of inter-clinic notes in primary care was found in 87 cases (30,10%), in specialized care in 160 cases (55,36%). Inter-clinic notes with all three copies were located in 67 specialized medical records (41,8%).

In primary-care medical records a specialist's diagnosis is existant in 107 cases (37%), and treatment guidelines in 115 cases (39,9%), while in specialized-care records a diagnosis was found in 246 cases (81,1%), and treatment guidelines in 244 (84,4%).

**Conclusions:** In a high number of primary-care patients, the doctor lacks information concerning the results of referral to specialists; on the other hand, the variables studied for specialized medical records for the same patients show a satisfactory degree of compliance with standards - an information which, however, is then not transmitted-. This evinces that the deficit lies in the mechanisms of communication, which therefore demand top-priority improvements.

**Key words:** Continuity of patient care. Communication. Clinical referral.

## Introducción

En el conjunto de dimensiones que constituyen el concepto de calidad, la continuidad es la que resulta más compleja de contextualizar y medir, a la vez que constituye una de las características definitorias de la atención primaria<sup>1,2</sup>. Siguiendo a Shortell, la definimos como la medida en que la atención sanitaria se provee de una forma ininterrumpida y coordinada<sup>3</sup>. La estructuración del sistema sanitario español en dos niveles<sup>4</sup>, atención primaria -como puerta de acceso al sistema- y atención especializada -para apoyo y complemento-, y las diferencias físicas y organizativas existentes entre ellos, ponen a prueba a diario esta dimensión.

Desde el inicio de la reforma sanitaria de la atención primaria<sup>5</sup>, se han ido perfilando en las diferentes redes asistenciales, tanto dependientes del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), como de las Comunidades Autónomas con competencias sanitarias, diversos documentos que sustituyeran al primitivo volante de derivación (P-10); con ello, se esperaba obtener una comunicación más coordinada y fluida. Sin embargo, a juzgar por lo que podemos leer en publicaciones recientes, la información clínica que acompaña a los pacientes atendidos en los dos niveles es insuficiente; el número de documentos de interconsultas que finaliza con éxito los circuitos establecidos es bajo y hay un elevado porcentaje de pérdida de información<sup>6-10</sup>.

En la red asistencial no transferida, dependiente del INSALUD, se ha desarrollado como elemento clave de planifica-

ción el denominado "Plan Estratégico"<sup>11</sup>, en el que se incluye, dentro del análisis de campo de fuerzas, la insuficiente coordinación con atención especializada y el exceso de derivación, como primer y segundo puntos débiles respectivamente, de la atención primaria en la actualidad. A su vez considera la falta de coordinación con atención primaria como el cuarto punto débil de la atención especializada. Este mismo documento, señala como objetivos globales, entre otros, el garantizar una relación fluida entre la atención primaria y especializada, así como potenciar el seguimiento completo del paciente en términos de salud y enfermedad (accesibilidad y continuidad). Dado el contexto actual, parece claro que sin una continuidad adecuada de los procesos y sin una buena comunicación entre los dos niveles asistenciales, no es posible conseguir una asistencia sanitaria de calidad.

Los objetivos de este trabajo son evaluar la información transmitida entre los dos niveles en un Área de Salud, tanto a través de la hoja de interconsulta, como en otros documentos escritos o transmitida verbalmente por el paciente cuando así consta en la historia clínica, y comparar la información existente mediante el seguimiento de los mismos procesos en ambos niveles asistenciales.

## Material y métodos

El estudio se desarrolló en un Área de Salud, que cuenta con una población de 301.076 habitantes, distribuidos en 31

Tabla 1. **Variables del estudio**

<b>Variables Generales</b>	<b>Variables en Atención Primaria</b>	<b>Variables en Atención Especializada</b>	<b>Variables de la Hoja de Interconsulta</b>
Fecha de nacimiento del paciente	Existe hoja de interconsulta en la historia	Existe hoja de interconsulta en la historia	<b>Médico de Atención Primaria</b>
Procedencia rural o urbana	Número de copias de la hoja en la historia	Número de copias de la hoja en la historia	Constan antecedentes del paciente
Especialidad	Hay información verbal	Consta la interconsulta en la historia	Constan otros tratamientos
Centro de Especialidades	Consta consulta con especializada	Constan datos de exploración del especialista	Constan datos de exploración
Fecha de la interconsulta	Acude el paciente a la consulta del especialista	Constan pruebas complementarias	Consta diagnóstico de presunción
Identificación médico de atención primaria	Constan datos de exploración del especialista	Consta diagnóstico	Consta tratamiento previo del proceso
Identificación médico especialista	Constan pruebas complementarias del especialista	Consta pauta de actuación	Legibilidad
Problema de salud (CIE 9)	Consta un diagnóstico del especialista		<b>Médico de atención especializada</b>
	Consta pauta de actuación del especialista		Constan datos de exploración
			Constan pruebas complementarias
			Consta diagnóstico
			Consta pauta de actuación
			Legibilidad

centros de Atención Primaria (AP). Un 58,6% de la población está adscrita a 24 centros rurales y un 40,6% a 7 centros urbanos. Todos ellos son atendidos por el nivel especializado en tres centros de atención especializada. En el Área trabajan 259 médicos de atención primaria y las consultas especializadas son atendidas por 169 médicos. Durante el año 1997 se derivaron un total de 53.000 nuevos procesos desde el primer al segundo nivel asistencial.

Con el fin de evaluar la pertinencia de un estudio sobre el tema en nuestro medio, se llevó a cabo un estudio cualitativo previo mediante una serie de entrevistas estructuradas. Se seleccionaron por el método de los informadores clave<sup>12</sup> 36 profesionales de atención primaria y especializada, comprobando como todos ellos manifestaban problemas en la comunicación entre los dos niveles; los médicos de atención primaria señalaban la falta de retorno de la información tras el envío del paciente, y los especialistas la ausencia de antecedentes y datos clínicos de los pacientes remitidos.

Dentro del diseño del trabajo se llevó a cabo un estudio piloto, en el que se comprobó el acceso a la información, la adecuación de la hoja de recogida de datos y el tiempo que se invertía en la cumplimentación de la misma. Al final del estudio piloto, se modificó la hoja de recogida de datos y se elaboró la sistemática de trabajo a seguir.

Tomado en consideración el número de derivaciones semanales el año anterior y con el fin de conseguir la precisión muestral adecuada se seleccionó aleatoriamente una semana (9-13 de febrero de 1998), en la que se realizó un muestreo aleatorio estratificado por especialidades sobre las 1.246 derivaciones de atención primaria (sólo procesos nuevos o de primer día), atendidos en ese periodo en los tres centros de atención especializada del Área, la muestra fue de 293 consultas ( $e = \pm 5\%$ ).

La recogida de datos se realizó en los registros de citaciones de los centros de atención especializada, en las historias de atención primaria y en las historias de atención especializada. Toda la información de cada interconsulta se fue recogiendo en una hoja diseñada a tal efecto. Las variables estudiadas quedan reflejadas en la Tabla 1.

Las fuentes de datos utilizadas correspondían a: 1. los registros de citaciones de los centros de atención especializada, 2. las historias clínicas de los centros de especialidades, 3. las hojas de interconsulta (modelo 69) y 4. las historias clínicas de los centros de atención primaria. Esta última fuente se utilizó también para recoger la información que el paciente manifestó haber recibido.

En la actualidad, en el Área 3 de Aragón, se utiliza para las interconsultas un documento denominado modelo 69, que consta de tres hojas autocopiables, con tres apartados para recoger los datos administrativos, la información de atención primaria y la información de atención especializada. El circuito que sigue este documento se refleja en la Figura 1. La presentación de este documento es imprescindible para acceder a la atención especializada.

En primer lugar se revisaron las historias de los centros de especializada y posteriormente, después de un período mínimo de 8 semanas tras la interconsulta, se revisaron las historias en los centros de atención primaria. Ninguno de los médicos sabía previamente que era objeto del estudio. Los datos fueron proce-

Figura 1. Circuito del documento de interconsulta

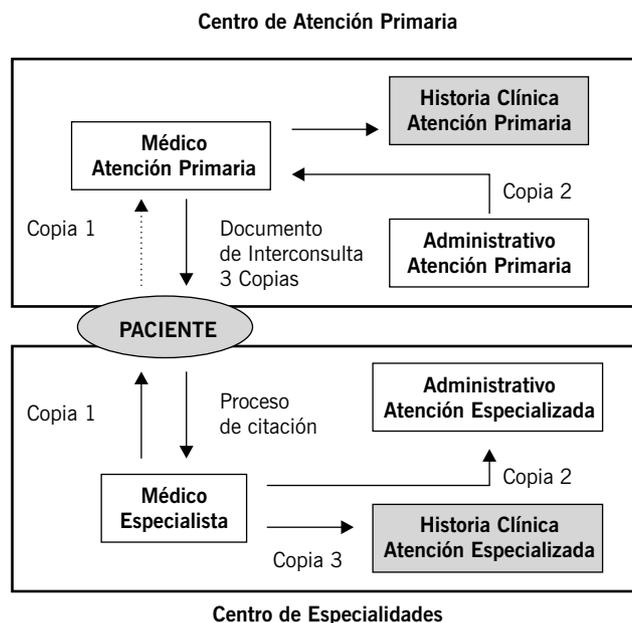


Tabla 2. Distribución de las interconsultas por especialidades

Especialidad	Número	Porcentaje
Traumatología	45	15,35
Oftalmología	33	11,26
ORL	33	11,26
Dermatología	21	7,16
Neurología	21	7,16
Cardiología	17	5,80
Cirugía Vascolar	16	5,46
Ginecología	16	5,46
Digestivo	13	4,43
Cirugía General	12	4,09
Otras especialidades	66	22,52
Total	293	100

sados y analizados con el paquete estadístico SPSS, se procedió a un análisis descriptivo y se utilizó la comparación de proporciones ( $\chi^2$ ) para las variables cualitativas, el nivel de significación estadística se fijó en  $\alpha = 0,05$ .

## Resultados

Las 293 interconsultas estudiadas procedían de centros rurales 117 (40,8%) y de centros urbanos 176 (59,2%). La distribución de las interconsultas por especialidades se puede observar en la Tabla 2.

Tabla 3. Documentos de interconsulta y distribución del número de copias de los mismos

Documentos de interconsulta	Atención Primaria Número	Atención Primaria Porcentaje	Atención Especializada Número	Atención Especializada Porcentaje
Documentos con una copia	69	79,31	69	43,12
Documentos con dos copias	12	13,79	24	15,00
Documentos con tres copias	6	6,89	67	41,87
Total documentos de interconsulta	87	100	160	100

Tabla 4. Información localizada en las historias clínicas\*

Datos del especialista	Constancia en atención especializada	Constancia en atención primaria	Información perdida entre niveles
Exploración	252 (87,18%)	90 (31,14%)	162 (55,05%)
Resumen de pruebas	224 (77,51%)	74 (25,61%)	150 (51,91%)
Diagnóstico	246 (85,12%)	107 (37,02%)	139 (48,09%)
Pauta de actuación	244 (84,42%)	115 (39,79%)	129 (44,63%)

\*Incluye información procedente de la hoja de interconsulta, otros documentos escritos e información verbal del paciente transcrita a la historia clínica.

Tabla 5. Análisis de los documentos de interconsulta localizados.

Información a cumplimentar por el médico de atención primaria	Constancia (n)	Porcentaje
Antecedentes del paciente	80	46,5
Otros tratamientos	53	30,6
Datos de exploración	82	47,6
Diagnóstico de presunción	65	37,8
Tratamientos previos del proceso	59	34,5
Información a cumplimentar por el médico especialista		
Datos de exploración	59	34,4
Resumen pruebas complementarias	50	28,8
Diagnóstico	61	35,1
Pauta de actuación	61	35,1

De las 293 derivaciones estudiadas se localizaron 289 historias en atención primaria (AP) y el mismo número en atención especializada (AE); en ellas se pudo encontrar y someter a evaluación 87 documentos de interconsulta en AP (30,10%) y 160 en AE (55,36%), la existencia y distribución del número de copias de los mismos se describe en la Tabla 3. También se aprecia en dicha tabla la retención del documento de interconsulta (las tres copias), en las historias del nivel especializado.

La información recogida en ambos niveles en la historia clínica de los pacientes, tanto en la hoja de interconsultas, como en otros documentos escritos y la transcripción de la información verbal de los pacientes, se muestra en la Tabla 4. La información contenida en el documento utilizado como hoja de interconsulta y su cumplimentación tanto por el médico de primaria como por el especialista se presenta en la Tabla 5. Como otros resultados encontramos que la identificación de los profesionales de atención primaria constaba en 287 casos (97,9%) y en el nivel especializado en 163 ocasiones (55,6%). La legibilidad de la hoja de interconsulta se evaluó como buena en, prácticamente, la totalidad de los casos, sólo en dos ocasiones se anotó como difícil de interpretar y en una imposible.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el origen de la derivación (rural o urbano), la edad y el sexo de los profesionales estudiados.

El 12,1% de los pacientes citados para una interconsulta de primer día no acudió a la consulta.

Se encontró información sólo verbal del paciente sobre la interconsulta en un 10% de las historias evaluadas.

## Discusión

El presente estudio aporta como valor añadido a los trabajos de otros autores, el hecho de haber seguido a los mismos pacientes en los dos niveles, primario y especializado, lo que nos ha permitido valorar la continuidad del mismo problema de salud en ambos niveles y en el documento de interconsulta. La distribución de las interconsultas por orden de frecuencia, sitúa en los primeros lugares las especialidades de traumatología,

oftalmología, ORL y dermatología, lo que no difiere de lo encontrado por otros autores<sup>8,13-17</sup>. No ha sido posible establecer resultados específicos por especialidades dada la escasa representación de algunas de ellas.

Los resultados confirman que es escaso el número de documentos de interconsulta que retornan a las historias de atención primaria (30,1%), cifras intermedias a las de otros trabajos revisados, que se sitúan entre un 22% y un 40,9%<sup>7,8,18-20</sup>. El *Concerted Action Committee*<sup>21</sup> registra un 49,6% de casos "perdidos" en su trabajo referente a España, lo que proporciona una idea de la pobre comunicación que existe entre especialistas y médicos generales. En nuestro estudio la pérdida de información es ligeramente superior (50,14%) con el problema que conlleva para que el médico de AP pueda conocer el estado del paciente, continuar con el tratamiento y controlar su evolución. Entre las causas de este déficit destaca la retención del documento de interconsulta por el especialista, ya que se ha comprobado la existencia de las tres copias del documento en la historia de especializada en un 41,87% de los casos. Santamaría *et al.* encontraron cifras del 61,25%<sup>7</sup>.

Se ha constatado que, aunque la cumplimentación por los especialistas de las variables estudiadas en sus propias historias clínicas es elevada (Tabla 4), esta información tan sólo llega en porcentajes reducidos a las historias de AP, donde encontramos en todos los casos cifras inferiores al 40% (Tabla 4). Otros autores han encontrado diagnóstico del especialista en un 21% - 29%<sup>19,22</sup> y pauta de actuación desde 16% - 25,4%<sup>19,22</sup> hasta 63,85%<sup>18</sup>. Lo que pone de manifiesto los problemas de comunicación existentes en el circuito de derivación de pacientes entre ambos niveles, y la deficiente continuidad asistencial que conlleva, a la vez que confirma, la impresión generalizada de escasez de retroinformación desde el nivel especializado que tienen los médicos de primaria<sup>18</sup>.

Con relación a la cumplimentación de los apartados de la hoja de interconsultas por el médico de atención primaria (Tabla 5), se observan claras deficiencias. Estos resultados son similares e incluso superiores a los encontrados en la bibliografía consultada<sup>6,18,19,23</sup>, lo que reafirmaría la insatisfacción de los especialistas por no obtener la información adecuada del paciente derivado y el hecho de que el contenido clínico de los documentos de interconsulta que cumplimentan los médicos de AP es un aspecto a mejorar.

El elevado índice de absentismo a las consultas de especializada (12,1%), supone para el médico especialista una pérdida de tiempo, sobrecarga el trabajo del servicio de citaciones y además repercute negativamente en las listas de espera.

También se aprecian deficiencias considerables en la identificación de los profesionales del nivel especializado (56,6%). Esto impide posteriores interconsultas con el mismo profesional o su localización ante un problema concreto. Otros autores han encontrado la identificación del especialista en 37,92% de las interconsultas<sup>19</sup> y en 25%<sup>18</sup>. La identificación de los médicos de AP se constata en un 97,9%, dato concordante con otros estudios que obtienen entre 90-100%<sup>18,19</sup>.

El hecho de que un 10% de la información registrada en las historias clínicas de atención primaria sea aportada verbalmente por el paciente, genera dudas sobre la validez de la misma y la sospecha de que sea inexacta o insuficiente.

No se han hallado diferencias significativas al cruzar las diferentes variables de este estudio con la procedencia rural o urbana, y la distribución por grupos de edad y sexo de los profesionales.

Este análisis de la continuidad de los procesos de derivación entre niveles asistenciales, nos lleva a concluir que, si bien hay muchos aspectos mejorables debido a la complejidad del tema, lo que parece más urgente es conseguir: 1. Mejoras en la cumplimentación de los datos clínicos del documento de interconsulta por los profesionales de AP. 2. Mejoras en el circuito. 3. Que el nivel especializado devuelva la información sobre el proceso atendido al médico que derivó al paciente para su seguimiento, coordinación con otras especialidades, control de posibles tratamientos y envío a las revisiones oportunas.

Asimismo se hace necesario que los equipos directivos asuman un compromiso de mejora de este problema que afecta a los procesos asistenciales de los pacientes.

La continuidad de la atención precisa una buena comunicación y coordinación entre los diferentes niveles, siendo una importante dimensión de la calidad de la asistencia prestada. La confirmación de que en las historias de AE, los datos que hacen referencia a las interconsultas están bien cumplimentados, y esta información no llega al médico de AP, pone en evidencia que el déficit está en los mecanismos de comunicación que deben ser prioritariamente mejorados.

## Bibliografía

1. Saturno PJ. La definición de la calidad de la atención. En: Marquet I, Palomer R, ed. *Garantía de calidad en atención primaria. Monografías Clínicas en Atención Primaria*. Barcelona: Doyma, 1993;7-17.
2. Otero A, Saturno PJ, Marquet R. Mejora de la calidad en atención primaria. En: Martín A, Cano JF, eds. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Vol 1, 4ª ed. Madrid: Harcourt- Brace, 1999;399-417.
3. Shortell SM. Continuity of medical care. Conceptualization and measurement. *Med Care* 1976;14:377-91.
4. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *B.O.E.* 29 de abril, 1986.
5. R. Dto. 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. *B.O.E.* 1 de febrero, 1984.
6. Velasco V, Otero A. Evaluación de la calidad de la información médica entre los niveles de atención primaria y especializada. *Aten Primaria* 1993;11:406-10.
7. Santamaría A, Ochoa J, Gómez-Martínez I. Análisis de la cumplimentación de los documentos de derivación desde Atención Primaria a Especializada. *Centro de Salud* 1995;3:538-42.
8. Rivas JC, de Pablo R, Cordero JA, Bonilla J. Coordinación medicina general-especializada. Evaluación en el Área de Burgos. *Aten Primaria* 1997;19:257-61.
9. Irazábal L, Gutiérrez-Ruiz B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y especializado? *Aten Primaria* 1996;17:376-81.
10. Martínez-Campos T, García-Rodríguez MA, Arquiaga R, Carrasco-Prieto AL. El documento de interconsulta, fuente de

- información para evaluar la calidad de la comunicación entre los niveles de asistencia. *Centro de Salud* 1997;5:446-50.
11. *Plan estratégico del INSALUD. Libro Azul*. Madrid: INSALUD, 1998.
  12. Pinault R, Daveluy C. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias*. Barcelona: Masson, 1987.
  13. García-Rabanal D, Cayuela R, González-Gómez C, Marcos MJ. Relación entre primer y segundo nivel tras la implantación de un nuevo modelo de derivación. *Centro de Salud* 1994;3:689-94.
  14. Yagüe AJ, Blanco MT, Juez AA. Análisis de las derivaciones a las consultas de especialistas realizadas en un Centro de Salud. *Aten Primaria* 1991;8:472-6.
  15. Buitrago F, Chávez M, del Cañizo J, Pedrosa J, Pozuelos G. Derivaciones al medio especializado durante 1986 en un Centro de Salud. *Aten Primaria* 1988;5:85-9.
  16. Delgado A, Melguizo M, Guerrero JC, Arboledas A, de la Revilla L. Análisis de las interconsultas de un centro de salud urbano. *Aten Primaria* 1985;5:359-64.
  17. Buitrago F, Chávez LM. Análisis de las interconsultas y pruebas complementarias solicitadas por un centro de salud en un periodo de tres años. *Aten Primaria* 1990;7:200-4.
  18. Mimbela MM, Foradada S. Análisis de la interrelación atención primaria atención especializada en la derivación de pacientes. *Aten Primaria* 1993;12:65-9.
  19. Huertas J, Pereiro J, Sanfélix J, Rodríguez-Moya R. Mejora de la calidad de la hoja de interconsulta a través de la información. *Aten Primaria* 1996; 17:317-20.
  20. Morera J, Custodii L, Sánchez-Perruca L, Miaja de Sárraga F. Análisis de la calidad de la información transmitida entre Atención Primaria y Atención Especializada. *Medifam* 1991;1:132-40.
  21. Concerted Action Committee of Health Services Research for the European Community. The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care. *Br J Gen Pract* 1992;56:1-75.
  22. Rodríguez R, Peiró I, Sanfélix J. Valoración de la cumplimentación de la hoja de interconsulta entre los niveles de Atención Primaria y asistencia especializada. *Rev Calidad Asistencial* 1995; 3:105-10.
  23. Zambrana JI, Díez F, Laynez F, Vázquez J, Cassini L, Gallego F, et al. Calidad del documento de remisión de los pacientes referidos de Atención Primaria a especializada en un Área de Salud. *Salud Rural* 1998;14:65-72.