Estudio de las derivaciones a una consulta externa de Medicina Interna: ¿se puede gestionar la lista de espera?

E. GRANJA ROMERO, J.C. TRINIDAD SAN JOSÉ, C. GONZÁLEZ RIVERO,
D. DEL RÍO ROMERO, A. MORENO FERNÁNDEZ, A. LÓPEZ SOTO

*Servicio de Medicina Interna. Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira. Cee.
La Coruña*

STUDY OF THE DERIVATIONS TO AN EXTERNAL CONSULTATION
OF INTERNAL MEDICINE: CAN BE MANAGED THE WAITING
LIST?

RESUMEN

Fundamento: La falta de coordinación y organización entre atención primaria y especializada, genera bolsas de ineficiencia en el área de consultas externas.

Material y método: Se analizan las características de la atención de 120 pacientes citados consecutivamente en una consulta externa de Medicina Interna de un hospital comarcal.

Resultados: De los 120 pacientes citados no comparecieron 19 (16,23%). El 70,3 % de los pacientes atendidos procedían de atención primaria y el 29,7 % lo hacían de atención especializada. De los pacientes derivados por atención primaria: el 63,3 % acudieron sin datos adecuados en la hoja de derivación, el 59,2 % no aportaba pruebas diagnósticas complementarias y el 40,8 % fue dado de alta en la primera consulta. De los pacientes derivados de atención especializada: el 100 % aporta información clínica a la consulta, el 90 % aporta estudios complementarios y el 56,65 % es dado de alta en la primera consulta.

Conclusiones: La discontinuidad en la atención entre atención primaria y especializada genera una ineficiente utilización de los recursos, que en el área de consultas externas influye en la aparición de listas de espera.

PALABRAS CLAVE: Lista de espera.

ABSTRACT

Background: The lack of coordination and organization between primary and specialized attention, generates inefficiency bags in the area of external consultations.

Material and method: The characteristics of the attention of 120 patients derived consecutively to an external Internal Medicine consultation of a local hospital are analyzed.

Results: Of the 120 mentioned patients 19 did not appear (16,23%). 70.3 % of the taken care of patients came from primary attention and 29.7 % did it of specialized attention. Of the patients derived by primary attention: 63.3 % went without data adapted in the derivation leaf, 59.2 % did not contribute complementary diagnostic tests and 40.8 % were registered in the first consultation. Of the patients derived from specialized attention: 100 % contribute clinical information to the consultation, 90 % contribute complementary studies and 56.65 % are registered in the first consultation.

Conclusions: The discontinuity in the attention between primary and specialized attention generates an inefficient use of the resources, that in the area of external consultations influences in the appearance of waiting lists.

KEY WORDS: Waiting list.

Granja Romero E, Trinidad San José JC, González Rivero C, del Río Romero D, Moreno Fernández A, López Soto A. Estudio de las derivaciones a una consulta externa de Medicina Interna: ¿se puede gestionar la lista de espera? An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 72-74.

INTRODUCCIÓN

El incremento en la demanda de consultas de especialidad por parte de la población atendida en los sistemas sanitarios públicos cabe atribuirlo a múltiples factores: la cobertura universal y la financiación pública que caracteriza a los Sistemas Nacionales de Salud, el envejecimiento de la población e incremento de la morbilidad hacia enfermedades crónicas y degenerativas, el aumento de la información de que se dispone y de las expectativas sociales en cuanto a la potencia del

sistema sanitario y la falta de coordinación y organización existente entre los niveles asistenciales (1). Es general la consideración de que este último factor es crítico en la gestión del problema.

Un incremento constante de la demanda sobre unos recursos limitados lleva consigo la aparición de las llamadas "listas de espera".

La adecuación de las derivaciones y la correcta priorización de las patologías son los dos objetivos que debemos conseguir en la coordinación entre atención primaria y especiali-

Trabajo aceptado: 4 de julio de 2003

Correspondencia: E. Granja Romero. Servicio de Medicina Interna. Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira. Recheo s/n. 15270 Cee. La Coruña. e-mail: eduardo.granja.romero@sergas.es

zada. Para ello es clave contar con una atención primaria resolutive, que dedique más tiempo a añadir valor al proceso asistencial, a incrementar el valor predictivo de la prueba positiva de los especialistas y a disminuir toda actividad encaminada a potenciar la medicalización de la vida cotidiana (2); jugando este papel en el marco de una atención integrada de los problemas de salud.

En este trabajo analizamos las características de las primeras consultas realizadas en un tiempo determinado en un servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS

La Fundación Pública "Hospital Virxe da Xunqueira" es un hospital comarcal que atiende a una población de aproximadamente 50.000 habitantes distribuidos en núcleos de población rural y dispersos de 8 municipios situados en la región más noroeste de la provincia de La Coruña.

Tras el período vacacional estival, 120 pacientes registrados consecutivamente estaban pendientes de cita para una primera consulta en el Servicio de Medicina Interna. Se citaron cada treinta minutos en una agenda diferente de las ordinarias del servicio y los pacientes fueron consultados por un único facultativo especialista en Medicina Interna.

RESULTADOS

De las 120 citas sólo aparecieron citados por el servicio de admisión 116 pacientes, con lo que 4 citas (el 3,33% de las mismas) no se utilizaron. De los 116 pacientes citados, 15 (el 12,9% de los citados) no acudieron. Por lo tanto fueron 101 los pacientes consultados, desaprovechándose 19 citas (el 16,23% de las totales) lo que supone 9,5 horas de trabajo de un facultativo de Medicina Interna.

De los 101 pacientes consultados, 71 (el 70,3%) proceden de atención primaria y 30 (el 29,7%) proceden de urgencias y otras especialidades hospitalarias.

De los 71 pacientes que proceden de atención primaria: 16 (22,5%) acuden sin hoja de interconsulta y 29 (40,8%) acuden sin orientación diagnóstica. Por lo tanto, 45 pacientes (el 63,3% de los derivados de primaria) acuden sin datos adecuados para realizar la primera consulta. De los 30 pacientes procedentes de urgencias y otras especialidades, el 100% aporta motivos de consulta.

De los pacientes derivados por atención especializada 27 de 30 (90%) aportan estudios complementarios y de los derivados por atención primaria 29 de 71 (40,8%) lo hacen.

Del total de pacientes consultados, 46 (45,5%) fueron dados de alta en la primera consulta. De los 30 procedentes del hospital fueron 17 (56,65%) y de los 71 de atención primaria, fueron 29 (40,8%). A los 42 pacientes restantes procedentes de atención primaria se les solicitaron en esta primera consulta: 6 espirometrías, 8 endoscopias, 7 ecocardiogramas, 2 ergometrías, 1 holter, 1 TAC y 17 estudios radiológicos y/o analíticos.

DISCUSIÓN

La optimización de los recursos existentes debe ser una tarea previa a cualquier otra medida para la reducción de las

listas de espera. Esta afirmación se hace evidente al comprobar que en el estudio realizado el 16,23 % de los pacientes citados no realizó la consulta (en el año 2002 en las agendas ordinarias de medicina interna de nuestro hospital el porcentaje de incomparecencias fue del 13,6%), suponiendo esto la pérdida de oportunidad para otros 19 pacientes de la lista de espera a la vez que retribuimos una actividad no realizada. Variaciones en el método de trabajo de los servicios de admisión tienen un beneficio marginal (3) y actuaciones entorno al usuario que pretendan algo más que concienciar a la sociedad sobre la importancia del problema tienen un coste político difícilmente asumible. Aunque no es el objeto de este estudio, sí parece lógico afirmar que la adecuación en la derivación y la respuesta en un tiempo apropiado, serían los requisitos claves para alcanzar un mejor aprovechamiento de los recursos.

La mayoría de los pacientes consultados (70,3%) proceden de atención primaria, lo que viene a constatar el alto nivel de responsabilidad en la gestión de la demanda que tiene este nivel asistencial. En contraste con este nivel de responsabilidad pocas organizaciones transfieren a atención primaria riesgos sobre la adecuación de las derivaciones y la priorización de las mismas, similares a la responsabilidad que posee. Las listas de espera se convierten así en un problema de atención especializada, que se origina donde el médico prescriptor solicita la derivación y sobre el que tiene escasas posibilidades de actuación directa al pertenecer a otro nivel asistencial.

De los pacientes derivados por atención primaria el 63,3% acudieron sin datos adecuados en la hoja de derivación para enfocar la consulta realizada y el 59,2% no aportaba pruebas diagnósticas complementarias. A pesar de ello el 40,8% de estos pacientes fue dado de alta en la primera consulta. Todos estos datos vienen a mostrar la inadecuación de muchas de las derivaciones realizadas, la insuficiente valoración clínica en la consulta de atención primaria y la infrautilización de las pruebas complementarias a disposición del médico de atención primaria que le permitirían resolver o encauzar los problemas planteados.

Por el contrario, de los pacientes derivados por atención especializada (que en su mayoría proceden del servicio de urgencias que en nuestro hospital se apoya en las consultas de medicina interna para el seguimiento de casos que así lo precisen) el 100% aporta información clínica para la consulta y el 90% aporta estudios complementarios, pudiendo ser dados de alta en una primera consulta el 56,65% de los pacientes derivados.

Esta ostensible diferencia refleja la existencia de culturas diferentes en cada uno de los niveles asistenciales, lo que causa: infrautilización de los recursos de atención primaria, discontinuidad en la atención clínica y sobrecarga de recursos de atención especializada que además por ello son más ineficientes.

La asistencia sanitaria debe ser un continuo, sin desconexiones en la atención, en la que el cuidado de la salud empieza desde el momento en que se tiene para evitar que esta se pierda y termina en el tratamiento de las secuelas que produce la enfermedad (4).

En consecuencia, la adecuación de las derivaciones de pacientes desde atención primaria a consultas externas de atención especializada y la respuesta de esta en un tiempo apropiado, permitirá un óptimo aprovechamiento de los recursos disponibles. Para ello sería adecuado diseñar una atención integrada de las diversas patologías, a través de

protocolos consensuados de actuación clínica y derivación de pacientes, que permitan añadir valor a la asistencia en cada punto en que ésta se vaya produciendo, disminuir ineficiencias y repartir responsabilidades y riesgos y por lo tanto recompensas o sanciones sobre la base de unos obje-

tivos comunes (5) que traduzcan un alineamiento de culturas, que debería ser facilitado por una atención sanitaria organizada más adecuadamente en áreas de salud en contraposición a la actual división en falsos niveles asistenciales.

Bibliografía

1. Cano Montoro JG, Medina Ferrer E, Custardoy Olavarrieta J, Pineda Cuenca M, Orozco Beltrán D, Quirce Andrés F. Impacto de una intervención sobre la lista de espera de especialidades médicas en un área de salud. *Aten Primaria* 2002; 30 (9): 549-555.
2. Bernal E. ¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera? *Gac Sanit* 2002; 16 (5): 436-9.
3. Reyes J, Lado G, et al. Estudio de incomparecencias a consultas externas. Servicio de admisión de la Fundación Pública "Hospital Virxe da Xunqueira". Comunicación póster. X Congreso de la Sociedad Gallega de Documentación Clínica. Burela (Lugo), 1999.
4. Asenjo MA. Las claves de la gestión hospitalaria. 1ª ed. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, SA., 1999.
5. Granja E. Gestión sanitaria: un planteamiento a través del engarce de conceptos vigentes. *Revista Galega de Actualidade Sanitaria* 2002; 1: 384-389.