

Luis García Olmos. Unidad de Docencia e Investigación, Área 2. Madrid. Cátedra UAM–Novartis de Medicina de Familia. Presidente de la Red Española de Atención Primaria (REAP)

Nuevas formas de relación entre médicos generales y especialistas*



Médico general es aquel que no selecciona a sus pacientes ni por la edad, ni por el sexo ni por la patología que presenta. Por el contrario, los especialistas son médicos que seleccionan a sus pacientes por alguna de esas características. En los orígenes del proceso de especialización, médicos generales y especialistas han competido por los pacientes y la relación entre ellos se ha forjado sobre la base de un conflicto de intereses y de poder, derivado de la indefinición de los límites de actuación de cada uno, que ha tenido como manifestación la desconfianza entre las partes.

La relación entre médicos y pacientes se basaba en el pago de éste por los servicios recibidos; en consecuencia, en la relación entre médicos, la derivación se vivía como una amenaza de pérdida del paciente. Las asociaciones profesionales se empeñaban en regular estas relaciones y en una carta de la Asociación de Médicos Generales Británicos publicada en el *British Medical Journal*, en 1886, señalaba que «el médico consultor actuará asesorando al médico y no al paciente, en términos que instruya sobre el manejo del paciente».

A mediados del siglo XIX, con la introducción de la anestesia y la antisepti-

cia, surge el hospital moderno como lugar de aprendizaje de la medicina y el especialista como nuevo competidor de los médicos generales, no obstante sigue siendo una realidad circunscrita a las grandes ciudades. El médico general y el especialista se necesitaban mutuamente, el primero estaba limitado por sus conocimientos y su disponibilidad de recursos para resolver algunos problemas, mientras el segundo necesitaba que los pacientes llegaran al hospital. A lo largo del siglo XX, la introducción progresiva de los sistemas de seguridad social cambió la relación entre pacientes y médicos, desapareció el pago directo del paciente, y la relación

* Los contenidos de este artículo forman parte de un texto más amplio que sirvió de documento de discusión a los participantes en el Seminario de Innovación en Atención Primaria celebrado en Madrid en noviembre de 2007. Los Seminarios de Innovación en Atención Primaria están organizados por la Fundación de Ciencias de la Salud y la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial, y cuentan con el patrocinio de GSK.

entre médicos también, pues la derivación dejó de ser una amenaza para el médico general.

Los sistemas sanitarios se organizan en niveles asistenciales. Las autoridades sanitarias definen las características y las competencias de cada nivel asistencial. El nivel de atención primaria se caracteriza por: integralidad, longitudinalidad, coordinación y además, en algunos sistemas sanitarios, la atención primaria sirve de puerta de entrada a otros niveles asistenciales. Una atención primaria para ser fuerte y poder ejercer su función de filtro de forma adecuada necesita tener capacidad resolutoria y tiene que ser accesible de forma que, con una cartera de servicios amplia, resuelva la mayor parte de los problemas que se presentan en la comunidad y derive a los pacientes que no se pueden atender en el nivel primario.

El sistema de derivación se puede entender como una estructura organizativa que regula la transferencia de pacientes desde el médico general al especialista. En el proceso intervienen tres agentes: el médico general, el paciente y el especialista, cada uno con expectativas distintas. El paciente, cuando solicita ser derivado, quiere contar con una segunda opinión. El médico general busca listas de espera cortas, atención de calidad para el paciente y buena comunicación con el especialista. El especialista espera que las derivaciones que recibe estén justificadas. Por añadidura, los gestores intentan reducir el número de derivaciones para demostrar la eficiencia de su gestión.

Aunque no exista función de filtro, el contenido de las consultas de los médicos generales y de los especialistas es distinto, sin embargo. Algunos especialistas ofrecen servicios propios de los médicos generales y, en otras ocasiones, el médico general no realiza de forma correcta su función de filtro y llegan al especialista problemas ajenos a su especialidad.

La cuestión clave es poder establecer dónde están mejor atendidos los pacientes, en la consulta del médico general o en la del especialista. La pregunta no tiene fácil respuesta porque escasean los estudios al respecto. En general, los pacientes que atienden

unos y otros son distintos y cuanto más riguroso es el ajuste por estas diferencias, más se diluye la diferencia en los resultados que obtienen.

Existe una amplia variabilidad interindividual en las tasas de derivación, pero carecemos de estándares de derivación que nos permitan relacionar la variabilidad con la calidad de la atención. Políticos y gestores se mueven por estándares estadísticos y, en un entorno de contención de costes, la mejor tasa de derivación es la más baja. Bajo esta hipótesis se despliegan intervenciones que pueden tener efectos nefastos sobre la calidad de la atención y sobre la salud de los pacientes. Más allá de cuál es la tasa óptima, las listas de espera son un problema en muchos países y la derivación contribuye a aligerarlas o aumentarlas; por eso, en los últimos años se han introducido reformas que tienen como objetivo reducir las listas de espera y por añadidura aumentar la satisfacción de los pacientes.

En 1991, el NHS británico introdujo un paquete de reformas organizativas de gran calado. Entre ellas, los médicos generales, de forma voluntaria, podían asumir la gestión del presupuesto de farmacia, atención especializada, algunas intervenciones quirúrgicas y determinados servicios comunitarios. Los ahorros sobre el presupuesto asignado podían reinvertirse en nuevos servicios o en mejorar las instalaciones de la consulta. La idea de libertad de elección entre especialistas era atractiva para los médicos generales y en cinco años, la mitad de los médicos se habían convertido en gestores del presupuesto.

La gestión del presupuesto ha tenido escaso o nulo impacto sobre la derivación de pacientes. Sin embargo, los pacientes de médicos gestores soportan menos demora para ser atendidos en la consulta del especialista.

En los últimos años se han probado nuevos modelos organizativos que buscan actuar de filtro a los especialistas que trabajan en las consultas hospitalarias. Bajo la denominación de consultas de extensión de especialistas se agrupan un conjunto heterogéneo de actividades que van desde que el especialista reemplaza al médico general como primer contacto hasta aquellas en las que el especialista toma del equi-



La cuestión clave es poder establecer dónde están mejor atendidos los pacientes, en la consulta del médico general o en la del especialista

po de atención primaria, compartiendo con otros profesionales del equipo la responsabilidad de la atención al paciente.

Los beneficios potenciales de estas consultas se justifican por el aumento de la accesibilidad a los especialistas, la mejoría en la relación entre el médico general y el especialista y un entorno más familiar para el paciente. Las consultas de extensión de especialistas se han introducido en países de los cinco continentes y se han visto implicadas múltiples especialidades.

La atención compartida se define como la participación conjunta de médicos generales y especialistas en la planificación de la atención, intercambiando información alrededor del paciente que va más allá del motivo de derivación. Los beneficios teóricos de este modelo organizativo consisten en integrar los cuidados del especialista con la continuidad y atención a la comorbilidad propias del médico general, pro-



Hay pruebas de que cuantos más médicos intervienen en la atención al paciente peores son los resultados en salud

las consultas de los especialistas y una reducción en los costes. Servicios de estas características se han introducido recientemente en España con el nombre de especialista consultor.

En un intento de reducir la demanda sobre las consultas de los especialistas se ha promovido que los médicos generales asuman competencias en el manejo de algunos problemas de salud propios de la atención especializada. Médicos generales con intereses en áreas específicas de la medicina desarrollan habilidades especiales que les permiten atender esos problemas. Atienden a su población como médicos generales y además actúan como filtro intermedio para los especialistas, recibiendo pacientes derivados por otros médicos generales.

Entre los beneficios potenciales de este servicio está, para el paciente, la reducción en la demora para ver al especialista y, para el médico, el aumento en la satisfacción que produce dedicarse a tareas que le gustan. En general, los pacientes aceptan bien el nuevo servicio. Sin embargo, es dudoso que se reduzca la utilización de especialistas, el coste de la atención o que mejoren los resultados en salud.

En Estados Unidos, la atención sanitaria se caracteriza por la ausencia de filtro en unos casos o por la mayor facilidad de acceso a los especialistas en otros. Las tasas de derivación son más

elevadas que en Europa y por eso, entre otras razones, se considera un sistema sanitario caro. Sin embargo, hace unos años se publicaron los resultados de Kaiser Permanente, una organización establecida en California, caracterizada por la integración de la atención primaria y la atención especializada, que se rige por el principio de sustitución de cuidados (el paciente recibe atención sanitaria donde la prestación es más eficiente) y donde, a pesar de que la utilización de especialistas es mayor en comparación con los países europeos, los ingresos hospitalarios son menores y la estancia media más corta. Esta demostración de eficiencia causó revuelo en el Reino Unido y ahora hay experiencias por doquier que ven en la gerencia única la alternativa a los problemas de eficiencia. No obstante, conviene tener en cuenta que los estudios publicados no demuestran mayor efectividad, medida en términos de resultados en salud, y, por el contrario, hay pruebas de que cuantos más médicos intervienen en la atención al paciente peores son los resultados en salud.

A la vista de estas nuevas experiencias y de su escaso impacto, podemos afirmar que la interfase atención primaria – atención especializada conforma un sistema complejo, sobre el que todavía tenemos pocos instrumentos para su control. ■

duciendo una mejoría en los resultados, una reducción en la utilización de

ADSP
Asociación
para la Defensa de
la Sanidad Pública

Solicitud de admisión

NOMBRE Y APELLIDOS

DOMICILIO

LOCALIDAD CP

TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

PROFESIÓN/CATEGORÍA DNI

CENTRO DE TRABAJO TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

Cuotas: 43 euros semestrales para los socios con trabajo y 48 euros anuales para los socios que se encuentren en situación de paro.

BANCO/CAJA OFICINA

CUENTA

DOMICILIO LOCALIDAD CP

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la **Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública**

Fecha: Firma:

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid (www.fadsp.org) Tel.: 91 333 90 87. Fax: 91 437 75 06 (ver direcciones en la página 31)