

**BARBARA STARFIELD**

# **ATENCIÓN PRIMARIA**

*Equilibrio entre necesidades de salud,  
servicios y tecnología*



III MASSON

# 7

## Accesibilidad y primer contacto: el «filtro»

Tuve una experiencia, de médico residente, que cambió mi carrera. Rotaba en cirugía y a menudo veía a pacientes con molestias y dolores que, por no depender de un problema quirúrgico, derivaba adecuadamente, dándoles un número de teléfono donde llamar. Suponía que así solucionaba el problema. Sin embargo, un día llamé a ese teléfono, sólo para comprobar cómo les iba a mis pacientes. La primera vez la línea se cortó. Lo intenté nuevamente y la línea volvió a cortarse; a la siguiente me mantuvieron a la espera, y en la siguiente me dijeron que iban a derivar la llamada. Para conseguir una visita programada tuve que hacer 14 llamadas telefónicas, y yo hablaba inglés. Así que empecé a preocuparme sobre cómo derivaba a mis pacientes, dónde les enviaba y qué ocurría con ellos. Nosotros nos arreglamos porque conocemos el sistema, pero la mayoría de las personas vuelven a su domicilio y se encuentran con barreras que no saben cómo sortear. Cambié de cirugía a medicina de familia y ahora intento lo mejor por mis pacientes. Sólo les derivo cuando creo que ya no puedo hacer nada más, y aun así no les «abandono» hasta que la visita ha sido programada. Soy capaz de atender enfermedades, pero eso no es todo lo que puedo hacer. Mis pacientes son algo más que sus enfermedades. Ahora siento que estoy realmente haciendo algo por ellos, que vale la pena ejercer de médico. Lo mejor que podemos hacer por los pacientes es entender lo que dicen, y un prerrequisito básico es saber escuchar. Atiendo, obviamente, las enfermedades de mis pacientes (estoy a su disposición en la medida en que me necesitan); pero eso es una pequeña parte de todo lo que yo hago por ellos.

Dr. C.

Es inherente a la organización de los servicios sanitarios en niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria) la idea de que existe un punto de entrada cada vez que el paciente tiene un problema de salud y que este punto de entrada debe ser muy accesible. En el lenguaje habitual, este punto de primer contacto se conoce como la «puerta» o el «filtro» (*gatekeeper*).

La idea de un filtro tiene sentido, pues la mayor parte de las personas no saben lo suficiente sobre detalles técnicos médicos como para tener un juicio informado acerca del lugar y el momento de atención de muchos de sus problemas. Las personas que creen tener un problema de salud deberían consultar con un profesional que les ayudara a discernir si el problema es grave, como para requerir atención adicional, o si se trata de un trastorno autolimitado que no exige seguimiento posterior. Si falta una puerta de entrada accesible, no se prestará la atención adecuada o ésta se retrasará y causará gastos adicionales. El consejo y

la asesoría de un médico de atención primaria facilitan la selección de la mejor opción asistencial disponible.

No todos los médicos tienen la misma habilidad para manejar las distintas facetas de la atención, y el rol de filtro conlleva retos particulares, pues los problemas de los pacientes son a menudo vagos y no relacionados con un aparato, y por el diferente umbral de búsqueda de atención algunos pacientes acuden a la consulta en fases más precoces de la enfermedad que otros. Por ello, los médicos de atención primaria se enfrentan a más variedad en la presentación de las enfermedades que los especialistas, quienes normalmente atienden a los pacientes en estadios posteriores, más diferenciados. Además, los médicos de atención primaria trabajan en el seno de la comunidad, donde las manifestaciones de las enfermedades se encuentran muy influidas por el contexto social. En cambio, los especialistas (en particular los de hospitales) atienden problemas más alejados de su contexto social.

Son importantes los datos sobre las ventajas de un «primer contacto» útil, para poder considerarlo como característica clave de la atención primaria. A continuación se exponen estas ventajas.

## VENTAJAS DEL PRIMER CONTACTO

Se sabe, desde hace años, la importancia de un acceso fácil a la atención para disminuir la mortalidad y la morbilidad. Se han agrupado los resultados que lo demuestran respecto a la salud infantil (Starfield, 1985); también los hay respecto a los adultos. Por ejemplo, por déficit presupuestario se les negaron a muchos pacientes los servicios ambulatorios en el Veterans Administration Hospital, al que previamente acudían. Al encuestarlos, tenían menos acceso a la atención médica necesaria y de hecho no la recibían. Al cabo de un año los pacientes no cubiertos tenían con más frecuencia un estado de salud peor, y un mal control de la presión arterial, comparados los pacientes que seguían cubiertos, aunque inicialmente estas últimas estuviesen más enfermas (Fihn y Wicher, 1988). También, cuando en California eliminó los seguros sanitarios de muchos adultos indigentes, se demostró una disminución de su uso de los servicios y un deterioro del estado de salud que persistió al menos hasta un año después (Lurie et al, 1986).

También es importante la maximización del acceso a una fuente de *atención primaria*. Diversos estudios demuestran que los pacientes deberían ver a un médico generalista antes de consultar a un especialista.

Evan R. es un muchacho de 15 años que un día llegó a casa desde la escuela con un pie hinchado, después de haber jugado varias horas al baloncesto con sus amigos. La madre de Evan le llevó a un traumatólogo que conocía, quien hizo una radiografía y observó una posible fisura. El traumatólogo decidió derivar a Evan a un reumatólogo, quien le visitó de inmediato y mencionó la posibilidad de que el muchacho presentase una sarcoidosis. A Evan se le hizo una radiografía de tórax (que fue normal) y se le extrajo sangre para realizar diversos análisis, entre ellos la determinación de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA), prueba que se utiliza en el diagnóstico de la sarcoidosis en adultos. El nivel de ECA estaba aumentado. Se propuso seguir a Evan cada 6 meses, para confirmar o descartar el diagnóstico de la sarcoidosis. La madre de Evan estaba aterrorizada al pensar que se trataba de una

enfermedad letal. También se le hizo a Evan una gammagrafía ósea, para descartar un cáncer óseo. Antes de volver a casa, Evan volvió al traumatólogo para que le escayolase el tobillo. Una semana después, su tío (un pediatra) les visitó y vio a Evan encestando, en la entrada de su casa con la escayola en el pie. El pediatra comentó a la madre que la sarcoidosis raramente se presenta de esa manera y que la prueba de la ECA es inespecífica y muy sensible a los cambios hormonales que ocurren durante la pubertad, etapa que Evan estaba atravesando. La enfermedad que debería haber sido tratada con la aplicación de hielo y la elevación de la extremidad, ocasionó una factura de varios miles de dólares por las pruebas diagnósticas innecesarias. Una semana después, el pediatra convenció al traumatólogo para que retirase el yeso a Evan.

B. G. (1994)

Utilizando datos procedentes de una encuesta realizada a una muestra nacional de habitantes de EE.UU., Forrest y Starfield (1998) demostraron que una mejor accesibilidad a los servicios de salud se asociaba a una mayor probabilidad de tener primer contacto y continuidad asistencial con el médico de atención primaria. La accesibilidad se midió con las respuestas a una pregunta sobre barreras geográficas (más de 30 minutos de transporte), a una pregunta sobre barreras económicas (carencia de un seguro todo el año o parte de él) y a tres preguntas sobre barreras organizativas (servicio asistencial fuera de las horas de visita en el centro de atención primaria, tiempo de espera de 5 o más días para una cita y tiempo de espera en la consulta superior a 30 minutos). El componente «asistencia fuera de horas» incluía cinco subcomponentes: horas de urgencia, domicilios, horarios nocturnos, mañanas de sábado, y otros horarios de fin de semana. El primer contacto se valoró como la proporción de visitas en un año por 24 posibles tipos de procesos agudos en que la primera visita del episodio fue con el «médico concreto que ve habitualmente en el centro de atención primaria». La continuidad se valoró evaluando el porcentaje de todas las visitas con este médico, respecto a todas las visitas médicas en un año, independientemente de dónde se hubieran atendido. Se comprobó, aun tras controlar por variables diversas (características del paciente y del centro de atención primaria y tipo de médico de atención primaria), que el número de barreras se asociaba a un menor primer contacto y una disminución de la continuidad.

En un experimento se exigió a las personas de un seguro que fueran atendidas primero por un médico generalista, no autorizándose las hospitalizaciones ni las visitas a especialistas sin la derivación del médico de atención primaria, se comprobó al año que este grupo había tenido menos días de hospital que quienes podían elegir libremente dónde ir (Moore, 1979). Sin embargo, una valoración posterior no consiguió demostrar diferencias en costes, ni en hospitalizaciones, ni en ambulatorio; ello se debió, en gran parte, a que el «filtro» no fue capaz de controlar la forma de trabajar de los especialistas (pagados por acto, sin riesgo financiero). De hecho, el 70 % de las hospitalizaciones dependió de los especialistas (Moore, 1983).

En Canadá se ha demostrado que la indicación para amigdalectomía y/o adenoidectomía era más acertada en los niños derivados por el pediatra (o que habían tenido algún contacto con el pediatra) que en los niños vistos sólo por el otorrinolaringólogo. Los resultados en salud fueron asimismo mejores para los

niños vistos inicialmente por el pediatra; en éstos se observaron menos complicaciones postoperatorias y mayor disminución de la patología respiratoria tras la cirugía (incluyendo mayor disminución de los episodios de otitis media) (Roos, 1979).

En un estudio en el que se compararon las frecuencias de visita en dos agrupaciones médicas con prepago (Starfield, 1983), los niños atendidos en el grupo que exigía la derivación por un médico de primaria tuvieron menos visitas con los especialistas. No se observó que las visitas adicionales de este grupo redundasen en mejores resultados de salud.

El exigir una visita a un «filtro», antes ir a otros niveles, se asocia con una disminución de la utilización de especialistas y de urgencias. En un estudio en el que los nuevos suscriptores eran asignados aleatoriamente bien a un sistema que exigía la visita a un profesional de filtro, bien a otro sistema con las mismas ventajas, pero sin el «filtro», se demostró que los pacientes con el «filtro» realizaban anualmente una media de 0,3 visitas menos al especialista que los pacientes del otro sistema (Martin et al, 1989). En otro estudio con muestras aleatorias y estratificadas de pacientes inscritos en cuatro programas experimentales de Medicaid que exigían un filtro previo, se observaron grandes reducciones en la proporción de pacientes que realizaban visitas al menos una al servicio de urgencia, con reducciones del 27 al 37 % en los niños y del 30 al 45 % en los adultos (Hurley et al, 1989).

Un estudio nacional en EE.UU., sobre la experiencia del enfermar y la utilización de los recursos médicos, da una buena base para estimar el ahorro del primer contacto con el médico de primaria. Se estudiaron todos los episodios asistenciales de 24 problemas agudos y preventivos según el lugar en que primero se buscó asistencia. Tras controlar por numerosas características asociadas a costes asistenciales, se demostró que los episodios que comenzaban con la visita al centro de atención primaria habitual presentaban unos costes globales un 53 % más bajos: 62 % para las enfermedades agudas y 20 % para las visitas preventivas. El ahorro era similar tras excluir las visitas a los servicios de urgencias (muy caras) (Forrest y Starfield, 1996).

Los resultados de un gran estudio internacional confirmaron la relación entre el primer contacto y un menor porcentaje del producto interior bruto en los servicios sanitarios. Se clasificó a los países europeos según el porcentaje de especialistas médicos a los que la población tenía acceso directo (Crombie et al, 1990). Los países con un porcentaje más alto empleaban una mayor proporción del producto interior bruto en la salud (respecto a los países en los que el porcentaje era más bajo, en que se exigía la derivación por el médico de atención primaria) (Fry y Horder, 1994).

Un pequeño estudio, realizado en un gran hospital pediátrico urbano, demuestra las ventajas del primer contacto con enfermedad aguda (apendicitis). Los niños cuyos padres habían contactado con el médico de atención primaria antes de llegar al hospital tenían menos posibilidad de perforación, que los niños cuyos padres no lo hicieron (con independencia de si tenían seguro, y de su cobertura); si acudían en fin de semana, los primeros eran operados inmediatamente con más probabilidad. Tuvieron el mismo efecto positivo las consultas por teléfono que la exploración médica directa (Chande y Kinnane, 1996).



atiende el médico. Si el trastorno es infrecuente, la prueba dará muchos resultados falsos positivos. Las pruebas que utilizan los especialistas están ajustadas para rendir de forma adecuada en una población de pacientes con gran probabilidad de tener la enfermedad. Si se realiza la prueba a pacientes con baja probabilidad de tener la enfermedad (como cuando los pacientes no son derivados por los médicos de atención primaria), el resultado será casi siempre incierto. Por ello, los pacientes serán sometidos a una serie de pruebas diagnósticas innecesarias, cada una con una probabilidad concreta de producir efectos adversos y, por el bajo rendimiento de las pruebas, los costes no se podrán justificar.

La Dra. G. es una cirujano que acudió a un otorrinolaringólogo por una cefalea intensa que autodiagnosticó de sinusitis. El otorrino solicitó una tomografía computarizada y le prescribió corticoides para la sinusitis, pero la cefalea empeoró hasta el punto de incapacitarla para operar. Por casualidad le tocaba revisión con su ginecólogo, quien le aconsejó que dejase de tomar anticonceptivos orales y que fuese a un neurólogo. El neurólogo le diagnosticó migraña y le puso tratamiento. La Dra. G. presentó al poco tiempo desmayos, lo que hizo que el neurólogo aumentase la dosis de la medicación. Al no desaparecer los síntomas, fue a ver a un médico de medicina interna, quien solicitó una prueba de la función tiroidea. Diagnóstico: hipertiroidismo. La Dra. G. está ahora asintomática y ha vuelto a trabajar, con el tratamiento adecuado para su enfermedad.

Para cualquier síntoma de presentación, la probabilidad de que se deba a una enfermedad es más baja en las poblaciones de los médicos de primaria que en la de los especialistas, dada la mayor frecuencia de enfermedad en las consultas de estos últimos (Sox, 1996). Por lo tanto, ante un mismo paciente, los médicos de primaria solicitarán menos pruebas y exploraciones que los especialistas y, aun así, obtendrán los mismos resultados (o mejores) en lo que se refiere a exactitud diagnóstica en los problemas de salud habituales en atención primaria (Rosser, 1996).

Steven C. es un niño de 5 años que empezó con poliartralgias. Sus padres le llevaron a su médico, un pediatra, profesor especializado en hematología. Al considerar el diagnóstico de artritis reumatoide, el pediatra solicitó múltiples análisis de sangre y varias radiografías; todas fueron normales. Steven no había necesitado todas esas pruebas, caras y desagradables, y que produjeron ansiedad en sus padres. Había sido vacunado contra la rubéola la semana anterior, y el pediatra especializado no conocía la frecuente incidencia de artralgias migratorias tras dicha vacunación.

En la medicina occidental, etiquetar como sana a una persona enferma parece más intolerable que etiquetar como enferma a una persona sana. Por lo tanto, los frecuentes «falsos positivos» de la atención especializada se aceptan mejor que los frecuentes «falsos negativos» que de la atención primaria. Hace años, Scheff (1964) describió ya el impacto adverso de estas presunciones sobre la salud de los pacientes. Su aviso ha recibido escasa atención posterior, en parte por la predominante tendencia de los médicos a establecer diagnósticos por exceso en vez de por defecto, actitud compatible con los incentivos económicos para fomentar el uso de tecnología, cada vez más cara y sofisticada. A pesar de todo, los convin-

centes argumentos de Scheff, los datos acerca de la carga enorme de las enfermedades iatrogénicas y los daños médicos generados más por errores de comisión que de omisión, dan la justificación teórica de las ventajas del primer contacto con los médicos de atención primaria.

Está sano aquel a quien no se le han hecho pruebas suficientes.

Anónimo

### IMPLICACIONES POLÍTICAS Y DE INVESTIGACIÓN DEL PRIMER CONTACTO: COFINANCIACIÓN Y FILTRO

Cuando los costes asistenciales parecen fuera de control, a menudo los políticos resucitan la idea de que pueden reducirse imponiendo la cofinanciación a los usuarios de los servicios. Es un abordaje de aparente atractivo universal, pues muchos países imponen a los pacientes cuotas para contribuir al sostenimiento de su propia atención. La cofinanciación tiene dos expresiones: *a)* requerir el pago de una parte de los costes de la prima del seguro, y *b)* compartir costes mediante un copago o deducible. Esta última expresión constituye la barrera más inmediata al acceso, ya que se impone cuando se toma la decisión de buscar servicios. Son numerosas las experiencias que demuestran que los copagos y reembolsos reducen la utilización de los servicios (Rasell, 1995) sin disminuir los costes (Saltman y Figueras, 1997). Por ello podrían estar justificados en situaciones en las que la utilización de los servicios parece frívola o innecesaria; su utilidad puede cuestionarse en países con tasas de utilización ya relativamente bajas y con barreras conocidas para el acceso (tabla 7-1).

Tabla 7-1. Médicos y hospitales (principios de la década de los años noventa)

	Camas hospitalarias		Hospitalizaciones		Consultas con médicos	
	Camas por 1.000 habitantes	Relación camas de enfermos agudos/crónicos	Ingresos de la población (%)	Días de ingreso (media)	Médicos por 1.000 habitantes	Consultas por habitante
Alemania (occidental)	10,3	0,4	21,1	16,1	3,2	11,5
Australia	9,8	0,8	23,0	12,7	2,2	8,8
Bélgica	6,5	0,8	19,1	13,0	3,2	7,9
Canadá	6,3	0,5	14,1	13,9	2,2	6,9
Dinamarca	5,4	0,2	21,2	7,8	2,8	4,4
España	4,2	0,3	9,9	11,9	3,9	6,2
EE.UU.	4,7	0,2	13,7	9,1	2,2	5,6
Finlandia	11,2	1,8	22,8	19,0	2,5	3,3
Países Bajos	11,4	1,6	20,9	33,8	2,5	5,4
Reino Unido	5,9	1,3	19,3	14,0	1,4	5,7
Suecia	11,9	2,0	19,9	16,8	2,9	2,8
Media (OCDE)	8,4		16,2	14,4	2,5	6,1

El quid de la cuestión es que el copago en el punto de servicio disminuye tanto las visitas innecesarias como las necesarias (Rasell, 1995). La disminución en el uso de servicios parecen compensarla los médicos, en pago por acto, para limitar la reducción de sus ingresos, aumentando el número de servicios a los pacientes que atienden; en consecuencia, aumentan los costes globales (Fahs, 1992), y empeoran los resultados en salud, incluida la persistencia de síntomas de enfermedad entre los pacientes con ingresos bajos (Shapiro et al, 1986). En una situación en la que el coste en exceso se asocia más con la intensidad de los servicios prestados por los médicos que con el abuso en la utilización por los pacientes, la imposición de barreras económicas a quienes buscan asistencia es, lisa y llanamente, un instrumento indirecto de control de costes. Ésta es la situación en EE.UU., donde es frecuente el sistema del copago. En la tabla 7-1 se demuestra que generalmente, en comparación con otros países, en EE.UU. hay menos camas hospitalarias, hospitalizaciones, duración de ingresos, número de médicos y número de visitas al médico por persona. Es improbable la disminución de los costes, imponiendo controles adicionales sobre los mismos, sin comprometer la salud. Es mejor estrategia el identificar los servicios innecesarios, tanto por médicos como por pacientes, e instaurar un sistema de mejora de la calidad para disminuir las intervenciones diagnósticas y terapéuticas innecesarias.

En enero de 1996, más del 80 % de los canadienses encuestados estaban de acuerdo en estar incluidos en la lista de un médico de familia para recibir la atención médica, derivación a los especialistas y otros proveedores y asistencia fuera del horario de consultas.

*Canada Health Monitor, encuesta del 13 de enero de 1996*

La idea de un filtro no es nueva ni siquiera en EE.UU. De 1953 a 1978, los pacientes del Hunterdon Medical Center de Nueva Jersey sólo tenían acceso a los especialistas a través de la derivación por un médico de atención primaria. El «filtro» también se utiliza a menudo en la sanidad militar para controlar el acceso a los especialistas. A finales de la década de los años ochenta, más del 85 % de las organizaciones para el mantenimiento de la salud limitaban el acceso directo de los pacientes a los especialistas, y en más del 50 % exigían a los pacientes que acudiesen a un médico de primaria antes de permitirles el acceso a otro especialista (Reagan, 1987).

En los sistemas en los que se ha permitido tradicionalmente la libre elección de médico y el acceso directo a cualquier tipo de especialista, las ventajas del filtro pueden no ser intuitivamente obvias. Si la población cree que los especialistas tienen mayor experiencia y capacidad y se considera competente para decidir cuál es el profesional al que debe acudir, puede sentirse privada de la «mejor» atención si debe pasar primero por otro médico. Si fuera correcta la valoración del problema, el acceso directo a un especialista podría ser más eficiente, porque ahorra una visita intermedia. Un acceso sin restricciones también resulta más cómodo, ya que los pacientes hacen una visita, en lugar de dos, y son atendidos más rápidamente.

Por otro lado, la formación de los médicos de atención primaria hace que estén familiarizados con las formas de presentación precoces de los problemas de salud

y, así, son más hábiles al valorar la importancia relativa de los diversos signos y síntomas en los estadios precoces de la enfermedad. Su conocimiento de los pacientes les facilita la valoración de la naturaleza de los cambios en signos y síntomas, y es probable que utilicen más eficientemente los recursos al evaluar la importancia de los cambios. Los médicos de atención primaria pueden facilitar también, el acceso a otros especialistas y dirigir a los pacientes al más apropiado, con lo que se acorta, no se alarga, el tiempo en recibir asistencia adecuada.

Por todo ello, el filtro es cuestión controvertida y lo será más a medida que aumente el número de organizaciones asistenciales que lo adopten. En la experiencia internacional, los países con filtro (en los que los pacientes no tienen acceso a los especialistas si no han pasado por un médico de atención primaria), no son necesariamente países cuya población esté menos satisfecha con su sistema sanitario (Gérvas et al, 1994). Sin embargo, en EE.UU. existe la difundida sospecha de que el objetivo del «filtro» es el control del coste y no la racionalización organizativa, que es el caso, históricamente en muchos países europeos; el «filtro» se utiliza cada vez con más frecuencia para disminuir el acceso a los especialistas, con lo que existe la posibilidad de negar asistencia que el paciente necesita realmente. La no derivación podría incluso conllevar una asistencia inadecuada; si el profesional de atención primaria no tiene la experiencia o los conocimientos debidos para el diagnóstico o el manejo del problema, puede retrasarse la atención necesaria. Al registrarse los usuarios en el sistema, pueden elegir médico (al menos entre un listado de médicos), pero las visitas posteriores deben realizarse a través de este mismo médico. La elección del especialista podría incluso mantenerse en cada derivación, pero es probable se limitase la elección a un grupo relativamente pequeño de especialistas. Puede haber problemas graves respecto a la equidad, con la imposición del filtro, cuando el financiador tiene gran interés económico en reducir la utilización de los servicios de los especialistas. Corren un riesgo especial de no ser derivados de forma adecuada los pacientes cuya asistencia pagan empresarios o aseguradoras que buscan hacer negocio con los bajos niveles de utilización de tales servicios.

El impacto del filtro también depende de los incentivos económicos del médico de atención primaria. Los estudios sobre atención gestionada de la década de los años ochenta demostraron que el filtro disminuía la probabilidad de que los pacientes acudieran al especialista, con el consiguiente incremento de las visitas a atención primaria si al médico de atención primaria se le pagaba por acto. Además, se observó que los pacientes acudían a menos centros distintos que antes de registrarse en el plan de salud (Hurley et al, 1991).

El filtro implica algunas cuestiones éticas. Cuando la restricción del acceso a los especialistas se asocia a incentivos económicos para el médico de atención primaria, existe un conflicto potencial de intereses entre los del propio médico por sus ingresos y los de médico por el bienestar de sus pacientes. Es necesario promover el derecho de los pacientes a conocer la existencia de estos conflictos potenciales.

Estos problemas, en relación con el filtro, no surgen en los países en los que el concepto de puerta de entrada cuenta con una larga tradición. En ellos, por la libre elección del médico de primaria y el mantenimiento de relaciones a largo plazo con éste (v. cap. 8), es fácil que los pacientes confíen en su médico para ele-

gir al especialista oportuno. En Dinamarca, toda la población tiene derecho a escoger uno, entre dos planes asistenciales; en el primero tienen derecho a los servicios gratuitos de un médico de atención primaria, al que eligen, y a los de otros especialistas a los que este médico pueda derivarles; en el segundo, pueden consultar a cualquier médico, pero deben pagar parte de los honorarios. Sólo un 3 % de la población elige el segundo plan; se trata por lo general de personas mayores, con ingresos altos, sanos y que utilizan con frecuencia a los especialistas. La diferencia respecto a EE.UU. es que en este país el filtro se asocia a un imperativo de contención de costes e interfiere con la autonomía del médico en la toma de decisiones, con lo que sugiere más «racionamiento» que organización racional. Desde mediados de la década de los años noventa, un número creciente de estados desarrollan leyes para permitir el acceso directo a los especialistas -principalmente (aunque no exclusivamente) a los obstetras/ginecólogos-, lo que limita potencialmente las ventajas del primer contacto. Estas leyes forman parte de un ataque legislativo más extenso, como reacción general contra muchos de los abusos observados en la atención gestionada (Hellinger, 1996). Hacia 1996, sin embargo, cambió la tendencia de este abordaje parcial para controlar dichos abusos a otro más amplio, con el fin de asegurar responsabilidades tanto profesionales como en los resultados asistenciales.

Si el objetivo del filtro es conseguir una utilización más racional de los recursos, debería existir base científica lógica para sostener que los médicos de primaria pueden juzgar de manera efectiva y eficiente quién debe ser derivado a un especialista. Sin fundamento racional claro sobre lo que debe permanecer en atención primaria y lo que debe pasar a los especialistas, siempre existirá la sospecha de que las decisiones dependen de otros factores (p. ej., la contención de gastos).

Aunque las tasas de derivación varían muchísimo, por término medio se genera una derivación en el 5 % de las consultas al médico general (Christensen et al, 1989; Wilkin y Smith, 1987). La variabilidad depende en parte de las características de los pacientes -especialmente la edad (Penchansky y Fox, 1970)-, y en parte de las características de la organización. Por ejemplo, los médicos en agrupaciones con prepago (incluidas las organizaciones para el mantenimiento de la salud) derivan menos; y los médicos de familia derivan menos que los internistas (Percoff, 1978). Datos recientes indican que sigue ocurriendo así, al menos en lo referente a los adultos (Franks y Clancy, 1997). La variabilidad persiste, empero, incluso tras tener estas características en cuenta. Por ejemplo, Penchansky y Fox (1970) encontraron variabilidad entre el 2 y el 18 % en las derivaciones de los internistas, y del 2 al 10 % en las de los pediatras. En estudios más recientes, en EE.UU. y en Inglaterra, se han observado variaciones de hasta cuatro veces en las derivaciones de médicos de atención primaria (Wilkin y Dornan, 1990).

Un determinante importante de la tasa de derivación es la oferta de especialistas en la comunidad. Por ejemplo, el número de consultas con los especialistas en las diferentes regiones de Gran Bretaña se asocia fuertemente con el número de especialistas, y débilmente con las tasas de enfermedad (calculadas mediante índices estandarizados de mortalidad y el número medio de prescripciones por paciente por médico general) (Roland y Morris, 1988). En Dinamarca, las tasas de derivación de 141 médicos generales de una provincia, estaban fuertemente aso-

ciadas al número de especialistas en las distintas zonas de dicha provincia (Christensen et al, 1989).

En EE.UU., donde muchos pacientes acuden directamente al especialista sin pasar por el médico de primaria, las tasas de utilización de los especialistas son directamente proporcionales a la posibilidad de los pacientes de ver o volver a ver al especialista sin consejo o guía de un médico de atención primaria (Perkoff, 1978; Starfield, 1983).

El creciente interés y el aumento progresivo del uso del filtro obliga a analizar la naturaleza tanto de la atención primaria como de la atención especializada. La investigación dará a los planificadores la base para formalizar los criterios de derivación, de modo que se reduzca la variabilidad que no se debe a la necesidad médica. La especificación de criterios justificados para derivar facilitará el desarrollo de sistemas para facilitar la coordinación de la atención por los médicos de atención primaria, un corolario importante del uso racional del filtro. Los aspectos relacionados con la mejora de la coordinación asistencial se analizan en el capítulo 11.

## MEDICIÓN DEL PRIMER CONTACTO

Es inherente al concepto de «primer contacto» la idea de que, cada vez que surge un problema nuevo de salud, debe existir un lugar concreto o un profesional de salud específico que actúe como puerta de entrada al sistema sanitario. A pesar de los recelos acerca del filtro o puerta, se ha difundido la idea de un lugar o persona de primer contacto en diversos sistemas sanitarios, como forma adecuada de organización de dichos servicios. Además, hay consenso acerca de que el filtro sea un médico generalista, bien un médico de familia/general, o bien internista, bien un pediatra no especializado. Este profesional debería ser accesible a la población, y ser utilizado siempre que surja un problema nuevo de salud.

Los términos *acceso* y *accesibilidad* se han utilizado indistintamente, y a menudo con ambigüedad. Una definición (Millman, 1993) llegó a considerar el «acceso» como «la utilización oportuna adecuada de servicios personales de salud para conseguir los mejores resultados en salud», lo cual implica que el acceso no tiene importancia si no se dispone de servicios de salud de efectividad demostrada. Puesto que se ignora la efectividad de la mayor parte de los servicios de salud, tal definición carece de utilidad.

La «accesibilidad» hace posible el contacto con los servicios. Es decir, es un aspecto de la estructura del sistema sanitario, o de un centro asistencial; el aspecto que resulta necesario para conseguir el primer contacto. El «acceso» es la forma en que la población experimenta esta característica de su servicio de salud. La accesibilidad no es una característica exclusiva de la atención primaria, pues todos los niveles sanitarios deben ser accesibles. Sin embargo, son diferentes los requisitos específicos de la accesibilidad en atención primaria, dado que es la puerta de entrada al sistema sanitario. Como se ha mencionado, la incertidumbre acerca de la urgencia y gravedad de problemas nuevos o recurrentes, conlleva que el acceso fácil al consejo sea un aspecto importante de la atención.

En la figura 7-1 (basada en los componentes del sistema sanitario expuestos en el cap. 2) se muestran aquellos aspectos del sistema sanitario relacionados con la consecución del primer contacto: la característica estructural, accesibilidad, y la característica conductual, de uso de los servicios cuando hay una necesidad percibida.

En la siguiente sección se analizan las formas de medir el componente estructural («capacidad») del primer contacto: la accesibilidad. La otra sección se dedicará a la medida del componente «realización»: la utilización.

### Medida de la accesibilidad y el acceso

La accesibilidad es el elemento «estructural» necesario para el primer contacto. Para proporcionarlo, el lugar de atención ha de estar disponible y ha de ser accesible; en caso contrario, la atención de salud se retrasará quizá hasta afectar de forma negativa el diagnóstico y el manejo del problema.

Hay varios tipos de «accesibilidad». Donabedian (1973) diferenció el acceso socio-organizativo del acceso geográfico. El primero incluye aquellas características de los recursos que obstaculizan o facilita el conseguir la atención. Un ejemplo es el requisito de que los pacientes paguen los honorarios de la visita antes de recibir el servicio, lo que puede crear una barrera al acceso. También son ejem-

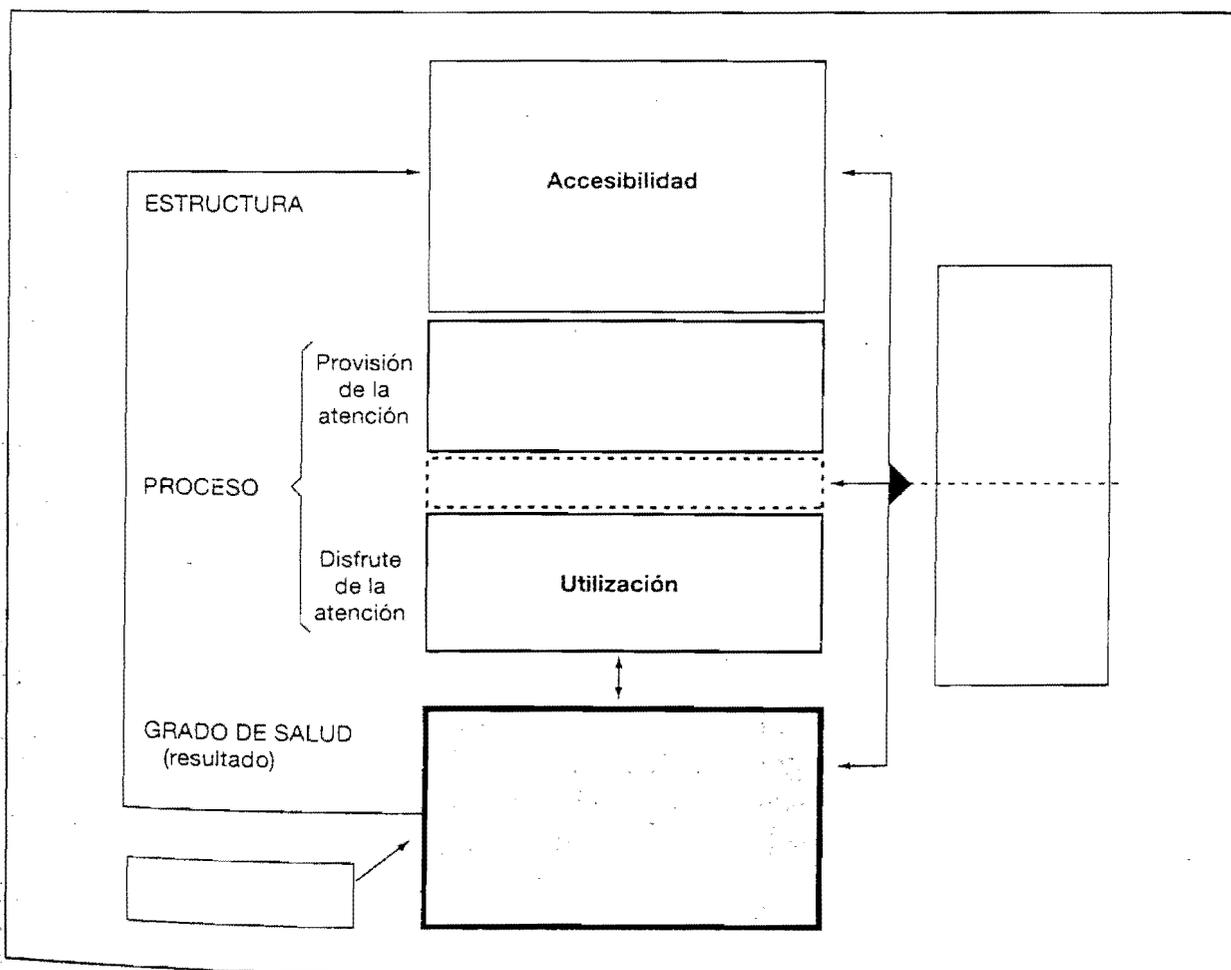


Figura 7-1. El sistema de servicios sanitarios: componentes de la atención de salud de primer contacto. (A partir de la fig. 2-1.)

plos los prejuicios sociales menos explícitos (como edad, raza y clase social). Por otra parte, el acceso geográfico se relaciona con características de tiempo y distancia requeridos para llegar a, y utilizar los servicios.

La accesibilidad y el acceso pueden medirse tanto desde el punto de vista de la población como del centro sanitario.

### Valoración poblacional del acceso

*Encuestas sobre barreras a la utilización de los servicios.* Las encuestas de salud ofrecen a menudo información sobre la existencia de barreras a la utilización de los servicios (p. ej., la ausencia de seguro o de otro pagador de los costes) y, también, sobre el grado de carencia de los servicios necesarios, y de las razones de ello. Se preguntan cuestiones como:

- ¿Tiene que utilizar parte de su horario laboral para ir al médico?
- ¿Cuánto tiempo tarda aproximadamente en llegar a su médico?
- ¿Habla el médico su lengua materna? (Edwards y Berlin, 1989).

Otras encuestas, en EE.UU., contienen cuestiones sobre el acceso a los servicios de salud (Kovar, 1989).

*Encuestas sobre percepción personal de la accesibilidad de la atención.* Penchansky y Thomas (1981) realizaron una encuesta con 16 cuestiones sobre la accesibilidad. La accesibilidad se dividió en cinco componentes: disponibilidad, accesibilidad, servicio, gasto y aceptabilidad. Las cuestiones eran las siguientes:

#### *Disponibilidad*

- Globalmente, ¿hasta qué punto confía en que usted o su familia recibirán una buena asistencia médica cuando la necesiten?
- ¿Está satisfecho con la posibilidad de encontrar a un buen médico para tratar a toda su familia?
- ¿Está satisfecho con la información sobre dónde acudir para recibir asistencia?
- ¿Está satisfecho sobre la capacidad para obtener atención médica en una urgencia?

#### *Accesibilidad*

- En relación a su domicilio, ¿está satisfecho con la localización de la consulta de su médico?
- ¿Con qué dificultades se encuentra para ir a la consulta de su médico?

#### *Servicio*

- ¿Está satisfecho con el tiempo para conseguir una cita?
- ¿Está satisfecho con las horas de consulta de su médico?
- ¿Está satisfecho con el tiempo que debe permanecer en la sala de espera?
- ¿Está satisfecho con la facilidad para establecer contacto con su médico?

*Gasto*

- ¿Está satisfecho con su seguro sanitario?
- ¿Está satisfecho con los honorarios de su médico?
- ¿Está satisfecho con el tiempo que tiene para pagar la factura de su médico?

*Aceptabilidad*

- ¿Está satisfecho con el aspecto físico de la consulta de su médico?
- ¿Está satisfecho con la vecindad del despacho?
- ¿Está satisfecho con los otros pacientes que encuentra habitualmente en la consulta de su médico?

En la medida en que las personas tengan umbrales similares de idoneidad, las respuestas a encuestas de este tipo podrían proporcionar una base para juzgar la consecución de la accesibilidad o para comparar la accesibilidad en diferentes áreas. Sin embargo, si distintos grupos de población tienen estándares diferentes, tales encuestas pueden llegar a conclusiones falsas.

Los restantes métodos (la proporción utilización/incapacidad, proporción síntomas/respuesta, y los análisis de episodios de enfermedad) no están orientados tanto a las barreras de hecho como a la valoración de la probable existencia de barreras, que se manifiesta por una utilización de servicios inferior a la que cabría esperar. Además, ninguno de estos métodos es específico de los servicios de atención primaria y habría que realizar importantes adaptaciones para que fueran útiles en este ámbito.

**Proporción utilización/incapacidad.** Esta medida de la accesibilidad (Aday et al, 1980) se emplea en encuestas poblacionales, como las comentadas anteriormente. Se pregunta si hubo días en que no pudieron llevar a cabo sus actividades diarias habituales, a causa de un problema de salud y si buscaron asistencia médica por este motivo. Cuanto menor es la proporción relación utilización/incapacidad, menor es el acceso a la atención. Obviamente, no existe una respuesta «correcta» y esta medida resulta útil sólo para establecer comparaciones. Se acepta que los grupos de población con distintas medias de utilización/incapacidad presentan también diferencias en el acceso a la atención. Los principales problemas de esta medida es que tanto el numerador como el denominador dependen del recuerdo del encuestado y que presupone que todas las incapacidades provocan una similar necesidad de atención médica y que poblaciones distintas padecen incapacidades semejantes. Obviamente, este razonamiento puede ser incorrecto. Otro problema es que el número de visitas al médico del numerador puede no estar relacionado con el número de incapacidades del denominador (Yergan et al, 1981).

**Proporción síntomas/respuesta.** Esta medida, que se utiliza también en las encuestas de población (Andersen, 1978), da información sobre si los encuestados han presentado síntomas específicos que hubieran necesitado normalmente atención médica, según la opinión de profesionales. Un equipo de médicos juzga qué proporción de pacientes debería buscar asistencia por los síntomas. La «res-

puesta» es si los pacientes acudieron de hecho al médico a causa de los síntomas. La proporción es:

$$\frac{(\text{Personas que han consultado}) - (\text{Personas que deberían consultar})}{\text{Personas que deberían consultar}}$$

Al igual que ocurre con la proporción utilización/incapacidad, la medida es útil sólo para comparaciones; es probable que grupos de población con diferentes proporciones tengan diferente acceso a la asistencia. La principal limitación de esta medida es que el juicio médico acerca de la necesidad de la atención se basa en opiniones más que en datos objetivos. Además, genera una baja frecuencia de complejos sintomáticos (Yergan et al, 1981), por lo que necesita grandes muestras para realizar estimaciones estables. Otro problema es que se cuentan todos los complejos sintomáticos, en lugar de contar uno por paciente.

*Análisis del episodio de enfermedad.* Tal como se empleó en su origen (Richardson, 1970), se pregunta si estuvo enfermo durante un período definido, el número de días asociado a incapacidad y el número de días en que utilizaron atención médica. Aday et al (1980) lo ampliaron preguntando acerca de los resultados de la atención de salud y clasificando la enfermedad según requiriese, o no, de asistencia (de acuerdo con el juicio del profesional) y según el grado de preocupación del paciente ante el problema. La principal desventaja del método es que resulta difícil aplicarlo en enfermedades complejas. Aunque no existe un método validado para obtener un índice resumido de la respuesta apropiada, Yergan et al (1981) sugirieron un mecanismo de clasificación de los datos para conseguirlo. Cuando en el análisis se incluyen los resultados, el acceso se considera inadecuado aun en el caso de buen resultado si no hubo asistencia a problemas que provocaron gran preocupación en el paciente.

Debe subrayarse que los tres métodos descritos (utilización/incapacidad, síntomas/respuesta, y episodio de enfermedad) hacen inferencias sobre el acceso a partir de medidas que implican utilización. Según la terminología de Aday et al (1980, pág. 35), estas medidas reflejan de «acceso conseguido». Es importante entender que estas medidas del acceso no son específicas para la fuente de atención primaria, aunque podrían adaptarse para ello.

El acceso a la atención puede también evaluarse a nivel de centro asistencial (proveedor). Todos los métodos poblacionales pueden aplicarse a los pacientes que acuden a un centro asistencial. Sin embargo, al interpretar los resultados, debe tenerse en cuenta que estos métodos subestimarán el grado de dificultad para el acceso, dado que en la muestra de pacientes escasearán los que tengan problemas de acceso, que limitan, por consiguiente, su utilización.

### **Evaluación de la accesibilidad y el acceso a los centros o entre los pacientes**

En un método de valoración de la accesibilidad (Weiner y Starfield, 1983), se preguntó a los profesionales sobre las características de sus consultas relacionadas con la accesibilidad:

- Disponibilidad para citas urgentes.
- Tiempos de espera para citas por problemas agudos (pero no urgentes) y por problemas no agudos.
- Tiempo medio de permanencia en la sala de espera.
- Disponibilidad para avisos a domicilio.
- Utilización de un contestador automático cuando la oficina estaba cerrada.
- Provisión de asistencia fuera de las horas de consulta.
- Disponibilidad de una tabla de honorarios variables según las posibilidades económicas de los pacientes.
- Aceptación del sistema pago de Medicare, para personas de este programa.

El método parte del supuesto de que deberían cumplirse todos estos requisitos respecto al acceso, pero su uso principal es comparativo: evaluar la accesibilidad entre diferentes tipos de médicos y asociaciones médicas. Sin embargo, puede utilizarse la agregación por áreas, para compararlas entre sí, respecto al acceso.

En otro método de evaluación de la accesibilidad, se establecen estándares y se valora (o se autovalora) su cumplimiento en el centro o consulta (Institute of Medicine, 1978); se plantean 16 cuestiones respecto a la accesibilidad. Las seis primeras están relacionadas directamente con la accesibilidad, las tres siguientes con la comodidad y las siete restantes con la aceptabilidad:

- ¿Tiene el paciente acceso a los servicios de atención primaria 24 horas al día y 7 días por semana?
- ¿Tiene el paciente la oportunidad de poder programar una cita?
- ¿Son compatibles las horas de consulta con el horario de trabajo y de vida de la mayoría de los pacientes?
- ¿Pueden atenderse en menos de 1 hora la mayoría (90 %) de los casos urgentes?
- ¿Puede atenderse antes de 24 horas a la mayoría de los pacientes (90 %) con problemas agudos (no urgentes)?
- ¿Pueden atenderse antes de 1 semana la mayor parte (90 %) de las solicitudes para visitas de rutina, como las exploraciones preventivas?
- ¿Está la consulta situada convenientemente, de modo que la mayor parte de los pacientes puedan llegar a ella mediante transporte público o privado?
- ¿Está preparada la consulta para facilitar el acceso a pacientes ancianos o incapacitados?
- ¿Se aceptan pacientes de seguros, independientemente de cuál sea (Medicare, Medicaid)?
- ¿Es inferior a media hora el tiempo medio de espera para la mayor parte (90 %) de los pacientes programados?
- Si una minoría importante de pacientes (25 %) habla otro idioma o presenta algún tipo de barrera de comunicación, ¿existen en el equipo personas capaces de ayudar a superar el problema?
- La sala de espera, ¿es confortable y amplia?
- El personal de la consulta, ¿valora y se interesa habitualmente por la cultura, antecedentes, situación socioeconómica, ambiente laboral y modo de vida de los pacientes?

- ¿Se da información sencilla y comprensible a los pacientes acerca de honorarios, procedimientos de facturación, sistema de citación, forma de contacto con el centro en las horas fuera de horario y sistema de quejas/reclamaciones?
- ¿Se anima a los pacientes a hacer preguntas sobre su enfermedad y su asistencia, a discutir francamente sus problemas de salud y a revisar sus historias clínicas (si lo desean)?
- ¿Acepta el centro a los pacientes independientemente de su raza, religión o etnia?

Puede evaluarse el acceso desde el punto de vista de los pacientes utilizando «pacientes simulados». En este método, se forma a «pacientes» para que hagan una cita por teléfono y se conviertan en confidentes durante la visita al centro. Se utilizan dos tipos de medidas: el índice de urgencia y el índice de frustración. Para determinar el índice de urgencia, un grupo de profesionales sanitarios, administradores del centro y pacientes decide de antemano qué síntomas específicos son críticos, graves, crónicos o rutinarios. Esta clasificación-nomenclatura se basa en el tiempo máximo que debería transcurrir para que el paciente sea visto en cada clase de síntoma. A continuación se calcula un índice (tiempo transcurrido hasta la cita dividido por el tiempo teórico calculado), para los pacientes simulando cada categoría.

El índice de frustración tiene tres componentes: tiempo en el teléfono hasta conseguir una cita, tiempo entre la llegada al centro y la consulta, y tiempo de espera para los resultados de las pruebas de laboratorio habituales. Se determina por el grupo el tiempo apropiado (en minutos) para cada uno de estos componentes. Finalmente, se controlan y comparan los datos de pacientes reales con los estándares.

Los centros pueden establecer sus propios estándares de rendimiento en cada uno de estos índices, y/o compararse entre sí para determinar su posición relativa.

El interés creciente por la evaluación de todos los aspectos clave de la atención primaria ha llevado al desarrollo de métodos en que valoran múltiples componentes de la asistencia, incluidos el acceso y la accesibilidad; se estudian en el capítulo 13, entre los métodos que miden globalmente las cuatro características de la atención primaria.

### **Medida de la utilización del centro cuando se percibe por primera vez su necesidad**

La utilización de los servicios es un aspecto particular del proceso asistencial respecto a dos características básicas: primer contacto y longitudinalidad. Lo importante de la utilización respecto al primer contacto es el grado en que se hace la primera consulta por un problema nuevo al centro habitual. Se diferencia de la utilización, respecto a la longitudinalidad, en que ésta exige *siempre* que se consulte en el centro habitual (excepto en las consultas que conllevan la derivación con independencia del estadio en que se encuentre un problema o del tipo del problema).

La medición del primer contacto se realiza mejor en la población que en el centro. La razón es que la medición en un centro asistencial excluye sistemáticamente a las personas que no buscan asistencia, por problema de acceso o por otros motivos; también están poco representados, si se obtienen datos de una muestra aleatoria de los usuarios, los pacientes que hacen pocas visitas al centro. Si para la encuesta no se utiliza la lista de la población dependiente, las conclusiones sobre el acceso a partir de entrevistas con pacientes reflejarán pobremente la experiencia de las personas que tienen mayor probabilidad de defectuoso acceso o de utilizarlo menos. Por todo ello, para el primer contacto se prefieren los estudios poblacionales a los realizados en los centros asistenciales.

La medición del componente conductual del primer contacto implica obtener información acerca del lugar al que se ha acudido en busca de asistencia. Esta información puede conseguirse de historias clínicas, formularios de cobro y datos de facturación, pero nunca se puede tener la completa seguridad de que incluyen todos los servicios utilizados. Otro inconveniente de este método es que normalmente estos registros no indican si la visita se hizo por iniciativa del propio paciente o si ocurrió por una derivación. Puesto que el primer contacto se relaciona de forma exclusiva con las consultas a iniciativa del paciente, la ausencia de esta información impide valorar con exactitud su grado de consecución.

Una alternativa es preguntar a los pacientes dónde fueron atendidos cuando buscaron por última vez asistencia por un nuevo problema de salud, y si la consulta se hizo por consejo de otro médico. Otra es estudiar al mismo tiempo la accesibilidad y el uso de los servicios mediante cuestiones tipo:

- ¿Cuál es su centro de salud habitual; es decir, cuál es el lugar a donde acude normalmente cuando tiene un nuevo problema de salud que cree debe consultar con un médico?
- ¿Dónde acudió la última vez que presentó un nuevo problema de salud que creyó merecía el consejo de un médico?
- ¿Le resultó fácil obtener el consejo del médico al que acudió? (esta cuestión puede ampliarse, para analizar diversos aspectos del acceso).
- ¿Cuál fue el motivo para no ir a su centro de salud habitual en esa última visita? (pueden darse varias razones a escoger relacionadas claramente con características que mejoran la accesibilidad y facilitan la utilización).

En el capítulo 13, en el contexto de la valoración global de las características de la atención primaria, se ofrecen adaptaciones más recientes de los métodos empleados en la evaluación del primer contacto. En la tabla 7-2 se resumen los métodos para medir el primer contacto.

## QUÉ SE SABE ACERCA DE LA CONSECUCIÓN DEL PRIMER CONTACTO

### Acceso y accesibilidad a la atención primaria

Hay varios ejemplos acerca de cómo obtener información con los métodos descritos previamente sobre el acceso a la atención y la consecución del primer contacto en atención primaria.

Tabla 7-2. Resumen del primer contacto

	Estructura	Proceso
Descripción: se buscan cuidados para las nuevas necesidades percibidas en atención primaria		
Implica	Acceso a los servicios	Búsqueda de cuidados en un centro asistencial de atención primaria ante cada nueva necesidad
Problemas	Todos los problemas	Todos los problemas
Necesidad de una relación personal	No	No
Dependiente del tiempo	No	No
Métodos específicos de medida	Encuesta a la población/pacientes Pacientes simulados Encuesta a los proveedores Observación en el centro	Encuesta a la población

Como consecuencia de las medidas legislativas de la War on Poverty (lucha contra la pobreza) de mediados la década de los años sesenta, en EE.UU., en los años setenta se observó una notable mejoría del acceso a la asistencia, pero a comienzos de la década de los ochenta hubo limitaciones en la cobertura de la asistencia, sobre todo para la población de bajos ingresos. Una encuesta telefónica nacional, a mediados de esta última década demostró el cambio en el acceso a los servicios a consecuencia de estas reducciones en la cobertura; se observó un acusado incremento del número de personas que declararon no tener un centro asistencial de referencia y que, por lo tanto, tenían muchas menos visitas a médicos y menos hospitalizaciones (Freeman et al, 1987); la situación era especialmente llamativa en las personas sin seguro; en 1986, un 31 % carecía de centro asistencial de referencia (Robert Wood Johnson Foundation, 1987). Aunque la disminución de la utilización no se ceñía exclusivamente al primer contacto, la disminución del número de personas que declaraban tener un centro asistencial de referencia sugiere que el primer contacto con la atención primaria se vio gravemente comprometido como resultado de las limitaciones en la cobertura de los seguros.

Los médicos de diferentes especialidades difieren en el grado de accesibilidad de sus consultas. Varios estudios (Weiner, 1981; Starfield et al, 1973; Cherkin et al, 1986) demuestran que:

- Los médicos de familia requieren cita previa con menos frecuencia que otros médicos.
- Los médicos de familia tienen consulta en fin de semana con más frecuencia que los internistas.
- Los médicos de familia y los internistas declaran con más frecuencia que realizan avisos a domicilios y visitas a los servicios de urgencias y a los asilos que otros médicos.

- Los pacientes de los médicos de familia consiguen antes una cita, para casos no urgentes, que los pacientes de otros médicos.
- Las consultas de los médicos generales e internistas y pediatras no reacreditados son más accesibles que las consultas de internistas y pediatras y otros especialistas reacreditados.

Las encuestas nacionales en EE.UU. señalan que las personas que declaran no disponer de un centro asistencial de referencia consultan menos de lo que realmente necesitan (según la proporción síntomas/respuesta). Los pacientes cuya fuente habitual de cuidados es un especialista hacen un número mayor de consultas innecesarias, a juicio de los expertos. En cambio, los pacientes cuya fuente habitual de cuidados es un médico de atención primaria, hacen aproximadamente, el número de consultas necesarias, según los expertos (Taylor et al, 1975).

En un estudio más reciente sobre la asistencia prestada por 60 médicos de familia, 245 internistas generales y 55 internistas superespecializados que trabajaban en un plan de salud (Grumbach et al, 1998), se observaron pocas diferencias en la accesibilidad, según los pacientes, con ligera ventaja de los internistas generales. Sin embargo, los internistas tenían cupos de pacientes más pequeños y atendían menos pacientes por hora que los médicos de familia. Aunque no se observaron diferencias entre los internistas generales y los internistas superespecializados, estos últimos, en este plan de salud concreto debían dedicar una mayor parte de su tiempo a la atención primaria.

### **Utilización de la atención primaria para el primer contacto**

Las tasas de consultas a los especialistas son mucho mayores en unas organizaciones que en otras, porque algunos planes (incluidas algunas organizaciones para el mantenimiento de la salud) permiten a los pacientes acudir directamente a los especialistas, mientras otros exigen la derivación por un médico de primaria (Perkoff, 1978; Starfield, 1986). Por lo tanto, al menos en algunos centros, el primer contacto no lo realizan los médicos de atención primaria; a partir de los datos no es posible determinar si esta situación se debe a la preferencia del paciente para acudir directamente al especialista o si se debe a falta de accesibilidad o de interés del médico de atención primaria; sólo posteriores estudios permitirán conocer la razón del fracaso del primer contacto en estos centros de atención primaria.

En un estudio multicéntrico sobre la utilización de los servicios, los pacientes con una enfermedad aguda que afirmaron ser atendidos regularmente por un generalista tenían más probabilidad de ser vistos por un médico tal que los que afirmaron ser atendidos por un especialista (Spiegel, 1983).

Un estudio nacional en EE.UU., con una muestra representativa de médicos ambulatorios, demostró que los médicos generales y de familia tenían una mayor proporción de primeras consultas (consultas en las que el médico no había visto antes al paciente) que los pediatras; los pediatras presentaron una mayor proporción de pacientes que ya habían sido vistos antes por otros problemas de salud distintos al que ocasionaba la consulta (Fishbane y Starfield, 1981). Lo mismo ocurría con los generalistas comparados con otros médicos, aunque no se observaron grandes diferencias entre generalistas e internistas, oftalmólogos y otorri-

nolaringólogos (Puskin, 1977). Estos resultados sugieren que los generalistas pueden actuar más como punto de primer contacto para los nuevos problemas de salud que los pediatras, médicos internistas y otros especialistas, al menos históricamente.

En algunos lugares de EE.UU., la consecución del primer contacto fue menor en la década de los años noventa que en la de los setenta. Por ejemplo, en 1976 y en 1993, se les preguntó a los padres de niños atendidos en un servicio de urgencias urbano si tenían un centro asistencial de referencia (un centro al que llevar habitualmente a sus hijos, tanto por enfermedad como a revisión del niño sano). Aunque el porcentaje de niños con un centro asistencial de referencia fue mayor en 1993 que en 1976, eran menos los que habían ido al centro antes de ir a urgencias (Shah-Canning et al, 1996). Por lo tanto, los pacientes no pertenecientes a organizaciones de atención gestionada con un primer contacto institucionalizado pueden disfrutarlo menos en el presente que en el pasado.

Así, los pocos estudios que han analizado la consecución del primer contacto indican que los pacientes cuya fuente de referencia es su médico de atención primaria tienen más probabilidad de conseguir el primer contacto con dicho médico que los pacientes cuya fuente de referencia es un especialista.

## RESUMEN

Hay justificación importante, tanto teórica como empírica, para la función de filtro de la atención primaria.

El primer contacto implica la provisión de servicios de salud accesibles (característica estructural o de capacidad de la atención) así como la utilización de dichos servicios cuando surge una necesidad asistencial (una característica del proceso o de la prestación de la atención).

La información sobre la accesibilidad de la atención debe obtenerse de la población y del centro asistencial.

El mejor método para obtener información acerca de la consecución del primer contacto es, bien encuestar a la población, bien analizar los datos de *todas* las consultas realizadas por los individuos de esa población, para determinar el lugar en que buscaron asistencia por primera vez para los nuevos problemas de salud.

La accesibilidad varía con la especialidad del médico. En general, los médicos de atención primaria (especialmente los médicos de familia) son más accesibles, sobre todo respecto a la flexibilidad para prestar asistencia sin cita previa y al tiempo entre solicitar y realizar la consulta.

El acceso a la atención es importante para disminuir la mortalidad y la morbilidad. La utilización de médicos de primaria, en lugar de especialistas, para el primer contacto probablemente conlleve una atención más apropiada, mejores resultados de salud y la disminución de los costes totales.

El creciente desarrollo del «filtro» debería acompañarse de una estrategia para obtener información relativa al número y al carácter de las derivaciones, para establecer mejores criterios de derivación y para que los especialistas desempeñen un rol adecuado en la atención a los pacientes.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Aday LL, Andersen R, Fleming G. Health Care in the U.S. Equitable for Whom? Beverly Hills: Sage Publications, 1980.
- Andersen R. Health status indices and access to medical care. *Am J Public Health* 1978; 68: 458-463.
- Chande V, Kinnade J. Role of the primary care provider in expediting care of children with acute appendicitis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150: 703-706.
- Cherkin D, Rosenblatt R, Hart L, Schleiter M. A comparison of the patients and practices of recent graduates of family practice and general internal medicine residency programs. *Med Care* 1986; 24: 1136-1150.
- Christensen B, Sorensen H, Mabeck C. Differences in referral rates from general practice. *Fam Pract* 1989; 6: 19-22.
- Crombie D, van der Lee J, Backer P. The interface Study. Occasional Paper 48. London: Royal College of General Practitioners, 1990.
- Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration, Specifying Requirements for Health Care. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973, pp 419-473.
- Edwards WS, Berlin M. Questionnaires and data collection methods for the household survey and the survey of American Indians and Alaska Natives. Washington, DC: Department of Health and Human Services, Public Health Service. DHHS Pub. No. PHS89-3450. National Center for Health Services Research and Health Care Technology Assessment, 1989.
- Fahs M. Physician response to the United Mine Workers' cost-sharing program: The other side of the coin. *Health Serv Res* 1992; 27: 25-45.
- Fihn S, Wicher J. Withdrawing routine outpatient medical services: Effects on access and health. *J Gen Intern Med* 1988; 3: 356-362.
- Fishbane M, Starfield B. Child health care in the United States: A comparison of pediatricians and general practitioners. *N Engl J Med* 1981; 305: 552-556.
- Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *J Fam Pract* 1996; 43: 40-48.
- Forrest C, Starfield B. Entry to primary care and continuity: The impact of access. *Am J Public Health* (In press), 1998.
- Franks P, Clancy C. Referral of adult patients from primary care: Demographic disparities and their relationship to HMO insurance. *J Fam Pract* 1997; 45: 47-53.
- Freeman H, Blendon R, Aiken L, Sudman S, Mullinix C, Corey C. Americans report on their access to health care. *Health Aff* 1987; 6: 6-18.
- Fry J, Horder J. Primary Health Care in a International Context. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1994.
- Gérvás J, Pérez-Fernández M, Starfield B. Primary care, financing and gatekeeping in western Europe. *Fam Pract* 1994; 11(3): 307-317.
- Grumbach K, Selby J, Schmittdiel J, Quesenberry C. Quality of primary care practice in a large HMO according to physician specialty. Manuscript submitted, 1998.
- Hellinger F. The expanding scope of state legislation. *JAMA* 1996; 276: 1065-1070.
- Hurley R, Freund D, Gage B. Gatekeepers' effects on patterns of physician use. *J Fam Pract* 1991; 32: 167-174.
- Hurley R, Freund D, Taylor D. Emergency room use and primary care case management: Evidence from four Medicaid demonstration programs. *Am J Public Health* 1989; 79(7): 843-847.
- Institute of Medicine. A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study. IOM Pub. No. 78-02. Washington, DC: National Academy of Sciences, 1978.
- Kovar MG. Data systems of the National Center for Health Statistics. National Center for Health Statistics. *Vital and Health Statistics* 1(23); DHHS Pub. No. (PHS)89-1325, 1989.

- Lurie N, Ward N, Shapiro M, Gallego C, Vahaiwalla R, Brook R. Termination of medical benefits. A follow-up study one year later. *N Engl J Med* 1986; 314: 1266-1268.
- Martin D, Dieher P, Price K, Richardson W. Effect of a gatekeeper plan of health services use and charges: A randomized trial. *Am J Public Health* 1989; 79(12): 1628-1632.
- Mathers N, Hodgkin P. The gatekeeper and the wizard: A fairytale. *BMJ* 1989; 298: 172-174.
- Millman M (ed). *Access to Health Care in America*. Washington, DC: National Academy Press, 1993.
- Moore S. Cost containment through risk-sharing by primary care physicians. *N Engl J Med* 1979; 300: 1359-1362.
- Moore S, Martin D, Richardson W. Does the primary-care gatekeeper control the costs of health care? *N Engl J Med* 1983; 309: 1400-1404.
- O'Toole SJ, Karamanoukian HL, Allen JE, Caty MG, O'Toole D, Azizkhan RG, Glick PL. Insurance-related differences in the presentation of pediatric appendicitis. *J Pediatr Surg* 1996; 31(8): 1032-1034.
- Penchansky R, Fox D. Frequency of referral and patient characteristics in group practice. *Med Care* 1970; 8: 368-385.
- Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: Definitions and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19: 127-140.
- Perkoff G. An effect of organization of medical care upon health manpower distribution. *Med Care* 1978; 16: 628-637.
- Puskin D. *Patterns of Ambulatory Medical Care Practice in the United States: An Analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey*. Dissertation. Baltimore: Johns Hopkins University, 1977, p 57.
- Rasell M. Cost sharing in health insurance-A reexamination. *N Engl J Med* 1995; 332: 1164-1168.
- Reagan M. Physicians as gatekeepers: A complex challenge. *N Engl J Med* 1987; 317: 1731-1734.
- Richardson W. Measuring the Urban Poor's Use of Physician Services in Response to Illness Episodes. *Med Care* 1970; 8: 132-142.
- Robert Wood Johnson Foundation. *Access to Health Care in the United States: Results of a 1986 Survey*. Special Report No. 2. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation, 1987.
- Roland M, Morris R. Are referrals by general practitioner influenced by the availability of consultants? *BMJ* 1988; 297: 599-600.
- Roos N. Who should do the surgery? Tonsillectomy and adenoidectomy in One Canadian province. *Inquiry* 1979; 16: 73-83.
- Rosser W. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: Is there a difference? *J Fam Pract* 1996; 2: 139-144.
- Saltman R, Figueras J. *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: World Health Organization, 1997.
- Scheff T. Preferred errors in diagnosis. *Med Care* 1964; 2: 166-172.
- Schieber GP, Poullier JP, Greenwald LM. Health system performance in OECD countries, 1980-1992. *Health Aff* 1994; 13(4): 100-112.
- Shah-Canning D, Alpert J, Bauchner H. Care seeking patterns of inner-city families using an emergency room: A three decade comparison. *Med Care* 1996; 34: 1171-1179.
- Shapiro M, Ware J, Sherourne C. Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptoms: Results of a randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 1986; 104: 246-251.
- Sox H. Decision-making: A comparison of referral practice and primary care. *J Fam Pract* 1996; 2: 155-160.
- Spiegel J, Rubenstein L, Scott B, Brook R. Who is the primary physician? *N Engl J Med* 1983; 308: 1208-1212.

- Starfield B. Special responsibilities: The role of the pediatrician and goals of pediatric education. *Pediatrics* 1983; 71: 433-440.
- Starfield B. *Effectiveness of Medical Care: Validating Clinical Wisdom*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1985.
- Starfield B. Primary care in the United States. *Int J Health Serv* 1986; 16: 179-198.
- Starfield B, Bice T, Shach E, Rabin D, White KL. How «regular» in the «regular source of medical care?» *Pediatrics* 1973; 51: 822-832.
- Taylor D, Aday L, Andersen R. A social Indicators of acces to medical care. *J Health Soc Behav* 1975; 16: 39-49.
- Weiner J. *An Analysis of Office-Based Primary Care in Baltimore City*. Dissertation. Baltimore: Johns Hopkins University, 1981.
- Weiner J, Starfield B. Measurement of the primary care roles of office-based physicians. *Am J Public Health* 1983; 73: 666-671.
- Wilkin D, Dornan C. *GP Referrals to Hospital: A Review of Research and Its Implications for Policy and Practice*. Center for Primary Care Research, University of Manchester, July 1990.
- Wilkin D, Smith A. Explaining variation in general practitioner referrals to hospital. *Fam Pract* 1987; 4: 160-169.
- Yergan J, LoGerfo J, Shortell S, Bergner M, Diehr P, Richardson W. Health status as a measure of need for medical care: A critique. *Med Care* 1981; 19(suppl): 57-68.