

Original

Atención a las enfermedades músculo-esqueléticas: distintas visiones del mismo problema

Xavier Surís, Marta Larrosa, María J. Pueyo*, Jaume Auleda, Lucía Baranda y Luisa de la Puente

Plan Director de las Enfermedades Reumáticas y del Aparato Locomotor, Dirección General de Planificación y Evaluación, Departamento de Salud, Generalitat de Cataluña, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de octubre de 2011

Aceptado el 2 de mayo de 2012

On-line el 28 de junio de 2012

Palabras clave:

Atención primaria
Enfermedades reumáticas
Trastornos osteomusculares
Coordinación
Atención especializada
Encuesta
Servicios sanitarios
Derivaciones

R E S U M E N

Objetivo: Detectar los principales problemas que afectan a los médicos de familia (MF) y a los especialistas hospitalarios, en la atención de las principales enfermedades del aparato locomotor en Cataluña.

Método: Estudio descriptivo transversal realizado mediante una encuesta auto-administrada dirigida a MF y a especialistas hospitalarios de 4 ámbitos (cirugía ortopédica y traumatología [COT], reumatología [RMT], medicina física y rehabilitación [MFR] y unidades del dolor [UD]). Las variables recogidas evalúan datos socio-demográficos, dedicación asistencial, destreza autodeclarada, el proceso de derivación, los mecanismos de coordinación y las principales dificultades para ofrecer una atención de calidad.

Resultados: Los MF consideran bueno su nivel de destreza en el manejo de las enfermedades del aparato locomotor ($6,7 \pm 1,0$ en una escala del 1 al 10). Menos del 25% refieren coordinarse con especialistas hospitalarios. Para los MF el mayor problema son las listas de espera en las especialidades citadas ($8,2 \pm 1,6/10$), seguido de la falta de información de retorno ($8 \pm 1,9/10$) y de la escasa coordinación ($7,8 \pm 1,9/10$). Según su criterio, la especialidad de referencia debería cambiar en algunas patologías (como la lumbalgia y la artrosis). Los especialistas hospitalarios son críticos respecto al papel de los MF. Para ellos, los principales problemas son la propia sobrecarga asistencial ($7,8 \pm 2/10$) y la ineficiencia de los sistemas de información ($7,4 \pm 2/10$).

Conclusiones: La opinión sobre los problemas que afectan a la atención de las enfermedades del aparato locomotor difiere entre los MF y los especialistas hospitalarios. La falta de accesibilidad y la sobrecarga asistencial de la atención especializada, las deficiencias en el flujo de información y la escasa coordinación son los problemas más destacados.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Attention to musculoskeletal diseases. Different visions of the same problem

A B S T R A C T

Keywords:

Primary care
Rheumatic diseases
Musculoskeletal diseases
Coordination
Specialized care
Survey
Health services
Referrals

Objective: To identify the main problems affecting general practitioners (GPs) and specialists in the care of the main musculoskeletal problems in Catalonia.

Method: Cross-sectional, self-administered survey in a representative sample of GPs and all specialists in four areas (orthopedic surgery, rheumatology, physical medicine and rehabilitation and pain units). Variables evaluated in the survey were related to socio-demographic data, attention to musculoskeletal diseases, self-declared expertise, referral process, coordination mechanisms and major constraints to provide high quality care.

Results: GPs value well their expertise in the management of musculoskeletal diseases ($6,7 \pm 1,0$ on a scale of 1 to 10). Less than 25% of GPs are coordinated with hospital specialists. For them, waiting lists are the main problem ($8,2 \pm 1,6/10$) followed by lack of feedback ($8 \pm 1,9/10$) and poor coordination ($7,8 \pm 1,9/10$). Referenced specialties should change for some diseases (back pain and osteoarthritis). Specialists are critical for GPs. For specialists, the main problems are excessive workload ($7,8 \pm 2/10$) and the inefficiency of healthcare information systems ($7,4 \pm 2/10$).

Conclusions: The vision of the problems affecting the care of musculoskeletal diseases differs between GPs and hospital specialists. The limited accessibility and workload excess, deficiencies in the flow of information and poor coordination are the most important problems in the proper care for musculoskeletal diseases.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjpueyo@catsalut.cat (M.J. Pueyo).

Introducción

Las enfermedades del aparato locomotor son los problemas crónicos más comunes en la población adulta europea¹. En España, según el estudio EPISER 2000² el 44,8% de la población presenta lumbalgia en los últimos 6 meses, un 10,2% padece artrosis de rodilla, un 6,2% artrosis de manos, un 3,4% osteoporosis, un 2,4% fibromialgia y un 0,5% artritis reumatoide. Según la Encuesta de salud de Cataluña del 2006³, los trastornos del aparato locomotor son los problemas crónicos más prevalentes, asociándose a una mala percepción de salud y a un elevado consumo de recursos sanitarios, y son la mayor causa de restricción de la actividad⁴. Los procesos reumáticos también son causa frecuente de discapacidad⁵.

El sistema sanitario público español presenta como característica principal una fuerte implantación de la atención primaria (AP), que habitualmente actúa como puerta de entrada a la atención especializada (AE), mayoritariamente de ámbito hospitalario. Los principales problemas en el funcionamiento del sistema son la sobrecarga asistencial, las listas de espera y la falta de coordinación entre la AP y la AE⁶. El nivel de AP es el que recibe mayor número de consultas relacionadas con las patologías del aparato locomotor⁷ y se prevé que aumentarán con el envejecimiento de la población. Estos procesos suelen ser derivados a 4 especialidades: cirugía ortopédica y traumatología (COT), reumatología (RMT), medicina física y rehabilitación (MFR) y unidades del dolor (UD). Sin embargo, la escasa implementación de guías de práctica clínica sobre atención de los problemas músculo-esqueléticos, la poca definición de los criterios de interconsulta, y el déficit de coordinación entre niveles y especialidades ocasiona desajustes en la derivación a AE^{8,9}. Asimismo, se ha postulado que la escasa formación en estas enfermedades recibida por los MF influye negativamente en la adecuación de las derivaciones a AE¹⁰.

La «Declaración del Parlamento Europeo sobre las enfermedades reumáticas» insta a los gobiernos a impulsar planes para mejorar la atención y la investigación en torno a las mismas, con el objetivo de reducir los costes económicos y sociales asociados¹¹. Con este objetivo, el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña diseñó el Plan Director de Enfermedades Reumáticas y del Aparato Locomotor^{12,13}. En este contexto, y como elemento de ayuda a la planificación, se consideró de utilidad disponer de la opinión de los profesionales sobre diferentes aspectos relacionados con las enfermedades del aparato locomotor y su proceso asistencial mediante el diseño de una encuesta dirigida a profesionales médicos. El objetivo principal de este artículo es describir, a partir de los resultados de esta encuesta, la opinión de los profesionales sobre los principales problemas percibidos en la atención a estas enfermedades.

Metodología

Diseño del estudio: estudio descriptivo basado en una encuesta diseñada por los autores (disponible a petición) uno de los cuales (LB) es socióloga y experta en diseño de cuestionarios. La encuesta fue supervisada y aprobada por el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. Se hicieron 9 versiones previas de la encuesta hasta la versión final. En el proceso de validación se hizo un pre-test con 3 profesionales a partir de la auto-administración del cuestionario y la recogida de comentarios. Los primeros 80 cuestionarios contestados (40 de especialistas y 40 de primaria) fueron explotados a modo de prueba piloto sin detectar problemas de comprensión o de concordancia interusuarios, inconsistencias o acumulación de negativas a contestar.

Muestra y recogida de datos: se enviaron 2 cuestionarios; uno a MF y otro a especialistas hospitalarios. Previamente se realizó un muestreo aleatorio de centros de AP, seleccionándose 114 (102 de

titularidad pública y 12 de gestión privada) de 362 centros existentes en los que trabajan un total de 1.250 MF. Por otro lado, el cuestionario de especialistas se envió a los 61 hospitales no monográficos de la red de utilización pública catalana, en los que trabajan 1.036 especialistas (645 COT, 138 RMT, 123 MFR y 130 UD). Los cuestionarios se enviaron a los profesionales a su puesto de trabajo, pudiéndose contestar en formato papel o electrónico. La recogida de información se hizo entre los meses de junio y diciembre de 2009 y se creó una base de datos específica. La participación fue voluntaria y junto a la encuesta se envió una carta explicativa sobre los objetivos del estudio así como el compromiso de mantener la confidencialidad.

Variables: los 2 cuestionarios tenían apartados comunes y otros específicos. Se recogieron variables sociodemográficas y datos sobre la actividad asistencial. Las patologías evaluadas fueron la artrosis de articulaciones periféricas, la raquialgia, la osteoporosis, las tendinitis, la fibromialgia y las artritis-reumatismos inflamatorios, además de los esguinces y contusiones. Se preguntaba sobre la dedicación asistencial (proporción de tiempo dedicado a la patología del aparato locomotor) y orden de frecuencia de las 7 patologías analizadas (puntuando del 1 al 7 cada patología en función de su mayor a menor presencia en la consulta), el nivel de destreza auto-declarada, el proceso de derivación, la existencia de mecanismos de coordinación y la valoración de una serie de 15 problemas descritos en la literatura o seleccionados por expertos. En la tabla 1 se detallan las preguntas de las encuestas y la escala de medida de las distintas variables.

Análisis estadístico: el margen de error de la encuesta se obtuvo aplicando el cálculo para muestras finitas (universo menor de 100.000 efectivos) para un nivel de confianza del 95,5% siendo $p=q=0,5$ (supuesto estadísticamente más desfavorable) Se realizó un análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central y de dispersión en las variables cuantitativas y distribución de porcentajes en las cualitativas.

Resultados

Datos sociodemográficos y participación

Contestaron la encuesta 233 MF y 446 especialistas (240 COT, 86 RMT, 74 MFR, 46 UD). La tasa de respuesta de la encuesta dirigida a MF fue baja (18,6%, margen de error $\pm 6,5\%$) y la de los especialistas más alta ($43 \pm 3,7\%$) aunque variable en función de la especialidad: COT ($37,2 \pm 5,2\%$), RMT ($62,3 \pm 7,8\%$), MFR ($60,2 \pm 7,8\%$) y UD ($35,4 \pm 12,9\%$). Entre los MF, la mayoría de los encuestados fueron mujeres (66,4%) con una media de edad de $44,7 \pm 8,6$ años. El tiempo medio de ejercicio profesional era de $16 \pm 9,1$ años con una media de $9,8 \pm 8,4$ años de antigüedad en el puesto de trabajo. Los centros de AP escogidos se encuentran distribuidos por 29 comarcas de Cataluña, de un total de 41, con una mayor presencia en Barcelona ciudad y su zona metropolitana (17,1 y 42,6% respectivamente, frente al 39,6% en el resto de Cataluña). Respecto a los especialistas, la distribución por sexo y edad fue heterogénea en función de la especialidad. Las especialidades más feminizadas y jóvenes son RMT y MFR con más de la mitad de mujeres en la muestra y media de edad de $44,8 \pm 9,6$ y $43,6 \pm 8,4$ años respectivamente. La menos feminizada es COT con un 15% de mujeres y media de edad de $48,6 \pm 9,2$ años. Existe una mayor presencia de profesionales que tienen su centro de trabajo en Barcelona ciudad y su zona metropolitana (29,8 y 34,1% respectivamente) frente al 36,1% en el resto de Cataluña, siguiendo la distribución poblacional. El tiempo medio de ejercicio profesional y de antigüedad en el puesto de trabajo es algo superior al de los MF ($18,1 \pm 10,1$ y $12,5 \pm 9,8$ años respectivamente).

Tabla 1
Variables comparativas recogidas en las 2 encuestas

Pregunta	Escala de respuesta	Posibilidades de respuesta
1. Datos socio-demográficos de los profesionales		<ul style="list-style-type: none"> • Edad y sexo • Años de experiencia • Lugar de trabajo • Antigüedad en el lugar de trabajo
2. Dedicación asistencial		
Proporción de tiempo dedicado a patología del aparato locomotor		<ul style="list-style-type: none"> • % de tiempo de consulta
Orden de frecuencia en la consulta de las 7 patologías más prevalentes del aparato locomotor	1 = más frecuente 7 = menos frecuente	<ul style="list-style-type: none"> • Artrosis de articulaciones periféricas • Raquialgia • Fibromialgia • Osteoporosis • Tendinitis (hombro doloroso/reumatismo de partes blandas) • Artritis/reumatismos inflamatorios • Esguinces/contusiones
3. Destreza autodeclarada		
Autovaloración del nivel de destreza en la atención a dichos problemas	1 = sin destreza 10 = muy experto	
4. Proceso de derivación		
Frecuencia de derivación ante estas patologías ^a	1 = deriva excepcionalmente 2 = deriva poco 3 = deriva frecuentemente 4 = deriva siempre o casi siempre	
Los MF tienen claros los criterios de derivación a las distintas especialidades	1 = en general, sí 2 = solo en algunos casos 3 = en general, no	<ul style="list-style-type: none"> • Reumatología (RMT) • Cirugía ortopédica y traumatología (COT) • Medicina física y rehabilitación (MFR) • Unidad del dolor (UD)
Especialidad a la que creen que deberían derivar las patologías citadas entre las 4 especialidades médicas relacionadas con el aparato locomotor ^a		
Especialidad que debería actuar de referente para las patologías citadas entre las 4 especialidades médicas relacionadas con el aparato locomotor ^b		
5. Nivel de coordinación		
Valoración del nivel de coordinación con MF ^b	1 = poco o nada, 10 = mucha ^b	
Existencia de coordinación con especialistas ^a	Sí/No ^a	
Existencia y tipos de mecanismos de coordinación entre MF y especialistas	Sí/No	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorías programadas • Visitas compartidas a pacientes • Criterios pactados de derivación • Sistema de línea abierta directa • Protocolos comunes • Sesiones de formación
6. Problemas relacionados con la atención		
Opinión sobre aspectos de la atención a los problemas músculo-esqueléticos en AP ^b	1 = poca o ninguna 10 = mucha	<ul style="list-style-type: none"> • Formación apropiada de MF en problemas músculo-esqueléticos • Capacidad resolutoria de AP • Capacidad de contención de AP • Información adecuada en las derivaciones • Adecuación de la derivación a nivel especializado • Adecuación de la derivación a especialidad • Lista de espera de especialistas • Poca definición de la cartera de servicios de cada especialidad^a/Poca definición de la función de cada especialidad^b • Retención de pacientes por parte del especialista^a • Escasa coordinación con especialistas^a • Escasa coordinación entre especialistas • Sobrecarga asistencial en AP • Sobrecarga asistencial en AE^b • Sobrecarga asistencial de otros especialistas de aparato locomotor^b • Falta de formación de los médicos de AP^a • Acceso limitado de los médicos de AP a pruebas diagnósticas^a/Lista de espera para pruebas diagnósticas^b • Retorno de pacientes sin información^a • Circuitos de información poco eficientes • Acceso limitado a podología^a • Acceso limitado a fisioterapia^a
Valoración de diversos problemas relacionados con la atención	1 = no dificulta la atención 10 = dificulta mucho la atención	

^aSolo en la encuesta de MF; ^bsolo en la encuesta de especialistas.

Dedicación asistencial: los MF declaran dedicar una tercera parte (32,5%) del tiempo asistencial a las enfermedades músculo-esqueléticas frente a una media del 81,6% del tiempo de las 4 especialidades hospitalarias, con diferencias entre COT y RMT

(90,8 y 86,2% respectivamente), MFR (60,8%) y UD (43,2%). Entre las patologías del aparato locomotor, la raquialgia y la artrosis son los 2 primeros motivos de visita tanto para MF como especialistas, excepto en el caso de MFR, en que las tendinitis son

Tabla 2
Patologías más atendidas según MF y especialistas (%) y nivel de destreza autodeclarada (en negrita) frente las distintas patologías (puntuación media del 1 al 10 \pm desviación estándar). Porcentaje de casos de las distintas patologías derivados por los MF a atención especializada (%)

	Frecuencia en la consulta*					Porcentaje de MF que derivan siempre o frecuentemente a atención especializada (%)
	Nivel de destreza autodeclarado (puntuación media en una escala del 1 al 10 \pm desviación estándar)					
	MF	Especialistas hospitalarios				
		COT	RMT	MFR	UD	
Artrosis periférica	61,3% 7,1 \pm 1,5	69,1% 8,7 \pm 1,4	45,8% 8,6 \pm 1,2	26,0% 8,5 \pm 1,0	58,1% 6,7 \pm 2,0	4,3%
Raquiálrgia	69,1% 7,4 \pm 1,3	58,6% 7,7 \pm 1,9	44,7% 8,3 \pm 1,3	79,5% 8,6 \pm 1,1	93,2% 8,5 \pm 1,1	10%
Tendinitis	23,9% 6,8 \pm 1,4	22,9% 8,4 \pm 1,5	17,6% 8,3 \pm 1,3	71,2% 8,6 \pm 1,1	7,0% 5,9 \pm 1,8	34%
Esguinces-contusiones	12,2% 7,2 \pm 1,4	21,7% 8,9 \pm 1,3	6,1% 4,1 \pm 2,7	9,6% 8,5 \pm 1,1	7,1% 4,5 \pm 1,8	10%
Osteoporosis	2,7% 6,9 \pm 1,5	8,8% 6,1 \pm 2,3	22,4% 8,9 \pm 1,1	6,8% 7,0 \pm 1,7	7,0% 6,2 \pm 1,6	14%
Artritis-reumatismos	5,4% 5,7 \pm 1,5	11,2% 5,9 \pm 2,3	30,2% 9,0 \pm 1,1	4,1% 6,4 \pm 1,5	4,7% 5,0 \pm 1,6	81%
Fibromialgia	6,8% 5,6 \pm 1,6	9,3% 3,8 \pm 2,2	29,4% 7,3(2,1)	2,7% 5,9(2,3)	20,5% 7,0(2,0)	47%

COT: Cirugía Ortopédica y Traumatología; MF: Médicos de familia; MFR: Medicina Física y Rehabilitación; RMT: Reumatología; UD: Unidad del Dolor; * % de profesionales que responden que cada patología se halla en primer o segundo lugar en el orden de frecuencia de las 7 patologías en su consulta.

el segundo en frecuencia por delante de la artrosis (tabla 2). Las artritis-reumatismos inflamatorios, la fibromialgia y la osteoporosis son las patologías menos frecuentes y solo están presentes de manera destacada en las consultas de RMT (31, 30,1 y 22,9% de los reumatólogos encuestados las sitúan en primer o segundo lugar en el orden de frecuencia en la consulta respectivamente) y en el caso de la fibromialgia en las UD (20,5% de los especialistas de UD las sitúan en primer o segundo lugar).

Destreza autodeclarada: el nivel autodeclarado se sitúa en $7,2 \pm 1,2$ de media sobre 10 en las 4 especialidades y en $6,7 \pm 1$ en los MF, siendo las mejores puntuaciones para aquellas patologías más atendidas (tabla 2).

Proceso de derivación: los MF refieren derivar a AE con frecuencia variable en función de cada patología. Las situaciones más extremas se dan en la artrosis donde solo el 4,3% del total de 233 MF declaran derivar siempre o frecuentemente y en las artritis-reumatismos inflamatorios en que lo hacen el 81% (tabla 2). Los MF opinan tener claros qué casos hay que derivar a COT y a RMT (el 92 y 89% de profesionales respectivamente), muestran más dudas respecto a los casos a derivar a MFR (el 35,2% tiene dudas) y en mayor proporción a UD, donde el 45,6% refieren no tener claros qué casos derivar. En sentido contrario muchos especialistas opinan que los MF no tienen claros los criterios de derivación a su especialidad (COT 41,6%; RMT 33,3% MFR 22,9% y UD 29,5%); además, el 56,5% de ellos opinan que los MF tienen poca capacidad de contención de estas enfermedades, y que la derivación al nivel hospitalario o a la especialidad concreta es inadecuada (51 y 52,5% respectivamente). Además, opinan que la información aportada en la hoja de derivación no es suficiente (63,8%) y que los MF tienen una formación específica sobre patologías del aparato locomotor insuficiente (59%) (fig. 1).

En la tabla 3 se muestran los resultados sobre el destino de la derivación: la especialidad a la que actualmente derivan los MF y su opinión, así como la de los distintos especialistas, sobre la especialidad que tendría que ser la referente en cada caso (siempre que no exista una clara indicación quirúrgica). Respecto a la artrosis y la raquiálrgia, los MF refieren derivar alrededor de la mitad de casos (50,2 y 53,1% respectivamente) hacia COT mientras que en su opinión, que coincide con la media de los especialistas, este porcentaje debería reducirse a la mitad (25,8% en artrosis y 26,9% en raquiálrgia)

y debería aumentar la proporción de casos de artrosis derivados a RMT y de raquiálrgia a MFR. Por el contrario, de forma unánime se considera que reumatología es y ha de ser la especialidad referente para los reumatismos inflamatorios, la osteoporosis y la fibromialgia, mientras que los esguinces y contusiones se atienden y deben ser atendidos en COT.

Si analizamos la propia opinión diferenciada de las especialidades hospitalarias (datos no mostrados), tanto COT, como RMT y MFR se otorgarían el papel referente en patologías como la artrosis, las tendinitis y la raquiálrgia.

Existencia y tipos de mecanismos de coordinación: un 38% de los MF declaran tener alguna clase de coordinación con los reumatólogos, un 21% con COT y MFR y solo un 5% con UD. En una escala del 1 al 10, solo los reumatólogos aprueban la coordinación con los MF ($5,4 \pm 2,1/10$). Entre los especialistas, solo un 20% consideran que se coordinan bien con los médicos de AP. Los mecanismos de coordinación más frecuentemente utilizados son los pactos sobre criterios de derivación y los sistemas de línea abierta, aunque poco

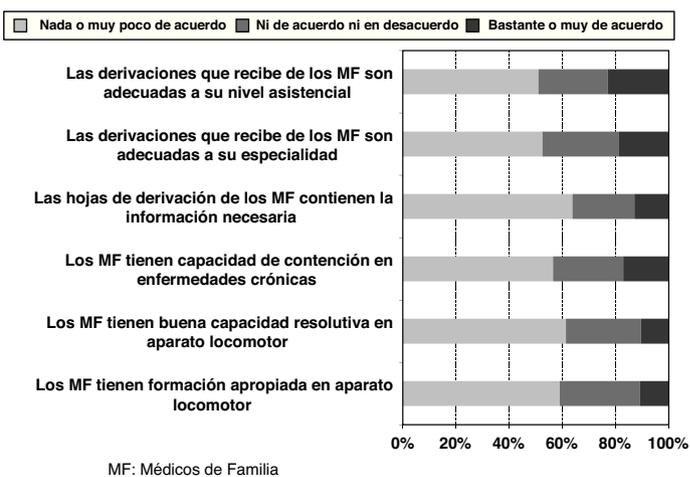


Figura 1. Opinión de los especialistas sobre la actuación de los MF en referencia a las enfermedades músculo-esqueléticas (% de especialistas que están más o menos de acuerdo con cada afirmación).

Tabla 3

Especialidad destino de la derivación: Especialidad a la que derivan los médicos de familia (negrita) y especialidad que debería ser referente para las distintas patologías del aparato locomotor; según opinión de los MF y los diferentes especialistas (resultados en % sobre el total de ambas muestras de encuestados)

	COT	RMT	MFR	UD
Artrosis periférica				
<i>Dónde deriva el MF</i>	50,2	19,3	30,5	0
¿Cuál debería ser el referente?				
Según MF	25,8	36,4	29,3	8,4
Según especialistas	31,1	48,6	19,8	0,6
Raquiálgia				
<i>Dónde deriva el MF</i>	53,1	4,9	39,7	2,2
¿Cuál debería ser el referente?				
Según MF	26,9	18,1	48,9	6,2
Según especialistas	21	28,7	42,5	7,80
Fibromialgia				
<i>Dónde deriva el MF</i>	0,9	87,4	1,8	9,9
¿Cuál debería ser el referente?				
Según MF	0	65,6	8,4	26,0
Según especialistas	0	83,2	2,0	14,8
Osteoporosis				
<i>Dónde deriva el MF</i>	12,0	84,9	3,1	0
¿Cuál debería ser el referente?				
Según MF	8,4	87,6	3,1	0,9
Según especialistas	5,4	89,8	2,9	1,8
Tendinitis				
<i>Dónde deriva el MF</i>	51,5	15,9	32,6	0
¿Cuál debería ser el referente?				
Según MF	40,5	19,8	39,6	0
Según especialistas	35,6	24,3	39,8	0
Esguinces -contusiones				
<i>Dónde deriva el MF</i>	88,6	0,0	11,4	0
¿Cuál debería ser el referente?				
Según MF	78,9	1,3	19,8	0
Según especialistas	89,1	0,4	10,3	0,3
Artritis -reumatismos				
<i>Dónde deriva el MF</i>	1,3	97,8	0,9	0
¿Cuál debería ser el referente?				
Según MF	0,4	97,4	1,3	0,9
Según especialistas	1,3	98,2	0,4	0

COT Cirugía Ortopédica y Traumatología; MF: Médicos de familia; MFR: Medicina Física y Rehabilitación; RMT: reumatología; UD: Unidad del dolor.

más de un 25% de los encuestados refiere tenerlos habitualmente a su disposición. Otros mecanismos más intensivos como la consulta presencial, las visitas compartidas, las sesiones conjuntas de formación o la utilización de protocolos comunes se utilizan menos (inferiores al 11% de casos como sistema de coordinación habitual).

Valoración de problemas relacionados con la atención: la tabla 4 muestra la valoración de los profesionales de AP y especialistas sobre diversos problemas que pueden afectar la correcta atención de las enfermedades del aparato locomotor. Los principales obstáculos para los MF son la lista de espera en AE ($8,2 \pm 1,6/10$),

Tabla 4

Valoración de diversos problemas que podrían afectar la atención de las patologías del aparato locomotor, según MF y especialistas (puntuación media en una escala del 1 a 10 \pm desviación estándar). En la última columna se expresa la media entre la muestra de especialistas (en negrita destacamos las 4 puntuaciones más altas en las 2 muestras)

Opinión de MF	Problemas que pueden afectar la atención de las patologías del aparato locomotor	Opinión de los especialistas				
		COT	RMT	MFR	UD	Media especialistas
8,2 \pm 1,6	Lista de espera de las especialidades	7,4 \pm 2,4	6,6 \pm 2,1	6,8 \pm 2,1	7,5 \pm 1,8	7,1 \pm 2,3
7,9 \pm 1,9	Retorno de los pacientes a AP sin información	-	-	-	-	-
7,8 \pm 1,9	Escasa coordinación con especialistas del aparato locomotor	-	-	-	-	-
7,8 \pm 1,8	Escasa coordinación entre especialistas	6,7 \pm 2,2	6,9 \pm 1,9	7,0 \pm 1,8	7,4 \pm 1,7	6,9 \pm 2,0
7,6 \pm 1,9	Sobrecarga asistencial de los MF	6,6 \pm 2,3	7,0 \pm 1,8	6,4 \pm 2,3	7,0 \pm 1,6	6,7 \pm 2,2
-	Sobrecarga asistencial propia	8,2 \pm 1,7	7,2 \pm 2,2	7,1 \pm 2,2	7,6 \pm 1,5	7,8 \pm 1,9
-	Sobrecarga asistencial del resto de especialidades	7,3 \pm 2,0	7,2 \pm 1,6	7,0 \pm 1,7	7,5 \pm 1,5	7,2 \pm 1,8
7,0 \pm 2,5	Acceso limitado a podología	-	-	-	-	-
6,8 \pm 2,0	Circuitos de información poco eficientes	7,3 \pm 2,0	7,4 \pm 1,9	7,6 \pm 1,7	7,8 \pm 1,7	7,4 \pm 1,9
6,6 \pm 2,3	Acceso limitado a fisioterapia	-	-	-	-	-
6,3 \pm 2,1	Poca definición de la función de cada especialidad	6,7 \pm 2,1	6,4 \pm 2,3	5,9 \pm 2,6	7,0 \pm 2,1	6,5 \pm 2,3
6,0 \pm 1,9	Falta de formación de los MF	-	-	-	-	-
5,6 \pm 2,4	Retención de pacientes por parte del especialista	-	-	-	-	-
5,6 \pm 2,5	Acceso limitado de los MF a pruebas diagnósticas	-	-	-	-	-
---	Lista de espera para pruebas diagnósticas	7,1 \pm 2,1	6,7 \pm 2,1	7,1 \pm 1,9	6,6 \pm 2,2	7,0 \pm 2,1

COT: Cirugía Ortopédica y Traumatología; MF: Médicos de familia; MFR: Medicina Física y Rehabilitación UD: Unidad del dolor; RMT: reumatología.

el retorno de pacientes sin suficiente información ($7,9 \pm 1,9/10$) y la escasa coordinación de AP con los especialistas y entre ellos ($7,8 \pm 1,9/10$). Los problemas derivados de la sobrecarga asistencial propia, aún considerándose notables, se puntúan con nota más baja ($7,6 \pm 1,9/10$). Los especialistas valoran como problema más importante su propia sobrecarga asistencial ($7,8 \pm 1,9/10$) y la escasa eficiencia de los circuitos de información ($7,4 \pm 1,9/10$), por encima de las listas de espera y de los problemas de coordinación con otras especialidades hospitalarias.

Discusión

Los MF encuestados dedican casi una tercera parte de su tiempo asistencial a atender las enfermedades del aparato locomotor. Esta cifra sitúa el peso relativo de este grupo de patologías en AP algo por encima del conocido en otros países de nuestro entorno^{14,15}. También en AE, el tiempo que se dedica a la atención de las enfermedades del aparato locomotor es muy significativo, incluso en especialidades o disciplinas transversales como MFR y UD. El nivel de destreza declarado por los MF para cada patología es mejor cuanto más frecuente es el proceso en la consulta diaria, siendo además los procesos más frecuentes los menos derivados a especialistas. El caso de la fibromialgia sería una excepción, ya que se percibe como una patología poco frecuente en la consulta de AP, con menor nivel de destreza y mayor porcentaje de derivación. Este dato coincide con el resultado de una encuesta practicada a médicos de AP en Gran Bretaña⁸.

Hay diferente percepción entre los MF y especialistas hospitalarios sobre el manejo de las enfermedades del aparato locomotor, empezando por la opinión sobre la adecuación de la derivación. Mientras los MF manifiestan conocer los problemas que merecen ser derivados a estas especialidades, especialmente a RMT y COT, los especialistas opinan que existe inadecuación en la derivación al nivel hospitalario y a la especialidad. En concordancia con este último punto, los propios MF reconocen que derivan mayoritariamente la raquialgia, las tendinitis, los esguinces-contusiones, y la artrosis hacia la especialidad de COT pero que esta debería actuar menos como referente en las patologías no traumáticas, proponiendo aumentar las derivaciones hacia otras especialidades como la reumatología (especialmente en el caso de la artrosis). En este mismo sentido, algunos especialistas de COT también reclaman abiertamente asumir un rol más específico de referente quirúrgico del aparato locomotor¹⁶. Este exceso de derivación hacia el especialista ortopédico también se ha descrito en otros países⁹.

Los MF refieren derivar un pequeño porcentaje de las patologías más prevalentes, sin embargo, los especialistas perciben este porcentaje como excesivo, atribuyéndolo a falta de capacidad de resolución, de contención e insuficiente formación específica. Si bien la tasa de derivación «ideal» no está establecida, parece claro que esta se valora de distinta manera en los 2 ámbitos asistenciales. Desde la perspectiva de AP, la elevadísima morbilidad de estos procesos, su carácter crónico, la sobrecarga asistencial y la voluntad de los pacientes de obtener una valoración especializada, son factores que seguramente influyen en la tasa de derivación a AE. Por otro lado, no está claro que la mayor formación o la dedicación específica de algunos profesionales de AP en un área de conocimiento disminuya la derivación hacia el nivel especializado correspondiente¹⁷. Los desajustes en la derivación hacia las distintas especialidades pueden estar relacionados con su desarrollo histórico en el ámbito asistencial en nuestro país (con un claro predominio de la especialidad de COT), la falta de definición de la cartera de servicios de cada especialidad y la deficiencia de los mecanismos de coordinación. Finalmente, tampoco existe satisfacción respecto a la transferencia de información entre niveles, lo que dificulta la priorización de pacientes en AE¹⁸ y la continuidad asistencial.

Para los MF el principal problema en el manejo de estas enfermedades es la lista de espera en AE, problema generalizado en los sistemas sanitarios occidentales^{19,20}. Como segundo problema destaca la falta de información de retorno desde el nivel hospitalario. Desde la óptica del especialista, su propia sobrecarga asistencial seguida de la ineficiencia de los sistemas de información son los elementos que más condicionan la calidad de la asistencia. Cabe destacar que en Cataluña existen distintos proveedores de servicios de AP y hospitalarios, muchos de los cuales no son de titularidad pública y no comparten sus sistemas de información. El desarrollo actual de la Historia Clínica Compartida de Cataluña como herramienta de interoperabilidad de los sistemas de información mejorará la accesibilidad de todos los profesionales a la información de los pacientes²¹.

Una limitación de nuestro estudio es la baja tasa de repuestas de los MF a pesar de los repetidos contactos con los responsables de los servicios solicitando su participación. Probablemente influyó la época del año en que se mandaron los cuestionarios, que coincidió con el periodo vacacional y, posteriormente, con la alarma generada por la primera epidemia de gripe A. Por otra parte, los datos que hacen referencia a la prevalencia de cada patología en la consulta y de la derivación hacia una u otra especialidad se basan exclusivamente en la opinión de los propios médicos y no se han contrastado con datos objetivos de registros de actividad y derivación. Sin embargo, los datos cualitativos que se presentan, teniendo en cuenta las limitaciones señaladas, aportan luz sobre las opiniones y la práctica profesional. Cabe mencionar también las diferentes tasas de respuesta de las especialidades participantes. Entre estas especialidades el colectivo más numeroso en Cataluña es el de COT que representa más de la mitad del total de encuestados. Aún así, y excepto en temas muy puntuales, la opinión no difiere en gran medida entre las 4 especialidades y es representativa de la opinión de los especialistas dedicados al aparato locomotor de nuestro sistema sanitario público.

Como conclusiones, las listas de espera para la AE y la sobrecarga asistencial en el ámbito hospitalario así como las lagunas en los sistemas de información compartida y en los mecanismos de coordinación son los elementos que más preocupan a los profesionales que atienden las enfermedades del aparato locomotor. La marcada discrepancia en la percepción de MF y especialistas en algunos aspectos pone de manifiesto la existencia de déficits en la definición y organización de los servicios sanitarios implicados en la atención a los problemas crónicos del aparato locomotor.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Departamento de Salud, Generalitat de Cataluña, España.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Special Eurobarometer 2007. Health in the European Union 2007 Sep.
2. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis.* 2001;60:1040–5.
3. Departament de Salut Enquesta de salut de Catalunya 2006: Els catalans parlen de la seva salut i dels serveis sanitaris. Edita: Direcció General de Planificació i Avaluació. Barcelona, 2009 [consultado 29 Oct 2011]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/plasalut/catparsesalut2006.pdf>
4. Pueyo MJ, Surís X, Larrosa M, Auleda J, Mompert A, Brugulat P, et al. Importancia de los problemas reumáticos en la población de Catalunya: prevalencia y repercusión en la salud percibida, restricción de actividades y utilización de recursos sanitarios. *Gac Sanit.* 2012;26:30–6.
5. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware Jr JE, Aaronson NK, Mosconi P, Rasmussen NK, Bullinger M, Fukuhara S, Kaasa S, Leplège A, IQOLA Project Group. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res.* 2004;13:283–98.
6. Conill EM, Giovanella L, De Almeida PF. Waiting lists in public systems: from expanding supply to timely access? Reflections on Spain's National Health System. *Cien Saude Colet.* 2011;16:2783–94.
7. McKay C, Canizares M, Davis AM, Badley E. Health care utilization for musculoskeletal disorders. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010;62:161–9.
8. Roberts C, Adebajo AO, Long S. Improving the quality of care of musculoskeletal conditions in primary care. *Rheumatology (Oxford).* 2002;41:503–8.
9. Speed CA, Crisp AJ. Referrals to hospital-based rheumatology and orthopaedic services: seeking direction. *Rheumatology (Oxford).* 2005;44:469–71.
10. Gamez-Nava JI, González-López L, Davis P, Suárez-Almanzor ME. Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians. *Br J Rheumatol.* 1998;37:1215–9.
11. Declaración del Parlamento Europeo sobre las enfermedades reumáticas [consultado 29 Oct 2011]. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:285E:0067:0068:ES:PDF>
12. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor. Edita: Direcció General de Planificació i Avaluació. Barcelona, 2010 [consultado 29 Oct 2011]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3531/locomotor131010.pdf>
13. Larrosa M, Surís X, Pueyo MJ, Auleda J, De la Puente ML. Planificación en enfermedades reumáticas. Elaboración del Plan director de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor de Cataluña. *Reumatol Clin.* 2012;8:72–7.
14. Lynch JR, Gardner GC, Parsons RR. Musculoskeletal workload versus musculoskeletal clinical confidence among primary care physicians in rural practice. *Am J Orthop.* 2005;34:487–91.
15. Murt H, Parsons PE, Harlan WR, Thomas JW, Lepkowski JM, Guire KE, et al. Disability, utilization, and costs associated with musculoskeletal conditions. *Natl Med Care Util Expend Surv C.* 1986:1–64.
16. Sáez F, Francia A, Díaz A, Sufrate D, Gómez FM, Barquin JL. Derivaciones desde atención primaria a traumatología: el punto de vista del especialista. *Aten Primaria.* 1997;20:570–1.
17. Gervas J, Garcia Olmos LM, Simó J, Peiró S. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. *Aten Primaria.* 2008;40:253–5.
18. De Coster C, Fitzgerald A, Cepoiu M. Priority-setting tools for rheumatology disease referrals: a review of the literature. *Clin Rheumatol.* 2008;27:1411–6.
19. Clark AJ, Beuprie I, Clark LB, Lynch ME. A triage approach to managing a two year wait-list in a chronic pain program. *Pain Res Manag.* 2005;10:155–7.
20. Stainkey LA, Seidl IA, Johnson AJ, Tulloch GE, Pain T. The challenge of long waiting lists: how we implemented a GP referral system for non-urgent specialist appointments at an Australian public hospital 1. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:303.
21. Departament de Salut Presentación de la Historia Clínica Compartida a Catalunya [consultado 29 Oct 2011]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2495/index.html>