

# Osteba

OSASUN  
TEKNOLOGIEN  
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE  
TECNOLOGÍAS  
SANITARIAS



**EUSKO JAURLARITZA**  
**GOBIERNO VASCO**

OSASUN ETA KONTSUMO  
SAILA  
DEPARTAMENTO DE SANIDAD  
Y CONSUMO

**INFORME DE EVALUACIÓN**

D-09-07

## **LA COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES**

Proyecto de Investigación Comisionada

Septiembre 2009



# INFORME DE EVALUACIÓN

D-09-07

## LA COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

Proyecto de Investigación Comisionada

Septiembre 2009

Arcelay Salazar, Andoni  
Martinez Carazo, Catalina  
Iruretagoyena Sánchez, M.<sup>a</sup> Luisa  
Aguirrebeña Larrañaga, Javier  
González Llinares, Rosa M.<sup>a</sup>  
Sancho Esteras, José Angel  
Olascoaga Arrate, Adela  
Marqués González, M.<sup>a</sup> Luz  
Ortueta Chamorro, Pedro Javier

Sáenz de Ormijana Hernández, Amaia  
Almeida Llamas, Victoria  
Ezeizabarrena Eguzkitza, Ana  
García Ruiz, Juan Carlos  
Irastorza Ruigomez, Lucia  
Irurzun Zuazabal, Josu  
López de Gauna Ibarra, Pedro  
Ruiz Villagarcía, M.<sup>a</sup> del Coro  
Del Valle Ortega, Mari Luz

**EUSKO JAURLARITZA**



**GOBIERNO VASCO**

OSASUN ETA KONTSUMO  
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD  
Y CONSUMO

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2009

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <<http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>>

**Financiación:** Beca de Investigación Comisionada 2007. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. N° Expediente 2007/08.

**Este documento debe ser citado como:**

Arcelay A, Martínez C, Iruretagoyena M. L, Aguirrebeña J, González R. M, Sancho J.A, Olascoaga A, Marqués M. L, Ortueta P.J, Sáenz de Ormijana A, Almeida V, Ezeizabarrena A, García J. C, Irastorza L, Irurzun J, López de Gauna P, Ruiz M. C y Del Valle M. L. *La coordinación entre atención primaria y especializada desde la perspectiva de los profesionales*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco, 2009. Informe nº: Osteba D-09-07.

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras, y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión, externa o por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

---

Edición: 1.ª Diciembre 2009

Tirada: 80 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco  
Departamento de Sanidad y Consumo

Internet: [www.osanet.euskadi.net/osteba/es](http://www.osanet.euskadi.net/osteba/es)

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco  
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: RGM, S.A.  
Pol. Igeltzera, Pab. 1 bis – 48610 Urduliz-Bizkaia

Impresión: RGM, S.A.  
Pol. Igeltzera, Pab. 1 bis – 48610 Urduliz-Bizkaia

ISBN: 978-84-457-3026-3

D.L.: BI-250-2010

### **Investigador principal**

**Andoni Arcelay Salazar.** Médico. Subdirección Asistencia Especializada. Organización Central Osakidetza. (Álava).

### **Miembros del equipo de investigación**

**Javier Aguirrebeña Larrañaga.** Médico. Subdirección Asistencia Especializada. Organización Central Osakidetza. (Álava).

**Victoria Almeida Llamas.** Médico. Hospital Txagorritxu. (Álava).

**Ana Ezeizabarrena Eguzkitza.** Enfermera. Comarca Gipúzkoa Este. (Gipúzkoa).

**Juan Carlos García Ruiz.** Médico. Hospital Cruces. (Bizkaia).

**Rosa M.<sup>a</sup> González Llenares.** Enfermera. Subdirección Calidad Asistencial. Organización Central Osakidetza. (Álava).

**Lucía Irastorza Ruigomez.** Médico. Comarca Uribe. Bizkaia. (Bizkaia).

**M.<sup>a</sup> Luisa Iruretagoyena Sánchez.** Médico. Coordinación de Programas de Salud Pública. Organización Central Osakidetza. (Álava).

**Josu Irurzun Zuazabal.** Médico. Hospital Cruces. (Bizkaia).

**Pedro López de Gauna Ibarra.** Psicólogo. Comarca Ezkerraldea. (Bizkaia).

**M.<sup>a</sup> Luz Marqués González.** Médico. Comarca Uribe. (Bizkaia).

**Adela Olascoaga Arrate.** Médico. Departamento de Sanidad y Consumo. (Bizkaia).

**Pedro Javier Ortueta Chamorro.** Médico. Comarca Uribe. (Bizkaia).

**M.<sup>a</sup> del Coro Ruiz Villagarcía.** Enfermera. Hospital Txagorritxu. (Álava).

**Amaia Sáenz de Ormijana Hernández.** Enfermera. Hospital Basurto. (Bizkaia).

**José Ángel Sancho Esteras.** Médico. Hospital Txagorritxu. (Álava).

**Mari Luz Del Valle Ortega.** Médico. Hospital Cruces. (Bizkaia).

### **Apoyo metodológico**

**Catalina Martínez Carazo.** Socióloga. Subdirección Asistencia Especializada. Organización Central Osakidetza. (Álava).

### **Revisores externos**

**Iñaki Fraile Esteban.** Médico. Coordinador Atención Primaria-Atención Especializada. Organización Central Osakidetza. (Álava).

**Jon Letona Aranburu.** Médico. Subdirección Calidad Asistencial. Organización Central Osakidetza. (Álava).

### **Coordinación del Proyecto en Osteba**

**Rosa Rico Iturrioz.** Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Vitoria-Gazteiz. (Álava).



## ÍNDICE

RESÚMENES ESTRUCTURADOS .....	9
1. INTRODUCCIÓN.....	17
2. OBJETIVOS .....	21
3. MATERIAL Y MÉTODO .....	25
4. RESULTADOS.....	31
4.1. Resultados de la ETAPA I.....	33
4.2. Resultados de la ETAPA II.....	34
4.3. Resultados de la ETAPA III.....	41
5. DISCUSIÓN .....	47
6. CONCLUSIONES.....	53
7. RECOMENDACIONES .....	57
BIBLIOGRAFÍA .....	61
ANEXOS .....	67
Anexo I. Estrategia de la búsqueda bibliográfica .....	69
Anexo II. Variables consideradas en la determinación de perfiles.....	71
Anexo III. Matriz de priorización .....	73
Anexo IV. Resumen bibliografía .....	75





# RESÚMENES ESTRUCTURADOS

---



## RESUMEN ESTRUCTURADO

**Título:** LA COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

**Autores:** Arcelay A, Martínez C, Iruretagoyena M.L, Aguirrebeña J, González R.M, Sancho J.A, Olascoaga A, Marqués M.L, Ortueta P.J, Sáenz de Ormijana A, Almeida A, Ezeizabarrena A, García J. C, Irastorza L, Irurzun J, López de Gauna P, Ruiz M.C y Del Valle M.L.

**Palabras clave MESH:** *Primary health care, specialist health care, referral, professional relationship, coordination care, continuity of patient care*

**Fecha:** Septiembre 2009

**Páginas:** 92

**Referencias:** 61

**Lenguaje:** Español, resúmenes en inglés y euskera

**ISBN:** 978-84-457-3026-3

### INTRODUCCIÓN

La progresiva complejidad de los sistemas asistenciales sanitarios ha propiciado que la existencia de una buena coordinación entre los distintos niveles asistenciales se convierta en un factor fundamental en el desarrollo de una asistencia sanitaria de calidad.

### OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es desarrollar un acercamiento profundo al tema de la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada desde la perspectiva de los profesionales que la desarrollan, a partir de la identificación de los valores, creencias, actitudes, hábitos... que condicionan sus actuaciones en el proceso asistencial. En segundo lugar, intentar contribuir a la mejora de la coordinación entre niveles identificando áreas de mejora y finalmente, establecer prioridades en las líneas de trabajo detectadas.

### MATERIAL Y MÉTODO

La metodología empleada se dividió en tres fases. En la primera fase se realizó una revisión de la literatura y una revisión documental. En la segunda fase se realizaron cinco entrevistas semiestructuradas y tres grupos de discusión para observar y analizar la realidad del fenómeno. En la tercera y última fase se priorizaron las líneas de trabajo extraídas de la segunda fase, y se procedió a elaborar las conclusiones y recomendaciones del estudio.

**Análisis económico:** SI  NO  **Opinión de expertos:**  SI  NO

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La mayoría de las ideas recogidas se han repetido tanto en la búsqueda bibliográfica como en las entrevistas y grupos de discusión. Se exponen a continuación:

- Las áreas de mejora más relevantes detectadas corresponden al ámbito de la comunicación.
- Los profesionales manifiestan que con la historia clínica compartida electrónica se alcanzará una mejora importante en el ámbito de la coordinación.
- El factor humano es fundamental en la situación de la coordinación.
- Propiciar foros de conocimiento mutuo entre las profesionales de ambos colectivos podría suponer una amplia mejora para la coordinación.
- No se ha conseguido profundizar tanto como se esperaba en los valores, actitudes, creencias, etc. que pueden condicionar las relaciones entre los profesionales de ambos niveles.
- Se observa una escasa presencia del paciente en los discursos de los grupos de discusión y de las entrevistas.
- La percepción de los clínicos y de los gestores respecto a la problemática de la coordinación entre la Atención Primaria y la Especializada no es tan diferente como cabría esperar.

## RECOMENDACIONES

Las líneas de trabajo que se recomienda priorizar son:

- Desarrollo de la historia clínica compartida.
- Desarrollo de foros conjuntos Atención Primaria-Atención Especializada (AP-AE) que propicien el conocimiento mutuo de las profesionales, la comunicación y el desarrollo y puesta en marcha de herramientas conjuntas como: objetivos consensuados entre AP y AE, planes de gestión comunes, sesiones clínicas y formativas conjuntas, mejoras en el volante de derivación y en la metodología de continuidad de cuidados de enfermería, implantación de Guías de Práctica Clínica y desarrollo de protocolos de derivación, entre otros.
- Promover la utilización de la telemedicina para mejorar la eficiencia en la asistencia a algunos procesos y especialidades priorizadas.

## LABURPEN EGITURATUA

**Titulua:** LEHEN MAILAKO ATENTZIOAREN ETA ESPEZIALIZATUAREN ARTEKO KOORDINAZIOA PROFESIONALEN IKUSPEGITIK

**Egileak:** Arcelay A, Martínez C, Iruretagoyena M.L, Aguirrebeña J, González R.M, Sancho J.A, Olascoaga A, Marqués M.L, Ortueta P.J, Sáenz de Ormijana A, Almeida A, Ezeizabarrena A, García J. C, Irastorza L, Irurzun J, López de Gauna P, Ruiz M.C y Del Valle M.L.

**Mesh pasahitzak:** *Primary health care, specialist health care, referral, professional relationship, coordination care, continuity of patient care*

**Data:** 2009ko iraila

**Orrialdeak:** 92

**Erreferentziak:** 61

**Hizkuntza:** Gaztelania, laburpenak, Ingelesez eta euskaraz

**ISBN:** 978-84-457-3026-3

### SARRERA

Osasun asistentzia-sistemen konplexutasun progresiboak bide eman du asistentzia-maila desberdinen arteko koordinazio egoki bat izatea funtsezko faktore bilakatzea kalitateko asistentzia sanitarioaren garapenean.

### HELBURUAK

Azterketa honen helburua da: Lehen Mailako Atentzioaren eta Espezializatuaren arteko koordinazioari buruzko sakoneko hurbilketa bat garatzea gai hori garatzen duten profesionalen ikuspegitik, asistentzia-prozesuetan euren jarduerak baldintzatzen dituzten balioak, sinesmenak, jarrerak, ohiturak identifikatzetik abiatuta, eta bigarrenik, mailen arteko koordinazioa hobetzen laguntzen saiatzea, hobe-kuntza-arloak identifikatuz, eta azkenik, lehenetsien zehaztea antzemandako lan-ildoetan.

### MATERIALA ETA METODOAK

Metodologia hiru fasetan erabili zen: lehen fasean, literatura eta dokumentuak aztertu ziren. Bigarren fasean, bost elkarrizketa erdi egituratu egin ziren eta hiru eztabaida-talde sortu fenomenoaren errealitatea behatu eta aztertzeko. Hirugarren (azken) fasean, bigarren fasetik ondorioztatutako lan-ildoak lehenetsi ziren, eta azterketaren ondorioak eta gomendioak landu.

**Analisi ekonomikoa:**

BAI

EZ

**Adituen Iritzia:**

BAI

EZ

## EMAITZAK ETA ONDORIOAK

Jasotako ideia gehienak errepikatu egin dira bai bibliografia-bilaketan bai elkarrizketetan bai eztabaidataldeetan. Hona hemen ideia horiek:

- Antzeman diren hobekuntza-arlo nagusienak komunikazio-eremukoak dira.
- Profesionalek diote historia kliniko elektroniko konpartituarekin koordinazioa asko hobetuko dela.
- Giza faktorea funtsezkoa da koordinazioan.
- Bi kolektiboetako (LMA eta AE) profesionalen arteko ezagutza-foroak sustatzeak hobekuntza handia ekarriko luke koordinazioan.
- Ez da espero zen adina sakondu bi kolektiboetako profesionalen arteko harremanak baldintza ditzaizketen balio, jarrera, sinesmen eta horrelakoetan.
- Pazientearen presentzia eskasa antzeman da eztabaida-talde eta elkarrizketen eztabaidetan.
- Lehen Mailako Atentzioaren eta Espezializatuaren arteko koordinazioari buruzko kliniko eta kudeatzaileen pertzepzioa ez da hain diferentea besterik espero bazitekeen ere.

## GOMENDIOAK

Ilido hauei lehentasuna ematea gomendatzen da:

- Historia kliniko konpartitua garatzea.
- Lehen Mailako Atentzioko eta Espezializatuko foro bateratuak garatzea, profesionalen arteko ezagutza, komunikazioa eta garapena eta tresna komun hauek martxan jarriko dituenak: LMA eta AEren arteko helburu adostuak, kudeaketa-plan bateratuak, hobekuntzak deribazio-bolanteetan eta erizaintzako zainketa-jarraipeneko metodologian, Praktika Klinikoko Gidak eta deribazio-protokoloen garapena, besteak beste.
- Telemedikuntzaren erabilera sustatzea eraginkortasuna hobetzeko zenbait prozesu eta lehenetsitako espezialitateen asistentzian.

## STRUCTURED SUMMARY

**Title:** THE COORDINATION BETWEEN PRIMARY AND SPECIALISED HEALTHCARE FROM THE POINT OF VIEW OF THE PROFESSIONALS

**Authors:** Arcelay A, Martínez C, Iruretagoyena M.L, Aguirrebeña J, González R.M, Sancho J.A, Olascoaga A, Marqués M.L, Ortueta P.J, Sáenz de Ormijana A, Almeida A, Ezeizabarrena A, García J. C, Irastorza L, Irurzun J, López de Gauna P, Ruiz M.C, y Del Valle M.L.

**MESH keywords:** *Primary health care, specialist health care, referral, professional relationship, coordination care, continuity of patient care*

**Date:** September 2009

**Pages:** 92

**References:** 61

**Language:** Spanish, translation of abstract into English and Basque

**ISBN:** 978-84-457-3026-3

### INTRODUCTION

The progressive complexity in the healthcare service has made possible that the existence of a good coordination and communication among the different health assistance levels may become a chief factor in the development of a top quality healthcare system.

### AIM

The aim of this research is the development of a deep approach to the coordination between Primary and Specialised Healthcare from the point of view of the professionals who develop it, right from the identification of values, beliefs, attitudes, habits... that determine their behaviour in the healthcare process. Secondly, we should try and help improve the coordination among the different stages, identifying some improvement areas and finally, we should set some priorities in the detected lines of work.

**Economical analysis:** YES     NO    **Experts' opinion:**  YES    NO

### MATERIAL AND METHOD USED

The method used was divided into three stages. In the first stage, a revision on the literature and on the documents was carried out. In the second one, five interviews were carried out, as well as three focus groups in order to watch and analyse the reality of the phenomenon. In the third and last one, priority was given to the lines of work extracted and gathered during the second stage and we proceeded to draw the conclusions and recommendations of this research.

## RESULTS AND CONCLUSIONS

Most of the ideas gathered have been repeated both in the bibliographical research as well as in the interviews and focus groups. They are put forward as follows:

- The most relevant improvement areas which have been detected belong to the field of communication.
- The professionals claim that with the help of the shared medical history an important improvement in the field of coordination will be achieved.
- The human factor is fundamental in the coordination.
- Promote mutual understanding among the professionals in both groups would result in a considerable improvement in the coordination.
- We have not been able to go as much into the values and attitudes in depth as we had expected.
- In most of the discussions which took place in the focus groups and interviews a lack of reference to the patients has been detected.
- The feeling that both the GPs and managers have regarding the coordination between Primary and Specialised healthcare is not as different as expected.

## RECOMMENDATIONS

The lines of work that we recommend should be put first are as follows,

- Development of a shared medical history.
- Development of a forum between Primary and Specialised Healthcare so as to encourage the mutual understanding of the professionals, the communication and development and set in motion of joint strategies such as agreed aims between Primary and Specialised Healthcare, clinical sessions and shared training processes, improvement in the referral note and method in the nursery care, establishment of guides for clinical practice, development of referral protocol, among them.
- To encourage the use of telemedicine in order to improve the efficiency in the medical assistance in some processes and specialities on which we focussed.



# 1. INTRODUCCIÓN

---



La creciente complejidad de los sistemas asistenciales sanitarios ha hecho que, la existencia de una buena comunicación y coordinación entre los distintos niveles asistenciales, se convierta en un factor fundamental en el desarrollo de una asistencia sanitaria de calidad.

El Plan Estratégico de Osakidetza-SVS 2003-2007, dentro de sus objetivos corporativos, establece un primer objetivo centrado en el cliente/paciente con el fin de «Proporcionar al cliente/paciente un servicio sanitario integrado, eficaz, de calidad, personalizado y ágil, que responda a sus necesidades de salud». Para ello plantea cuatro grandes líneas de trabajo, siendo la primera el «Dar continuidad al proceso del paciente, evitando demoras a partir de la mejora de los flujos del proceso entre los distintos niveles de atención». Esta línea de actuación se concreta en diferentes objetivos estratégicos, de los cuales el primero, se enmarca en la necesidad de potenciar y facilitar el flujo del proceso del paciente por los distintos ámbitos y niveles de la organización, Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE). Es decir, «Conseguir que el proceso del paciente sea ágil, eficaz, eficiente, e integrado a partir del establecimiento de un sistema de relación y unos mecanismos de coordinación formalizados entre los niveles de Atención Primaria y Especializada».

En la misma línea, el plan estratégico 2008-2012, contiene un enfoque dirigido al proceso del Usuario/Paciente contemplado como un todo global y continuado.

Dentro de este enfoque, uno de los objetivos es revisar las funciones de la AP y AE, así como la interacción entre ambas, con objeto de optimizar la asistencia, aumentar la capacidad resolutoria en AP y redefinir los circuitos de los Usuarios, en AE para la eliminación de las actividades innecesarias durante la asistencia clínica.

La distancia entre los niveles de Atención Primaria y Atención Especializada, además de física, es también filosófica y pragmática, haciéndose patente en las dificultades de coordinación entre estos dos ámbitos asistenciales.

En nuestro sistema sanitario los pacientes son atendidos por un amplio abanico de profesio-

nales sanitarios, y es en estos profesionales en quienes reside en primer término la responsabilidad de establecer una buena coordinación entre los distintos niveles asistenciales.

En un escenario de coordinación, el proceso asistencial se puede representar como una línea continua en la que suceden una serie de actos definidos previamente por profesionales sanitarios de ambos niveles. Por ello, la mejora en la coordinación entre la AP y AE y entre los distintos grupos profesionales es una prioridad en muchos de los sistemas sanitarios.

Existen múltiples y muy diversos intentos por desarrollar estrategias de mejora de coordinación entre los niveles de AP y AE.

Se han publicado muchos estudios que establecen estrategias de mejora a través de intervenciones centradas en la Atención Primaria, debido a la importancia del papel del médico de atención primaria en el desarrollo de estas estrategias. Entre ellas se encuentran la subespecialización del médico de primaria, los criterios de derivación de pacientes entre niveles e intervenciones para mejorar estas derivaciones o los modelos de colaboración con especialidades médicas.

Sin embargo, muchos autores constatan la persistencia de dificultades y la necesidad de desarrollar y mejorar esta coordinación entre niveles. Las profesionales y su visión/comprensión del sistema y del fenómeno de la coordinación dentro del mismo, son puntos clave en el desarrollo de estrategias e intervenciones dirigidas a la mejora en la coordinación entre niveles. No existen muchos estudios cualitativos que analicen las relaciones que se establecen entre los profesionales de AP y AE, así como sus puntos de vista sobre la necesidad de mejorar esta relación. Por ello, es necesario realizar un acercamiento a la realidad en nuestro contexto sanitario, que nos ayude a identificar, a partir de la perspectiva de las profesionales, elementos, puntos o situaciones susceptibles de cambio que contribuyan, con la mejora en la coordinación entre los distintos niveles, a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

La necesaria continuidad y eficiencia del proceso sanitario se ve interrumpida y fragmentada

en la relación entre el ámbito de la Atención Primaria y la Atención Especializada con graves repercusiones en la calidad técnica, en los plazos de atención y en la satisfacción del paciente. La existencia de esta deficiente coordinación en el proceso asistencial ha sido objeto de numerosos trabajos en la búsqueda de mejoras que minimicen esta ineficiencia; la mayoría

de estos trabajos han sido abordados desde el punto de vista cuantitativo por lo que consideramos que un abordaje cualitativo desde la perspectiva de los profesionales de ambos ámbitos, incidiendo en sus valores, creencias, hábitos y formas de hacer puede aportar elementos interesantes y complementarios a los existentes, para mejorar.

## 2. OBJETIVOS

---



- Desarrollar un acercamiento profundo al tema de la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada desde la perspectiva de los profesionales que la desarrollan, a partir de la identificación de los valores, creencias, actitudes, hábitos... que condicionan sus actuaciones en el proceso asistencial.
- Intentar contribuir a la mejora de la coordinación asistencial entre los niveles primario y especializado identificando para ello áreas de mejora.
- Establecer prioridades en las líneas de trabajo detectadas teniendo en cuenta nuestro contexto.





### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

---



La metodología empleada se ha dividido en tres etapas diferenciadas:

- **Etapa I:** Revisión de la literatura y revisión documental:
  - Revisión de la literatura.
  - Revisión documental.
- **Etapa II:** Generación de la información a partir de la observación de la realidad del fenómeno:
  - Entrevistas semiestructuradas: selección de informadores clave y contacto con los mismos. Elaboración del guión de las entrevistas y realización de las mismas.
  - Grupos de discusión: búsqueda de los participantes en los grupos de discusión previa elaboración del perfil de los mismos, contacto con los mismos y planificación de las reuniones a realizar. Celebración de los grupos de discusión y transcripción de las reuniones.
  - Análisis de la información recogida tanto en las entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión como en la revisión bibliográfica y documental.
  - Elaboración del informe preliminar.
- **Etapa III:** Priorización de las líneas de trabajo extraídas del informe preliminar y elaboración del informe final.

### 3.1. METODOLOGÍA PARA LA ETAPA I

#### 3.1.1 Revisión de la literatura y revisión documental

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la evidencia científica disponible con el objetivo de conocer el contexto literario-académico de la coordinación entre Atención Primaria y Especializada. Para ello la revisión se ha centrado en:

- La perspectiva de los profesionales de Atención Primaria y Especializada.
- Intervenciones y experiencias previas en contextos nacionales e internacionales.

Se ha realizado una búsqueda en las siguientes bases de datos científicas:

- MEDLINE (1950 - Enero 2008).
- EMBASE (1980 - Enero 2008).
- Cochrane Library.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda han sido: *health services accessibility, specialist health care, primary health care, referral, consultation, professional relationship, coordination care, continuity of patient care, quality of health care, delivery of health care, patient care planning*. Los detalles de la estrategia de búsqueda se recogen en el anexo I.

Para la selección de estudios se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Periodo 1997- enero 2008.
- Abstract-texto completo.
- Idiomas: castellano/inglés.
- Tipos de estudios: estudios cualitativos, informes técnicos, estudios de evaluación, estudios comparativos, revisiones, metaanálisis, estudios multicéntricos.

Respecto a la revisión documental, se revisaron diferentes documentos utilizados por la red de centros de Osakidetza para llevar a cabo intervenciones que implicaran de forma conjunta a profesionales de Atención Primaria y Especializada, como protocolos de derivación a hospitales de media estancia o protocolos entre Atención Primaria y Salud Mental Extrahospitalaria, entre otros.

### 3.2. METODOLOGÍA PARA LA ETAPA II

#### 3.2.1. Generación de la información a partir de la observación de la realidad del fenómeno

a) *Entrevistas semiestructuradas:*

El primer paso fue la selección de los informadores clave. Para las entrevistas se seleccionaron profesionales expertos en diferentes áreas, tales como la gestión, el ámbito clínico-asistencial y los servicios de atención al paciente. En la selección se buscó una representación de profesionales de los tres territorios históricos y de ambos sexos.

Los profesionales seleccionados fueron dos hombres y tres mujeres, de los cuales tres tra-

bajan en Atención Especializada y dos en Atención Primaria. Los perfiles profesionales de los entrevistados son: gerente, especialista, médico de familia, Diplomado Universitario Enfermería (DUE) de AP y responsable del Servicio de Atención al Paciente y Usuario (SAPU) de un centro hospitalario.

El contacto con las personas elegidas se hizo a través de los miembros del equipo investigador. Todas las personas aceptaron y fueron entrevistadas entre marzo y abril del 2008. La duración de las entrevista fue entre 30 minutos y 60 minutos cada una.

Para confeccionar el guión de las entrevistas se contó con la documentación recogida en la etapa I y la participación de los miembros del equipo de investigación. Se utilizó el mismo guión para todas las entrevistas con el objetivo de poder recoger las diferencias y semejanzas entre los diferentes expertos entrevistados.

Se informó a todos los participantes de que las entrevistas serían grabadas para su posterior análisis. Gracias a esta grabación pudieron ser transcritas textualmente y analizadas utilizando el programa informático Atlas.ti, para análisis cualitativo de datos textuales.

#### b) Grupos de discusión:

para la selección de las personas participantes en los grupos de discusión se tuvieron en cuenta, el perfil profesional, el ámbito de trabajo y la experiencia en Osakidetza (medida en años de trabajo en la organización), entre otros.

Se pidió a los miembros del equipo investigador que propusieran candidatos para formar parte de los grupos. Una vez que se obtuvieron los perfiles y los candidatos se cruzaron los dos datos para obtener grupos de discusión lo más representativos posibles de la realidad actual.

Se confeccionaron tres grupos de discusión, compuestos por médicos de AP y AE (el primero), médicos y enfermeras de AP y AE (el segundo) y un grupo mixto (el tercero) compuesto por dos médicos, dos enfermeras, dos gestores, un Técnico Responsable del Área de Atención al Cliente (TRAAC) y un responsable de consultas externas.

En dos de los tres grupos el número de mujeres y hombres fue el mismo, en el restante se contó con una mujer más. Estuvieron representados los tres territorios históricos de modo similar: ocho participantes representantes de Álava, siete de Bizkaia y siete de Gipuzkoa.

Para el diseño del guión de los grupos de discusión se tomó como base la revisión bibliográfica realizada con anterioridad. Se utilizó el mismo guión para los tres grupos, el cual era similar al utilizado en las entrevistas, pero adaptado a la técnica utilizada.

La duración de los grupos de discusión fue aproximadamente de 95 minutos. Todos fueron realizados en la Organización Central de Osakidetza, debido a la disponibilidad y buena capacidad auditiva de sus salas (de cara a la grabación y posterior análisis de las grabaciones) y a la buena ubicación que suponía para los participantes convocados. La persona que acudió como moderadora a los tres grupos siempre fue la misma. Además se contó con un observador en cada uno de los grupos, papel que fue desempeñado por tres miembros del equipo investigador.

#### c) Análisis de la información:

Una vez realizadas, tanto las entrevistas como los grupos de discusión, se procedió al análisis del trabajo de campo. Se comenzó por las entrevistas puesto que éstas se realizaron con anterioridad a los grupos.

Se comenzó por realizar una transcripción textual de cada una de las entrevistas y grupos de discusión. A continuación se contó con la herramienta informática Atlas.ti para facilitar el análisis cualitativo. Se realizó un análisis individual de cada una de las unidades de análisis.

Utilizando esta herramienta informática se identificaron los fragmentos de texto que poseían significado relevante para la investigación y se guardaron como citas. A continuación se agruparon todas aquellas citas que tuvieran un significado común y se codificaron para poder identificarlas con mayor facilidad. Se agruparon los códigos que guardaban relación entre sí en diferentes familias y se crearon relaciones entre

aquellos códigos que guardasen algún tipo de relación, ya fuese por proximidad, por oposición o por cualquier otro tipo de relación, por ejemplo causalidad, dificultad, facilidad, etc. Estas relaciones o interconexiones se plasmaron en representaciones gráficas que facilitaron su análisis. De este modo se identificaron los contenidos más relevantes para el presente proyecto y con ayuda de las relaciones plasmadas en representaciones gráficas se procedió a elaborar el análisis presentado en el presente informe.

Es importante subrayar que tanto el trabajo de campo como el análisis de la información obtenida fueron realizados por la misma persona, lo cual facilitó bastante el análisis de la información recogida.

### 3.3. METODOLOGÍA PARA LA ETAPA III

#### 3.3.1. Priorización de las líneas de trabajo extraídas del informe preliminar y elaboración del informe final

Una vez realizada la revisión de la literatura y revisión documental y el análisis cualitativo de la información generada por medio de las entrevistas y de los grupos de discusión, se identificaron diferentes líneas de acción que se podrían emprender para favorecer la actual situación de la coordinación en Atención Primaria y Atención Especializada.

De entre las posibles acciones a poner en marcha se seleccionaron aquellas que se recogieron con mayor frecuencia, tanto en la búsqueda bibliográfica como en el trabajo de campo realizado. Estas 22 acciones fueron clasificadas en tres grupos diferentes, dependiendo de si eran acciones relacionadas con la comunicación (ocho líneas de trabajo), con la motivación (cuatro líneas de trabajo) o con la efectividad y capacidad de resolución (10 líneas de trabajo).

Para proceder a la priorización de las acciones en un principio se pensó utilizar una matriz de Hanlon, la cual da gran importancia a la factibilidad de cada acción. Dado que las 22 acciones eran en mayor o menor medida factibles según

el criterio de los miembros del grupo de trabajo, se decidió diseñar una matriz que se ajustase mejor al presente proyecto reduciendo la influencia de la factibilidad.

La matriz resultante contemplaba los cuatro apartados siguientes:

- La efectividad de la solución propuesta para mejorar la coordinación, es decir, la capacidad de desarrollar acciones que mejoren la coordinación.
- El impacto de las acciones sobre las profesionales, es decir, las actuaciones tendrán un efecto positivo sobre las profesionales.
- El impacto de las acciones sobre los pacientes, es decir, las actuaciones tendrán un efecto positivo sobre los pacientes.
- La factibilidad de la solución.

Estas cuatro características tenían un peso diferente en la puntuación final: la efectividad obtenía un peso del 30% de la puntuación final, el impacto sobre los profesionales un 25%, el impacto sobre las pacientes un 25% y la factibilidad un 20%.

Seguidamente se procedió a llevar a cabo las puntuaciones por parte de los 17 miembros del equipo investigador y una vez recogidas, se agruparon obteniendo las puntuaciones pertinentes.

Debido a que el número de observaciones que contempla el estudio es muy pequeño, se optó por un análisis descriptivo de las diferencias de medias entre los miembros del equipo que fuesen gestores y clínicos (nueve y ocho respectivamente). No se realizó un estudio estadístico puesto que con 17 observaciones el análisis no sería significativo.

Finalizado este análisis se clasificaron las acciones de mayor a menor puntuación y se convocó una reunión con todos los miembros del equipo investigador para comentar los resultados obtenidos hasta el momento y preparar las conclusiones y la discusión, contenidas en el presente documento.



## 4. RESULTADOS

---





#### 4.1. RESULTADOS DE LA ETAPA I

De los 548 artículos encontrados por medio de la búsqueda bibliográfica realizada, tras la lectura de sus abstracts fueron seleccionados 27 para su lectura.

Los artículos seleccionados fueron estudios cualitativos, basados tanto en grupos de discusión y entrevistas como en encuestas, estudios descriptivos y revisiones documentales. La población de estudio considerada estuvo constituida principalmente por profesionales sanitarios, aunque también se seleccionaron algunos estudios realizados sobre pacientes. El ámbito incluyó Atención Primaria, Atención Especializada y Salud Mental.

En la búsqueda bibliográfica llevada a cabo se han encontrado varias coincidencias con los resultados obtenidos por medio del análisis cualitativo y la priorización de las acciones de la tercera etapa del presente estudio.

Los artículos seleccionados para la revisión bibliográfica tienen características diferentes, objetivos distintos y muestras dispares, por lo que no es de extrañar que aparezcan ideas enfrentadas, aun así, la gran mayoría coincide con las descubiertas en el presente estudio.

En muchos de los artículos se habla de la falta de comunicación existente entre los miembros de las organizaciones asistenciales. Esta falta de comunicación revierte en la asistencia al paciente, el cual puede ver la calidad de la asistencia recibida disminuida debido a factores como la repetición de pruebas complementarias o a la interacción entre medicamentos.

Sólo uno de los artículos revisados afirma que la evidencia es escasa en cuanto a que la coordinación mejora los resultados en salud mientras que los demás artículos la dan por supuesta.

En los artículos revisados, entre las causas de la deficiente coordinación, destacan:

- La falta de motivación que refieren parte de los profesionales de las organizaciones; así mismo, el hecho de que no exista una visión integral del paciente.
- La masificación asistencial de ambos ámbitos y la carga de trabajo.

- La excesiva burocracia.
- El acceso limitado a pruebas complementarias por parte de AP.
- Desde el ámbito de la AE se percibe al médico de AP como insuficientemente cualificado, y éste al de AE como demasiado autosuficiente.
- La existencia de dos unidades de gestión diferentes.
- La presión asistencial.
- El desconocimiento de las tareas del «otro».
- La presión que ejerce el paciente.
- La falta de tiempo.

Entre los artículos se pueden encontrar varias de las consecuencias que supone la escasez de coordinación:

- Sobrecarga del médico de familia con labores administrativas de AE: renovación de recetas, citador de AE,...
- Listas de espera.

Se plantean ciertas propuestas de mejora, algunas de las cuales coinciden con las que se proponen desde el presente trabajo:

- HC informatizada/compartida.
- Protocolos conjuntos.
- Rotaciones periódicas de médicos de AP por diferentes servicios del hospital, así como guardias hospitalarias para los médicos de AP.
- Instaurar la figura del especialista consultor.
- Facilitar a los médicos de AP la accesibilidad de los datos clínicos.
- Médico de familia como puerta de entrada y principal responsable del proceso.
- Desarrollar la telemedicina.
- Sistemas electrónicos de comunicación con el paciente (mayor protagonismo del paciente, o más bien no perderlo de vista).
- Cirugía menor para reducir las derivaciones.

Finalmente, destacan ciertos proyectos, entre ellos, algunas experiencias en EEUU, el Progra-

ma de Gestión de Enfermedades (PGE), que permite una visión global del paciente, los Primary Care Groups (centros de AP consorciados que atienden la población de una zona de forma coordinada) y la telepsiquiatría a través de videoconferencia en zonas rurales.

## 4.2. RESULTADOS DE LA ETAPA II

A continuación se exponen los resultados derivados del análisis de las entrevistas semiestructuradas llevadas a cabo, así como de los grupos de discusión.

### 4.2.1. Entrevistas

Se exponen de forma resumida los hallazgos agrupados según el guión que se utilizó para las entrevistas:

#### a) *Situación actual:*

Cuatro de los cinco entrevistados creen que la situación actual es mejorable. El único que no tiene esta opinión es un especialista cuya especialidad trabaja estrechamente con AP: llevan a cabo sesiones en las que participan tanto médicos de familia como especialistas.

#### b) *Visión global del paciente:*

En general los cinco reflejan que no existe esta visión global y que se debe trabajar mucho este tema. Algunos comentan que es más difícil que los especialistas tengan esta visión global.

#### c) *Puerta de entrada al sistema:*

Todos coinciden en que la Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema, pero algunos señalan que existen otras puertas de entrada: urgencias, ginecología u otras especialidades.

#### d) *Especialista consultor:*

Están de acuerdo en que esta figura beneficiaría tanto al usuario como a todo el sistema. Sin embargo, algunos opinan que esta figura ya existe, mientras que otros creen que los especialistas todavía no desarrollan este rol.

#### e) *Conciencia de corresponsabilidad:*

No creen que realmente exista conciencia de corresponsabilidad, aunque manifiestan que debería ser así.

#### f) *Confianza por parte del paciente:*

Parece que están de acuerdo en que el hecho de conocer a su médico de familia (que éste sea el de toda la vida) hace que el usuario tenga mayor confianza en éste que en el especialista. Sin embargo, cuando sufren alguna patología que se sale de lo habitual prefieren recurrir al especialista. Aún así varios entrevistados aseguran que algunos pacientes consultan con su médico de familia tras haber acudido al especialista.

#### g) *Opinión del personal sobre la coordinación:*

La mayoría opina que el personal percibe la coordinación como algo que todavía hay que trabajar. Por otra parte, el especialista que refiere un buen nivel de coordinación con AP dice que en su caso perciben la coordinación de manera muy positiva tanto los de AP como los de AE.

#### h) *Desmotivación:*

Tres de los entrevistados reconocen que hay desmotivación, pero esta no está causada directamente por la situación de la coordinación.

#### i) *Calidad actual del proceso de citación:*

No todos opinan lo mismo. Algunos opinan que la calidad es buena (varios tienen ISO), otros creen que deben mejorarse algunos aspectos, por ejemplo, conseguir que el usuario salga de la consulta sabiendo cuándo será la próxima cita.

#### j) *Carga de trabajo:*

Afecta en varios sentidos a los trabajadores: desmotiva, se deriva más desde primaria, puede generar falta de interés... Uno de los entrevistados dice que no se puede aceptar la carga de trabajo como excusa para no conseguir coordinarse.

#### k) *Listas de espera:*

- El tamaño de las listas de espera puede venir determinado por una mala coordinación que hace que se dupliquen pruebas o haya consultas sucesivas innecesarias.
- Si tuviesen protocolos de trabajo y líneas de trabajo comunes las listas de espera se reducirían y además mejoraría la coordinación.
- Si los profesionales tuviesen más tiempo para dedicar a cada paciente las listas de espera se verían reducidas.

### l) *Derivación inadecuada:*

La opinión del especialista con un buen nivel de coordinación con AP y la de los demás entrevistados es diferente. El primero opina que hay tan poca derivación inadecuada que no merece la pena gastar recursos en paliarla.

Las variables relacionadas con la derivación inadecuada identificada son:

- Necesidad social de consumir.
- Inseguridad del profesional (incertidumbre).
- Los especialistas no conocen las guías.
- Falta de tiempo, insuficiente formación.
- Presión asistencial.
- Presión que puede ejercer el usuario, amenazas de quejas o denuncias.
- Saturación de consultas en AP.
- Carga de trabajo.

Finalmente se subraya que debería analizarse cómo se deriva desde AP y cómo se devuelven los pacientes desde AE.

### ll) *Medicina defensiva:*

Todos reconocen que sí se ejerce la medicina defensiva, sobre todo como consecuencia de la presión que pueden llegar a ejercer tanto los usuarios como sus familiares. Uno de los entrevistados propone que haya un pacto entre profesional y usuario para evitar esta situación.

### m) *Volante de derivación:*

El especialista que trabaja más estrechamente con AP manifiesta que, aunque es susceptible de mejora, la calidad es buena. La entrevistada del SAPU comenta que no ha oído ninguna queja de sus compañeros al respecto. Los demás opinan lo contrario. Comentan que los profesionales lo rellenan mal o puede ir en blanco, el paciente es el que tiene que llevarlo de una consulta a otra, puede que los especialistas no los lean o no contesten nada y además se le da más importancia a la labor administrativa que a la clínica.

### n) *Especialidades con mayor número de derivaciones:*

Oftalmología, dermatología, traumatología, cirugía, cardiología, neumología, ginecología.

### o) *AP con mayor accesibilidad a medios diagnósticos/terapéuticos:*

Se derivaría menos porque sería menos necesario.

### p) *Incentivar buenas prácticas:*

Más o menos están de acuerdo en que podría suponer una mejora, pero matizan: decir que se va a incentivar y no hacerlo desmotiva; no deberían ser sólo incentivos económicos. Muchas veces los incentivos se convierten en derechos adquiridos, por lo que dejan de ser motivadores. Los incentivos pueden ser disfrutados por todo el centro y no únicamente por las personas más implicadas y además puede ocurrir que los que más y mejor trabajan reciben más trabajo y alguien que trabaja menos o se implica menos, y además cobra lo mismo, lo cual es una gran fuente de desmotivación.

### q) *Comunicación y diálogo:*

El especialista que trabaja más estrechamente con AP afirma que entre su servicio y los centros con los que están coordinados existe suficiente comunicación puesto que ambos han puesto gran empeño en ello. Cree que si se invierte esfuerzo en ello es posible conseguir una buena comunicación y diálogo.

Los demás creen que falta comunicación entre AP y AE. Proponen soluciones como que los especialistas se reúnan con los profesionales de AP para conocerse y solucionar dudas, que los médicos de familia roten por el hospital y visiten a sus pacientes ingresados, etc.

### r) *Historia Clínica compartida:*

Están de acuerdo en que con esta historia la coordinación mejorará notablemente, aunque no todos lo dicen con el mismo énfasis. Un entrevistado matiza que no todos los profesionales deben tener el mismo nivel de acceso, otro asegura que se necesitan, además de la HC compartida otras mejoras.

### s) *Protocolos, guías, procesos, sesiones clínicas:*

El especialista que trabaja estrechamente con AP habla de las bondades que suponen las sesiones clínicas para todo el sistema. Los demás dicen que sí existen protocolos o guías, pero que

son un recurso que hay que explotar más para sacar un mayor partido.

t) *Nuevas tecnologías:*

Todos están de acuerdo en que, aunque se utilizan, se les podría sacar mayor partido y así mejorar la situación de la coordinación.

u) *Telemedicina:*

Tres de los entrevistados opinan que con la telemedicina se conseguirá una mejor coordinación entre AP y AE.

v) *Gestiones separadas y directivos:*

Existen diferentes opiniones sobre la gerencia única y el papel de los directivos. Algún entrevistado dice que no contesta a este tipo de preguntas. Algunos piensan que el hecho de que haya una gerencia única no tiene por qué influir en la coordinación; otros creen que mejoraría la situación, pero sería difícil aplicar el sistema de gerencia única a todo el sistema sanitario debido a las diferentes características de la población, densidad poblacional, etc. Una de las entrevistadas contesta que no sabe si la gerencia única mejoraría algo.

Respecto a los directivos unos dicen que están implicados, pero tienen diferentes intereses que los clínicos, y de ahí surgen problemas. Una entrevistada plantea como queja (y duda) que los directivos ejercen un control férreo en primaria y no en especializada.

w) *Implicación de los profesionales:*

Refieren diferencias importantes entre los profesionales de cara a su implicación en la mejora de la coordinación.

x) *Evaluación de la coordinación:*

Hay opiniones diferentes. Algunos contestan que sí se evalúa y otros afirman lo contrario. Un entrevistado comenta que mientras no se defina qué es coordinación no se podrá evaluar. Hace falta un modelo que explique qué variables hacen que unos médicos deriven más o menos que otros.

y) *Pacto de consumos (acuerdos entre los dos niveles sobre el número de derivaciones a realizar):*

Tres de los entrevistados no saben si existe en su centro. Una entrevistada dice que en otros

centros sí existen y están contentos con ello. El quinto afirma que existe algo parecido, pero no se respeta y que es muy difícil determinar una cuota de derivaciones porque en cada comarca se deriva de forma diferente. Aun así reconoce que en la medida en que los criterios que se establezcan sean buenos, el pacto de consumos funcionará.

z) *Otras variables que influyen:*

- Falta de tiempo e ilusión.
- Comunicación personal.
- Especializada tiene la percepción de ser superior a primaria.
- Se escucha poco a los que hablan de cuestiones clínicas.
- Revisar la continuidad de cuidados.
- Excesivo consumo de recursos por parte de los usuarios.
- Socialmente se asume muy mal estar enfermo.

#### 4.2.2. Grupo discusión Médicos de AP y AE

El grupo de discusión tuvo lugar el 23 de abril de 2008, en la Organización Central de Osakidetza, Vitoria. Fueron convocados ocho personas y acudieron todas. Entre los participantes había cuatro médicos de atención primaria y cuatro médicos de atención especializada. Estaban representados los tres territorios históricos. Tuvo una duración de 1 hora y 33 minutos.

Este grupo se caracteriza por la *crítica* que han hecho los participantes a la situación que viven en su trabajo en cuanto a la coordinación se refiere. Gran parte del grupo se dedica a enumerar las debilidades de la actual situación, las cuales hacen que su trabajo sea más difícil.

La debilidad de la que más hablan es la que se refiere a la *comunicación*. Reconocen que gracias al correo electrónico se ha mejorado bastante. También dicen que el hecho de que algunos especialistas contesten a los médicos de primaria que les derivan pacientes, mejora significativamente la coordinación. Sin embargo, sus quejas son muchas: desde la ilegibilidad de ciertos documentos hasta la implantación de

nuevas tecnologías sin solucionar el problema de base: «que puedo hablar por tam-tam, que no me hace falta que me pongan un sistema de doscientos megas con...».

La comunicación que tienen los profesionales se basa, en muchos casos, en relaciones personales, por ejemplo las que surgen al hacer la residencia (MIR). Los miembros del grupo afirman que les cuesta menos esfuerzo comunicarse con alguien conocido, y que en caso de no conocer a la otra persona surge la sensación de estar molestando o de ser inoportuno.

Los *circuitos administrativos* constituyen otro problema. Tanto los médicos de AP como los de AE se quejan de que los de AP no pueden pedir ciertas pruebas, lo cual genera dificultades. Además los resultados de esas pruebas no siempre llegan a los profesionales de AP, con lo cual no hay «feed back». En muchas ocasiones el no poder acceder a la información de los otros hace que se duplique trabajo: pruebas, exploraciones físicas, etc.

En cuanto a la *HC electrónica*, ven muchas ventajas, pero también desventajas como el hecho de que pueda escribir en ella un profesional que no esté tratando al paciente, sin olvidar que hay profesionales que todavía hacen las historias en soporte papel. Reconocen que la HC de papel no garantiza tanto la seguridad y que el hecho de que el número de historia de AP no coincida con la de AE es un obstáculo para la coordinación.

Las *listas de espera* son otra de las trabas. No sólo generan consultas de urgencias que realmente no lo son, sino que además los gestores no prestan la atención necesaria a la lista de espera de segundas consultas. Algunos sugieren que estas listas son consecuencia del consumismo de esta sociedad: «nunca están satisfechos hasta que no consumen la prueba que quieren: quieren un escáner, y si no lo hacen, pues piden segunda cita hasta que le hacen el escáner».

El *acceso a los datos*, la *carga de trabajo* y el *factor humano* son otras de las trabas para la coordinación. En cuanto a la *gestión*, opinan que los gestores se centran demasiado en sacar adelante indicadores con buenos resultados y dejan de lado problemas que requieren solución. También se

quejan de no invertir correctamente el dinero en soluciones y de que a los gestores les falta voluntad política. Por otra parte, llegan a la conclusión de que si se ha organizado ese grupo de discusión es porque desde la gestión se preocupan por la coordinación. Cuando se les plantea la posibilidad de tener un sistema de *gestión única* afirman que solucionaría bastantes problemas, puesto con el actual sistema hay muchos desencuentros que crean malestar. El ejemplo al que más se remiten es a los problemas que genera el hecho de que no haya objetivos comunes en farmacia.

Tanto los médicos de primaria como los de especializada opinan que la situación actual de la coordinación es causa y consecuencia de la *saturación* que tienen en su puesto de trabajo, de las *derivaciones inadecuadas* y de la *duplicación de consultas*.

Opinan que existe cierta *fricción* entre AP y AE que no mejora la situación. Esta fricción hace que AP y AE estén enfrentadas por los siguientes motivos:

- Existencia de objetivos diferentes para AE y AP que generan desacuerdo entre ambos niveles (p. e. prescripción inducida).
- Los especialistas se quejan de tener muchas consultas sucesivas que quizá podrían solucionarse en primaria, pero por otra parte refieren que les cuesta «soltar» (devolver) a los pacientes a primaria (los secuestran). También se quejan de que todas esas consultas sucesivas les quitan tiempo para atender primeras consultas.
- Los primaristas, por otra parte, se quejan de que los especialistas les secuestran pacientes y además no reciben información sobre estos (no hay «feed back»).

Otro de los grandes problemas es que la AP se siente minusvalorada por la AE: «el especialista piensa que el médico de cabecera no se sabe los protocolos, le manda todo. Eh ¡nosotros también sentimos que el especialista no nos recibe o que se cree más listo!».

Además de los puntos débiles reseñados, en el grupo de discusión también se comentan los puntos fuertes, entre ellos la historia clínica electrónica.

Respecto a la *telemedicina*, unos creen que tendrá las mismas limitaciones que el uso del correo electrónico y por lo tanto no creen que solucione el problema. Otros, sin embargo, lo ven muy adecuado para mejorar el trabajo sobre todo en las zonas rurales y para ahorrar tiempo tanto a los profesionales como a los pacientes. No obstante, todos coinciden en que es difícil trabajar sin que esté presente el paciente.

Respecto a la figura del *especialista consultor* no se ponen de acuerdo. Algunos opinan que sólo serviría para ciertas especialidades y otros opinan que tener una figura así sería ideal. Lo que destaca es que cada uno de los participantes tiene un concepto diferente de lo que es o debería ser un especialista consultor.

Por último, no podemos olvidar otras *recomendaciones* que los participantes fueron sugiriendo a lo largo de la reunión. Insisten en que las mejoras que se hagan no pueden basarse únicamente en las tecnologías de la información y la comunicación. Opinan que hacer más reuniones con profesionales de diferentes ámbitos y realizar sesiones de formación continuada solucionaría parte del problema. Procurar más formación para los profesionales de atención primaria podría favorecer que no se derivasen tantos pacientes a Atención Especializada. Todos coinciden en la necesidad de facilitar el acceso de los médicos de primaria a más pruebas diagnósticas, también con la idea de disminuir las derivaciones, listas de espera, carga de trabajo, etc. Creen que si los gestores tuviesen experiencia asistencial o que si se facilitasen las relaciones personales la situación de la coordinación sería mejor. Una de las recomendaciones más concretas se refiere a la necesidad de realizar un estudio que esclarezca cuál es el gasto real de farmacia en primaria por prescripción inducida. Opinan que los resultados demostrarían que gran parte del gasto de farmacia en primaria se debe a la prescripción inducida, lo cual incide en la necesidad de consensuar objetivos comunes para AP y AE.

#### 4.2.3. Grupo discusión Médicos y Enfermeras de AP y AE

El grupo de discusión tuvo lugar el 7 de mayo de 2008, en la Organización Central de Osakidetza,

Vitoria. Fueron convocadas ocho personas, de las cuales acudieron siete. Entre los participantes había un médico de AP, dos médicos de AE, dos DUEs de AP y dos DUEs de AE. Estaban representados los tres territorios históricos. Tuvo una duración de 1 hora y 37 minutos.

Los miembros del grupo muestran una visión menos pesimista que los del grupo de médicos. Están de acuerdo en que existen varias *debilidades* en la situación de la coordinación, tales como la rotación del personal, que hace que sea más difícil comunicarse entre ellos; asimismo, manifiestan que el nivel de saturación, no deja tiempo a los profesionales para dedicarlo a mejorar la situación (esta saturación es más aguda en primaria debido a la falta de tiempo de los profesionales para realizar su trabajo. De aquí se deduce que la carga de trabajo no se corresponde con el tiempo que los profesionales tienen asignado para desempeñar su trabajo. Por otra parte, la existencia de objetivos diferentes para AP y AE, que además hace que surjan otro tipo de problemas entre los dos escenarios ya que no se atiende al paciente de forma integral, y como consecuencia se duplican tratamientos y pruebas diagnósticas. Proponen que haya una figura coordinadora que evite duplicidades.

Perciben como un problema muy importante el hecho de que existan objetivos de farmacia diferentes para AP y AE, no sólo porque esto es incongruente, sino porque de aquí se derivan varios problemas tales como la duplicación de tratamientos o enfrentamientos entre prescriptores.

Los participantes también se quejan de que su trabajo se dedica totalmente a la asistencia, y de que no tienen tiempo para otras actividades como reuniones, etc.

Comentan que el factor humano también es una variable importante en la situación de la coordinación, tanto para los profesionales como para los usuarios. Los profesionales están muy presionados por su carga de trabajo, y los usuarios cada vez demandan más, posiblemente debido al modelo consumista imperante en nuestra sociedad.

Respecto al *paciente*, comentan que la confianza que éste tiene en los profesionales depende del

tipo de profesional que les trata. Siendo así, hay usuarios que tienen más confianza en el médico de AP y otros que tienen más confianza en el de AE. También comentan la habilidad que tienen los usuarios para consumir los servicios que desean, ya sean pruebas diagnósticas, o ser atendidos por un especialista determinado.

Reconocen que no siempre hay *feed back* entre primaria y especializada, tanto entre médicos como entre enfermeras y esto hace que coordinarse sea más dificultoso. Es necesario conocer la información del paciente que está dentro del sistema; no tener acceso a la información clínica supone un obstáculo para el trabajo. Los DUEs presentes en el grupo exponen que los médicos tienen más facilidades para intercambiar información que ellos.

Comentan que lo ideal sería la *historia clínica compartida*, para que tanto AP como AE puedan comunicarse, y por lo tanto, trabajar mejor. Creen que de este modo se evitaría además duplicar pruebas diagnósticas o incluso duplicar tratamientos. Matizan que el acceso a la lectura y modificación de los datos contenidos en estas historias no puede ser absoluto, sino que deberá basarse en las necesidades del trabajo de los profesionales. También proponen la existencia de una *tarjeta sanitaria individual* que contenga información clínica sobre cada usuario. De este modo los profesionales podrían acceder a la información necesaria para asistir al usuario en caso de que éste no tuviese historia clínica en el centro.

Respeto a la *gestión*, opinan que los gestores hacen lo que pueden, pero que al no estar en contacto directo con la realidad de la asistencia prestan más atención a otros aspectos. Además manifiestan que los gestores, aunque reconocen que hay problemas, piden a los profesionales soluciones, cuando éstos no tienen poder para ello. En cuanto a la gerencia única, no la ven como una solución.

Ven con buenos ojos la introducción de la *telemedicina*, pero señalan que hay que dedicarle tiempo y que no es aplicable en todos los casos.

Destacan la importancia de la continuidad de cuidados de enfermería y todos los participan-

tes parecen convencidos de que el médico de atención primaria juega un papel muy importante dentro de todo el sistema. Además les preocupa la *saturación* y la *carga de trabajo* que hay en *primaria*, creen que si esto se solucionase las mejoras se extenderían también a la especializada, por ejemplo, evitando derivaciones innecesarias.

Es el único grupo en el que hablan del *especialista consultor* sin que lo nombre la moderadora. Creen que sería bueno. Además de facilitarles el trabajo se ayudaría a generar menos consultas sucesivas en especializada.

Proponen varias soluciones como educar a los pacientes para que no consuman recursos que no necesitan, tener más acceso a los datos y a pruebas diagnósticas para evitar duplicar consultas, establecer objetivos comunes para AP y AE, aumento de personal que haga que la carga de trabajo se reduzca y sobre todo no centrar todas las mejoras en la informática. Desde enfermería proponen que haya una persona que coordine toda la asistencia de un paciente.

#### 4.2.4. Grupo discusión MIXTO

El grupo de discusión tuvo lugar el 22 de abril de 2008, en la Organización Central de Osakidetza, Vitoria. Fueron convocados ocho personas, de las cuales acudieron siete. Entre los participantes había dos médicos, dos DUEs, un gestor, un TRACC y un responsable de consultas externas. Estaban representados los tres territorios históricos. Tuvo una duración de 1 hora y 35 minutos.

El tema sobre el que más se habló fue sobre qué se está haciendo mal. Además de identificar los *errores* propusieron soluciones. Entre las críticas realizadas destaca la percepción de que la empresa pública no es capaz de coordinarse tan bien como la privada, que se encuentran poco valorados, apoyados y motivados por la organización y que los profesionales tienen parte de responsabilidad en la falta de comunicación.

Precisamente la *comunicación* es el segundo tema al que más recurren. Hablan de la falta de comunicación entre los profesionales de primaria y especializada. Los pacientes dan por hecho que

la comunicación debería fluir entre todos ellos y los profesionales manifiestan que así debería ser. Proponen como solución a este problema que AP y AE tengan objetivos comunes, protocolos, sesiones clínicas y sobre todo la existencia de contacto entre los profesionales, aunque son conscientes de que es prácticamente imposible conocer a todos los profesionales implicados. Además del tema de la comunicación, también advierten de que debería haber *feed back* con la información clínica de los pacientes cuando esto sea necesario para una correcta atención al usuario.

Durante toda la sesión realizan *recomendaciones* para mejorar la situación de la coordinación. Proponen ideas como proporcionar más recursos, cambiar la forma de concebir ciertos procesos, dedicar más tiempo desde las direcciones a estos problemas, tener una historia clínica compartida, objetivos comunes para primaria y especializada (una vez más) o que se creen grupos de trabajo en las que trabajen personas de AP y AE.

*Critican* que AP y AE parezcan empresas diferenciadas por la falta de coordinación, incluso que ciertos centros parezcan ser organizaciones diferenciadas. Asimismo, refieren la falta de preocupación de Osakidetza por pequeños problemas que pueden tener grandes consecuencias (como la falta de comunicación) y la falta de facilidad que tiene el paciente para moverse con soltura en el sistema sanitario. También aluden a la falta de tiempo que tienen los directivos que implica que no se dediquen a solucionar este problema.

Respecto a los *directivos* no todos tienen la misma opinión. Algunos creen que hacen lo que pueden y otros opinan que esto no es cierto. Entienden que tienen una carga de trabajo muy extensa y que antes de solucionar la coordinación se deben centrar en problemas más concretos, como pueden ser las *listas de espera* y la *demora*.

Pero no todo son críticas, también reconocen *buenas prácticas*. Uno de los mayores avances que reconocen es la continuidad de cuidados de enfermería, los avances tecnológicos, además de sesiones entre profesionales de AE y AP, protocolos de actuación para acciones que

comparten AE y AP, mayor acceso a información clínica gracias a programas como el Clinic o el Global Clinic (que se estaba pilotando en el momento de desarrollo de este trabajo), tarjetas individuales para cada paciente con su información clínica, estudios piloto sobre coordinación e iniciativas como las que se llevan a cabo entre Centros de Salud y Servicios hospitalarios.

Reconocen la *historia clínica compartida/única* como otro avance para la mejora de la coordinación y los que todavía no pueden acceder a la información contenida en ella reclaman poder hacerlo. También saben que el acceso a este tipo de información está regulado por la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (15/1999).

En cuanto a la *gestión*, vuelven a decir que es necesario que los gestores concilien los objetivos de AP y AE para que estos coincidan, opinan que los gestores deberían motivarles más y valorar más su trabajo. Admiten que los gestores no tienen el mismo punto de vista que ellos por su falta de trato con el paciente y creen que un sistema de gerencia única conseguiría que la AE tuviese más peso que la AP.

Una de las causas, y a la vez consecuencia, de la actual situación de la coordinación es la *carga de trabajo y los circuitos administrativos* que tienen los profesionales. Afirman que si su carga de trabajo fuese menor podrían dedicar más tiempo a coordinarse correctamente. La actual situación también hace que los *pacientes* estén dando vueltas por el sistema debido a la falta de coordinación. Esto implica una importante fragmentación del proceso asistencial.

Si en algo coinciden todos los participantes del grupo es en la importancia del *factor humano*. Lo bien o mal que se coordinan primaria y especializada depende en gran medida de la actitud de los profesionales (motivación, las ganas, etc), de las personas que trabajan en la organización. Es importante que las condiciones sean óptimas para poder aprovechar al máximo las oportunidades de mejora.

Entre las consecuencias de la falta de coordinación podemos encontrar derivaciones inadecuadas a especializada. Creen que si desde AP tuviesen más contacto con AE estas *derivaciones*



*innecesarias* se podrían evitar. También creen que si la coordinación se mejorase las *listas de espera* se reducirían.

Respecto a la *confianza que tiene el paciente* en los profesionales, éstos opinan que los usuarios creen que los profesionales de AE tienen mayores conocimientos que los de AP, y prueba de ello es que en varias ocasiones son los propios pacientes los que solicitan acudir a AE, cuando en realidad esa derivación no tendría por qué ser necesaria. Aquí influye la *picaresca de los pacientes*, que buscan circuitos alternativos para conseguir que les vea el profesional que ellos desean. El *consumismo* que domina la sociedad actual afecta a este comportamiento de los pacientes. Los participantes creen que los usuarios cada vez demandan más.

Al compararse con *otras comunidades autónomas* llegan a la conclusión de que están bastante retrasados tecnológicamente. Creen que si tuvieran las mismas herramientas que otros se coordinarían mejor, y el acceso a la documentación clínica para su trabajo evitaría derivaciones y pruebas innecesarias.

Por último hay que destacar que los participantes reconocen la dificultad que supone coordinar Atención Primaria con Atención Especializada y consideran que AP se siente minusvalorada.

### 4.3. Resultados de la ETAPA III

Los resultados de la matriz de priorización, que incluye la clasificación de las acciones con sus puntuaciones, se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 1. Resultados de la matriz de priorización: clasificación de las acciones

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Rango
1 Promover la HC única/compartida electrónica	7,588	1,153	5,30	9,40	4,10
2 Mejorar el informe de continuidad de cuidados	7,306	1,134	5,55	10,00	4,45
3 Objetivos consensuados entre Atención Primaria y Atención Especializada	7,062	1,439	3,20	9,35	6,15
4 Desarrollar protocolos de derivación	7,000	0,911	5,10	9,40	4,30
5 Promover la utilización de la telemedicina	6,967	1,178	5,05	9,00	3,95
6 Elaborar sesiones formativas conjuntas	6,847	0,832	5,50	8,50	3,00
7 Mejorar el volante de derivación	6,824	1,301	4,60	9,25	4,65
8 Realizar sesiones clínicas conjuntas	6,812	0,801	5,75	8,30	2,55
9 Facilitar la formación continuada	6,529	1,027	4,80	8,95	4,15
10 Implantar guías de práctica clínica	6,394	1,639	2,55	8,20	5,65
11 Mejorar circuitos administrativos (p. e. disminuir carga administrativa a los profesionales asistenciales)	6,365	1,224	4,00	8,85	4,85
12 Aumentar acceso a pruebas diagnósticas desde AP	6,371	1,198	4,45	9,25	4,80
13 Fomentar la implicación de profesionales (p. e. participar en grupos de mejora)	6,256	1,300	3,50	7,90	4,40
14 Desarrollar la figura del especialista consultor	6,250	1,194	3,60	7,90	4,30
15 Objetivos coherentes entre gestores y asistenciales	6,165	1,346	3,60	8,65	5,05
16 Adecuar los tiempos de trabajo a las diferentes tareas (asistenciales, organizativas, formación...)	5,971	1,231	4,00	8,50	4,50
17 Poner en marcha acciones para aumentar el prestigio y credibilidad de la AP	5,900	1,212	3,70	8,45	4,75
18 Propiciar otros foros científicos conjuntos	5,829	1,081	3,40	7,80	4,40
19 Crear pactos de consumo (p. e. derivaciones, pruebas complementarias, ...)	5,235	1,618	2,25	7,85	5,60
20 Potenciar el desarrollo de incentivos	5,191	1,631	1,65	7,95	6,30
21 Reeducar al paciente para equilibrar (reducir) la demanda	4,916	1,459	2,00	7,75	5,75
22 Promover una gerencia única	4,877	1,367	2,00	7,20	5,20

Una vez diseñada la matriz de priorización y habiendo sido rellenada por todos los miembros del equipo investigador, comprobamos que las opiniones del equipo investigador no siempre coincidían con las opiniones de los profesionales recogidas en el trabajo de campo. Estas diferencias son atribuibles a que la perspectiva que tienen unos y otros no es la misma, posiblemente porque unos y otros tienen perfiles diferentes y puntos de vista también distintos. La existencia de estas diferencias en las ideas, creencias, concepciones, valores, hábitos y actitudes pueden ser parte de la causa de la situación actual, en cuanto a coordinación se refiere, dentro de la Organización.

Hay que señalar que entre las ocho acciones que obtuvieron mejor puntuación, siete corresponden al bloque Comunicación/Coordinación, lo cual indica que entre las prioridades del equipo investigador se encuentra actuar sobre estos dos aspectos. De esta forma se hace evidente que existen dificultades dentro de la Organización en el ámbito de la comunicación, lo cual quedó patente con el análisis del trabajo de campo. Esta dificultad en la comunicación puede asociarse al comentado factor humano. No se trata sólo de que la organización dé facilidades para que sus empleados se comuniquen, sino que éstos también deben tener voluntad y actitud para hacerlo.

Estas siete acciones del bloque Comunicación están relacionadas con herramientas que favorecen la transmisión de la información, con potenciar espacios y tiempos comunes entre los profesionales de Atención Primaria y los de Atención Especializada, como pueden ser: «Elaborar sesiones formativas conjuntas», «Realizar sesiones clínicas conjuntas» o «Facilitar la formación continuada». Es importante no perder de vista que entre las soluciones más valoradas estén las relacionadas con este aspecto.

En cuanto a los resultados derivados de la matriz de priorización, estamos en disposición de asegurar que la línea de trabajo mejor puntuada es «Promover la historia clínica única electrónica/historia clínica compartida». En este caso coinciden, en mayor o menor medida, las opiniones del equipo investigador con las de las personas que

participaron en las entrevistas y en los grupos de discusión. En el grupo de clínicos se comentó que una acción así mejoraría la comunicación entre profesionales y el trabajo realizado, sin olvidar que el acceso a la lectura y modificación de los datos no puede ser absoluto. En el grupo mixto se dijo que una historia clínica compartida es necesaria y supone un avance para la mejora de la coordinación. El grupo de médicos también veía ventajas (entre ellas resolver el problema de la ilegibilidad), aunque también desventajas, en cuanto al acceso. Los entrevistados también estaban de acuerdo en apoyar esta acción. Alguno de ellos matizó que es una solución que tiene que estar acompañada de otras acciones para que surta efecto, puesto que el hecho de contar con una historia clínica electrónica única, por sí sola, sería insuficiente.

La segunda acción mejor puntuada es «Mejorar el informe de continuidad de cuidados». Incluso uno de los miembros del equipo investigador puntuó esta acción con la máxima puntuación posible. Hay que destacar que dos miembros del equipo investigador evaluaron esta acción concibiendo el informe de continuidad de cuidados como un documento de comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada y no sólo entendido desde el punto de vista de la enfermería. Una de las entrevistadas, enfermera, subraya que se debe mejorar este informe, no el documento, sino el protocolo de envío del mismo. Asegura que «Se ha convertido más en una herramienta de gestión, que una herramienta clínica». En el grupo de clínicos se comenta que supondría una mejora importante y que los médicos lo tienen más fácil gracias al volante de derivación. En el grupo mixto también se comenta que es algo importante. Entre los miembros del equipo investigador también están de acuerdo en que el informe de continuidad de cuidados es uno de los elementos que debe mejorar, como un instrumento más que hará que la comunicación entre profesionales sea más fluida.

La tercera acción mejor puntuada es «Objetivos consensuados entre Atención Primaria y Atención Especializada», sin embargo la acción «Objetivos coherentes entre gestores y asistenciales» está en el puesto 15º, lo cual demuestra que para

el equipo investigador es importante no sólo que los objetivos sean comunes, sino que éstos estén negociados y consensuados entre Atención Primaria y Atención Especializada. Ambas acciones son comentadas ampliamente por los miembros del equipo investigador. En primer lugar hay que señalar que en esta reunión se comenta que, aunque sobre el papel existen los mismos compromisos en Atención Primaria y en Atención Especializada en cuanto a objetivos de farmacia, la realidad en la práctica es distinta. El hecho de que estuvieran consensuados implicaría que tanto los profesionales de un ámbito como los del otro los aceptasen no sólo como válidos, sino también como propios, con lo cual mejorarían los resultados. Hay que señalar que en los grupos de discusión también se habló de forma extensa sobre este tema. De hecho, en el grupo de los clínicos se comentó que no hay objetivos de farmacia comunes, lo cual genera problemas. La posición de ambas acciones se puede tomar como un indicio de lo que está ocurriendo en la organización: es importante que tanto primaria como especializada remen en la misma dirección, pero es más importante que ambas estén de acuerdo sobre en qué dirección deben remar, ya que ese consenso aportará no sólo mayor confianza en el otro, sino que además permitiría mayores ventajas para la organización.

Por otra parte, los comentarios de los grupos de discusión muestran el desconocimiento que existe en la organización respecto al tema de los objetivos. No existiendo objetivos comunes que sean de relevancia, y aunque existe alguno (ya comentado antes) no tienen el mismo peso en AP y AE, y además no se abordan conjuntamente.

La cuarta acción mejor puntuada es «Desarrollar protocolos de derivación», una vez más se trata de una acción relacionada con la comunicación. Esta acción, al igual que otras presentadas en la matriz de priorización, ayudará, según los miembros del equipo investigador, a sistematizar actividades para conseguir que los circuitos sean repetibles y fáciles de seguir, en detrimento de lo heroico.

La quinta acción mejor puntuada es «Promover la utilización de la telemedicina», entendida como transmisión de imágenes o datos. Se trata, en realidad, de una herramienta más y no

debe magnificarse su papel en el contexto de la coordinación. Podría ser una solución para las deficiencias en la transmisión de información entre AP y AE señaladas por los participantes de los tres grupos de discusión, las cuales tienen consecuencias negativas en los pacientes, los profesionales y la empresa. En cuanto a la opinión de los participantes en el trabajo de campo, no todos están de acuerdo. Tres de los cinco entrevistados opinan que la telemedicina mejoraría la situación de la coordinación, los dos restantes no opinan así. En los grupos de discusión también hay disparidad de opiniones: unos consideran que ayudará y otros no lo creen así; comentan que la telemedicina no es aplicable a todas las situaciones y unos dicen que tiene las mismas limitaciones que el correo electrónico y otros que puede ser muy beneficioso sobre todo en zonas rurales y para ahorrar tiempo tanto a profesionales como a pacientes. No es de extrañar esta disparidad de opiniones en cuanto al uso de la telemedicina, debido probablemente a los diferentes perfiles profesionales existentes. Esta disparidad de opiniones aporta riqueza, ya que recoge diferentes opiniones y puntos de vista existentes de una misma realidad.

La sexta, séptima y octava acciones mejor puntuadas pertenecen al bloque Comunicación/Coordinación. Se trata de «Elaborar sesiones formativas conjuntas», «Mejorar el volante de derivación» y «Realizar sesiones clínicas conjuntas». El equipo investigador insiste con estas puntuaciones en la necesidad de crear espacios y tener tiempos comunes en los que los profesionales puedan relacionarse, para facilitar y avanzar en la mejora de la coordinación.

De entre las acciones relacionadas con la motivación, la acción «Facilitar la formación continuada» es la que mayor puntuación obtiene. Aún así en la clasificación obtiene el noveno puesto. Varios participantes del grupo de médicos comentan no sólo que la coordinación mejoraría si se realizaran sesiones de formación continuada, sino que podría favorecer que se derivasen menos pacientes a AE.

La 10ª, 11ª y 12ª acciones mejor puntuadas están relacionadas con la Efectividad y la Capacidad de resolución. Se trata de «Implantar guías de prác-

tica clínica», «Mejorar circuitos administrativos» y «Aumentar el acceso a pruebas diagnósticas». En este caso la opinión de los miembros del equipo investigador coincide con la de las personas que participaron en el trabajo de campo.

Respecto a las acciones peor valoradas por el equipo investigador, tres de las cinco peor puntuadas pertenecen al bloque Efectividad/Capacidad de resolución.

De entre las acciones peor valoradas, en primer lugar se encuentra «Promover una gerencia única». En esta acción llaman la atención las diferentes puntuaciones otorgadas por el equipo investigador. En este caso las diferencias pueden ser atribuibles a la experiencia de cada uno de los participantes, puesto que no hay respuestas diferentes al segmentar el equipo entre gestores y clínicos. En la última reunión celebrada con los miembros del equipo investigador no se llegó a ningún consenso respecto a esta acción, ya que algunos miembros opinan que supondría una notable mejora para el estado de la coordinación y otros consideran que, no sólo no supondría una mejora, sino que ciertos segmentos de la organización se verían perjudicados. Entre las personas entrevistadas también hay división de opiniones: una de ellas no contesta y otra no sabe si el hecho de promover una gerencia única tendría algún efecto en el estado de la coordinación. Los otros entrevistados tampoco se ponen de acuerdo: unos afirman que no tendría por qué influir y otros creen que mejoraría la situación, pero que sería difícil de aplicar. Del mismo modo que en las entrevistas, los grupos de discusión no llegan a una conclusión consensuada; en el grupo de los médicos se decantan por pensar que esta acción solucionaría bastantes problemas. En el grupo de clínicos, sin embargo, no ven que sea una solución y en el grupo mixto se comenta que promoviendo una gerencia única la Atención Especializada tendría más peso que Atención Primaria. Esta posible consecuencia también se ilustró en la reunión celebrada con el equipo investigador.

La segunda acción peor puntuada es «Reeducar al paciente para equilibrar (reducir) la demanda». La baja puntuación obtenida contrasta con lo observado en los grupos de discusión y las en-

trevistas, donde se hace evidente el poder que el paciente puede ejercer sobre el profesional. Una vez más esta diferencia de opiniones es atribuible a la diferencia de perfiles existentes dentro del presente estudio. En las entrevistas se comenta la necesidad social que hay de consumir recursos y la presión que pueden ejercer sobre el sistema, tanto el usuario como su familia. En los tres grupos de discusión los participantes comentan, por un lado, que parte de la presión asistencial es consecuencia del consumismo imperante en la sociedad, y por otro, la «habilidad» de los usuarios para consumir aquellos recursos que desean. De hecho en el grupo de clínicos se propone «educar» al paciente para que no consuma aquellos recursos que no necesita. Los miembros del equipo investigador sí perciben la presión que los usuarios pueden ejercer como un problema, pero, analizando las puntuaciones dadas a cada una de las cuatro características (efectividad, factibilidad e impacto sobre los profesionales y sobre los pacientes) se puede observar que no valoran esta acción como factible y es por ello por lo que obtiene baja puntuación en la matriz de priorización.

La tercera acción peor puntuada es «Potenciar el desarrollo de incentivos». Esta acción es la que obtiene mayor diferencia entre la mejor y la peor puntuación obtenida: 6-3, lo cual indica que existe dispersión de opiniones respecto a la misma. Analizando las puntuaciones de modo desagregado se observa que esta acción obtiene baja puntuación debido al escaso impacto que se espera que tenga sobre los pacientes. Contrasta, una vez más, esta puntuación con parte de lo recogido en el trabajo de campo, puesto que en los grupos de discusión se comenta que la coordinación depende en gran medida de la motivación del personal, y uno de los problemas es que los profesionales se encuentran poco valorados, apoyados y motivados por la organización, y reclaman que los gestores deberían promover instrumentos de motivación. Parte de estas diferencias pueden ser explicadas porque no todos han entendido lo mismo por incentivo. De hecho, parte del equipo investigador puntuó esta acción concibiendo los incentivos como algo puramente económico, y el resto del grupo no lo hizo así. En la última reunión el equipo in-

investigador consensuó que de poner en marcha esta acción debería recomendarse potenciar los incentivos no económicos.

La cuarta acción peor puntuada es «Crear pactos de consumo (p. e. derivaciones, pruebas complementarias,...)». En esta ocasión, la característica peor puntuada, una vez más, fue el impacto sobre los pacientes. Aunque en los grupos de discusión no se comentó el tema, sí que se hizo en las entrevistas, en las cuales dos personas comentaron que no sabían si estos pactos funcionarían. Las otras tres personas creían que estos pactos sí funcionarían, pero aseguraron que sería muy difícil establecer los criterios a utilizar para ello. El equipo investigador expone que la razón de que esta acción puntúe bajo es que existen otras mejores.

La quinta acción peor puntuada es «Propiciar otros foros científicos conjuntos». El equipo investigador cree que esta acción ha obtenido una puntuación baja debido a que en la matriz hay otras acciones que propician foros científicos (sesiones formativas conjuntas, fomentar la implicación de los profesionales, sesiones clínicas conjuntas, etc.). Los entrevistados estaban de acuerdo con que este tipo de foros ayudarían a mejorar la situación de la coordinación. En el grupo de discusión de los médicos también coincidían en señalar que esta acción podría solucionar parte del problema. Los efectos que se prevé que tenga esta acción estarían, sobre todo, encaminados a reducir el efecto negativo que puede ejercer el factor humano. En realidad se trataría de promover espacios en los que los profesionales coincidiesen y se establecieran lazos para ir más allá de la propia comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada, y se construyese un espacio en el que los profesionales tuviesen la ocasión de conocer qué es lo que hacen otros profesionales.

Como se comentó con anterioridad, se analizaron los resultados de la matriz de priorización segmentando el equipo investigador en dos grupos diferenciados: clínicos y gestores. Se con-

sideró clínico a aquellas personas cuyo trabajo consiste en asistir usuarios de la red, y gestor a aquellas personas cuyo trabajo consiste en gestionar recursos para que los clínicos puedan asistir a usuarios. El segmento de clínicos estaba compuesto por ocho individuos y el de gestores por nueve. Se realizó una prueba de  $\chi^2$  para determinar si existen diferencias significativas entre los dos segmentos. El resultado del estadístico  $\chi^2$  con una significatividad  $\alpha=0,059$  indica que se puede rechazar la hipótesis nula de independencia, por lo que no se observan diferencias significativas en las puntuaciones de clínicos y gestores. Hay que tener en cuenta que el número de observaciones es pequeño (17 observaciones), por lo que se decide centrar el tema en las medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Por lo tanto, realizando un análisis descriptivo, sí se encuentran algunas diferencias entre las puntuaciones de clínicos y gestores al comparar las puntuaciones medias de un segmento con las del otro. Las mayores diferencias se encuentran en las acciones «Mejorar el volante de derivación», «Mejorar circuitos administrativos» y «Objetivos consensuados entre Atención Primaria y Atención Especializada», en los tres casos dan mayores puntuaciones los clínicos (1-40, 1-25 y 1-21 puntos más, respectivamente). Las mínimas diferencias se dan en las acciones «Desarrollar protocolos de derivación», «Potenciar el desarrollo de incentivos e Implantar guías de práctica clínica». En este caso los gestores puntúan mejor la primera y tercera acción, mientras que la segunda es mejor puntuada por los clínicos.

Respecto a las acciones en las que existen mayores diferencias entre clínicos y gestores, en «Objetivos consensuados entre AP y AE» las diferencias se dan sobre todo en la efectividad y en el impacto sobre los pacientes, al igual que en la acción «Mejorar circuitos administrativos». En cuanto a la acción «Mejorar el volante de derivación» las diferencias se encuentran en la efectividad y en el impacto sobre los profesionales.



## 5. DISCUSIÓN

---





En primer lugar, un aspecto que llama la atención es que aparentemente, este trabajo no ha identificado demasiados elementos previamente desconocidos a nuestra comprensión del fenómeno de la coordinación AP-AE. Revisando la literatura, se aprecia que, efectivamente muchos de estos elementos ya han sido identificados previamente, pero el valor añadido que ofrece este trabajo, está en la constatación mediante metodología contrastada, de la existencia e importancia de esos elementos ya conocidos, o al menos intuitos previamente, y del papel que pueden jugar en la coordinación.

Además, el trabajo tiene la voluntad de intentar indagar en los valores, las creencias, las actitudes de los profesionales, que subyacen o están detrás de estos elementos, condicionando de forma importante la práctica clínica y el desarrollo de la coordinación. Sin embargo, llama la atención, en una metodología cualitativa, que trata de ahondar en las raíces del problema a través del análisis de estos valores, actitudes, creencias, comportamientos, etc., la ausencia, omisión o escasa presencia de los mismos. Por ejemplo, en algunos de los grupos de discusión, no aparecen estos aspectos como posible fuente de la problemática de la coordinación, atribuyéndose la misma, únicamente, a factores externos profusamente descritos. En este sentido, existen escasas referencias en los grupos de discusión, sobre algunas de las creencias que constituyen parte del «fuego cruzado» entre los profesionales de ambos niveles, como la tan traída y llevada creencia de la tendencia a «secuestrar» pacientes por parte de la especializada, o la escasa «resolutividad» de la primaria.

Es conocido que ambos asertos constituyen aspectos presentes en el debate entre ambos colectivos, pudiendo contribuir de manera importante a su incomunicación. Una de las posibles explicaciones a esta falta de referencias puede estar en el guión utilizado tanto en las entrevistas como en los grupos de discusión, desarrollado a partir de la información recogida en la revisión de la literatura y la revisión documental y la participación del equipo de investigación y en el que no se recogen de forma explícita cuestiones relativas a las mismas.

También hay que considerar la posibilidad de que estas creencias, actitudes y comportamientos que habitualmente están presentes en los discursos desarrollados en relación con la coordinación entre Atención Primaria y Especializada, no sean considerados por los profesionales como aspectos subyacentes que influyan en la relación y comunicación que se establece entre ellos y den más importancia a factores externos a los propios profesionales.

En segundo lugar, uno de los aspectos nucleares de la problemática de la coordinación AP-AE, radica en las deficiencias en la transmisión de la información entre ambos colectivos, y yendo un poco más lejos, en una deficiente comunicación entre los mismos, que tiene consecuencias negativas para los pacientes, los profesionales y la organización en su conjunto. De esta manera, las consecuencias son problemas de continuidad de la atención percibidos por el paciente, insatisfacción en el profesional, debido a la información fragmentada que se tiene del paciente e ineficiencia en la utilización de los recursos, si consideramos la organización en su conjunto. Este último aspecto se manifiesta en duplicación de consultas y pruebas complementarias y en derivaciones inadecuadas.

Pero si profundizamos en las raíces del problema, a través de las opiniones vertidas en los grupos de discusión, inexorablemente nos conducen a la ausencia de foros suficientes y adecuados, que propicien «espacios y tiempos comunes» de comunicación entre los profesionales y permitan la mejora de aspectos inherentes a la coordinación. En virtud de ello, parece obvia la importancia de agrupar algunas de las líneas de trabajo priorizadas a través del equipo de investigación, para tratar de paliar este déficit. Entre ellas estarían por ejemplo, las sesiones formativas y clínicas conjuntas, que ocupan un lugar preeminente en el orden de prioridades. También en esta línea, cabrían aspectos que, si bien requieren un trabajo a varios niveles, pueden ser trabajados en estos foros, como es el tema relativo al consenso de objetivos entre profesionales o la elaboración de protocolos o acuerdos de coordinación. Asimismo, tendrían cabida otros ámbitos de trabajo como mejorar

el volante de derivación o el informe de continuidad de cuidados, o el desarrollo e implantación de Guías de Práctica Clínica.

En otro orden de cosas, la pretendida dicotomía «herramientas-actitudes» es también un elemento sobre el que se ha generado cierta tensión, en el sentido de que se entabla un debate relacionado con cuál es el elemento más importante a la hora de centrar o explicar el problema de la coordinación. Hay consenso en cuanto a que ambos aspectos son importantes, pero para algunos miembros del equipo de investigación, el problema radica sobre todo en las actitudes de los profesionales, considerando que hay herramientas suficientes y adecuadas y que en cualquier caso, éstas constituirían un problema secundario. Para otros, al contrario, el verdadero problema radica precisamente en la falta o insuficiente desarrollo de las herramientas mientras que las actitudes adecuadas estarían presentes en la inmensa mayoría de los profesionales.

Una visión algo más abierta y plural nos permite quizás alejarnos de una postura dicotómica (actitud vs. herramientas) y acercarnos a una postura más integradora de ambas. Seguramente se trata de una pescadilla que se muerde la cola, en la que unas herramientas desarrolladas desde prismas quizás no del todo dialogados, fomentan actitudes laxas en relación al ejercicio de coordinación.

Estas actitudes, a su vez, generan una relativamente pobre utilización de esas herramientas que, de nuevo, las aleja del objetivo con el que fueron creadas. Visto de esta manera, las posibilidades de acción no se limitan a uno de los dos ámbitos (actitudes o herramientas) sino que deben aprovechar las oportunidades de mejora que ofrecen ambos.

Otro criterio importante que aflora en los hallazgos de los grupos de discusión es el relativo a la necesidad de sistematizar actividades y el uso de herramientas adecuadas en el ámbito de la coordinación, es decir, en la línea de lo que se ha manifestado, hacer los circuitos repetibles, las cosas fáciles en detrimento de la improvisación y el perpetuo recurso a lo intuitivo. De esta manera, los comportamientos de los profesio-

nales tendentes a crear una buena y efectiva coordinación entre ambos niveles, no deberían llevar el calificativo de excepcionales e incluso «heroicos» por la escasa disponibilidad de las herramientas necesarias; lo deseable sería que estos profesionales no se tengan que «buscar la vida» a la hora de mejorar la coordinación sino que la misma fuera sencilla desde la disponibilidad y accesibilidad adecuada a las referidas herramientas.

Asimismo, es necesario insistir en la importancia del conocimiento mutuo entre profesionales de AP y de AE como elemento clave para el desarrollo de esas actitudes y esas herramientas de las que tanto se ha hablado. El trabajo consensuado y dialogado sólo puede desarrollarse cuando se es capaz de entender la realidad del otro y, esto pasa por conocer el qué, cómo, por qué y para qué trabaja el «otro» en relación a lo que nos ocupa y preocupa a todos, es decir, el proceso de salud/enfermedad de nuestra población. En este sentido, la formación y los esfuerzos por el conocimiento del otro constituyen uno de esos grandes ámbitos de trabajo necesarios para el desarrollo de estrategias más eficaces en coordinación.

En el origen de esa falta de conocimiento mutuo de estos dos mundos, que viven de espaldas, se encuentran diferentes aspectos ya mencionados como la ausencia o limitación de espacios comunes o foros de trabajo compartidos y también la ausencia de las herramientas adecuadas, el tiempo necesario o la facilidad para comunicarse.

Podríamos sintetizar diciendo que «conocerse y conocer» constituyen dos pilares básicos para la mejora de la coordinación.

Un aspecto que ha llamado poderosamente la atención al establecer las prioridades en las líneas de trabajo a desarrollar, es la naturaleza de aquellos elementos que han quedado clasificados en los últimos lugares. Lejos de tratarse de elementos que podrían ser considerados irrelevantes o secundarios, constituyen elementos de la coordinación que en numerosas ocasiones han recibido la consideración de imprescindibles o «elementos estrella». Los más reseñables son «promover una gerencia única», «reeducar

al paciente para equilibrar (reducir) la demanda» y «potenciar el desarrollo de incentivos».

El primero de ellos ha hecho correr ríos de tinta y en la literatura podemos encontrar ejemplos de experiencias con resultados excelentes junto a otros con resultados irrelevantes. Parece obvio que aspectos clave de la coordinación, como el establecimiento de objetivos consensuados entre ambos niveles, o el desarrollo de foros de comunicación y desarrollo de herramientas conjuntas, podría beneficiarse de forma importante, pero lo cierto es que el equipo investigador no le ha otorgado el valor que a priori se le suponía.

Comentarios similares suscitan el tema de los incentivos, tratado también en la literatura sobre coordinación como elemento potencialmente movilizador de voluntades y actitudes, pero que en este caso, a tenor de lo observado en la matriz, ocupa un papel menor en las líneas de trabajo priorizadas.

Por último, un elemento novedoso, mencionado en los grupos de discusión, cual es la posibilidad de actuar sobre los pacientes, intentando reducir sus «hábitos consumistas», mediante la reeducación sanitaria, también ha corrido la suerte de ser relegado a los últimos lugares, al entender el equipo investigador que su capacidad de influencia sobre la mejora de la coordinación es escasa.

No podemos obviar un ámbito de gran importancia en este trabajo, como es el de la metodología utilizada para llevarlo a cabo.

En este sentido, el primero de los aspectos a considerar es la asimetría conceptual entre los diversos elementos de la matriz que aunque constituye una debilidad metodológica, también puede considerarse como una aportación interesante a los resultados. Esa distancia entre elementos respondería quizás al hecho de que la coordinación, como cualquier otro fenómeno relacionado con la acción humana, es fruto de la intersección de elementos de muy distinto nivel (técnicos, personales, sociales, culturales, políticos...). Este es, por tanto, un hallazgo importante en la medida en que habla de dar cabida a esa pluralidad de elementos en la visión

del fenómeno y que, por tanto, los resultados pueden arrojar luz sobre aspectos quizás obvios pero también obviados en el mismo.

Aspecto importante también a tener en cuenta, en este ámbito metodológico es el referido al propio concepto de coordinación. Este es un elemento fundamental de este trabajo, que al no haber sido definido, o al menos al no haber realizado una puesta en común sobre su significado, ni entre el propio equipo investigador, ni entre los grupos de discusión, condiciona los resultados, al introducir un sesgo procedente de las diferentes interpretaciones personales de los participantes en ambos foros.

Tampoco queremos omitir la dificultad, y probable inadecuación de los pesos atribuidos a los diferentes criterios de la matriz, que lógicamente añade complejidad y probables sesgos al orden en que se han priorizado las líneas de trabajo.

Por último, otro aspecto a considerar en este capítulo, concierne a las dificultades en la composición y distribución de los componentes de los grupos de discusión, que puede sesgar los resultados, bien al inducir omisiones o generar debates estériles, falsos o poco productivos. En este sentido, y de cara a posteriores trabajos, es exigible una cuidadosa reflexión de cara a la confección de los perfiles de los profesionales a incluir en cada grupo de discusión.

Finalmente, un aspecto que no ha pasado desapercibido en los contenidos del trabajo, es el relativo a la escasa «presencia» o aparición del paciente en los grupos de discusión. Si bien el trabajo trata de la coordinación desde el punto de vista de los profesionales, el equipo investigador no ha sabido interpretar adecuadamente esta omisión que puede ser atribuible a diferentes motivos. Entre ellos, el considerar que es una obviedad, que el paciente siempre está ahí, y que no es preciso mencionarlo dando por hecho que es el motor de todas las preocupaciones de los profesionales por mejorar su proceso de atención, y en el sentido contrario, el de la despersonalización de la asistencia, en la que el paciente ha perdido su condición de protagonista fundamental del proceso.



## 6. CONCLUSIONES

---



1. Las áreas de mejora más relevantes detectadas, corresponden al ámbito de la *comunicación*: promover espacios y foros comunes donde poder comunicarse así como herramientas que lo propicien.
2. Los profesionales manifiestan que con la *historia clínica compartida electrónica* se alcanzará una mejora importante en el ámbito de la coordinación.
3. La percepción de los *clínicos* y de los *gestores* no es tan diferente como cabría esperar. Aunque se detectan algunas diferencias poco significativas entre sus opiniones, presentan actitudes parecidas respecto a grandes temas de la coordinación, como pueden ser las mejoras que implicaría la implantación de guías de práctica clínica, potenciar el desarrollo de incentivos o desarrollar protocolos de derivación.
4. Relevancia del *factor humano* en la situación de la coordinación. A pesar de todos los esfuerzos que se hacen para desarrollar herramientas que faciliten la comunicación, como protocolos, guías, formación, circuitos administrativos y establecer tiempos y espacios dedicados a ello, es fundamental que exista una actitud positiva de las personas para favorecer esa comunicación.
5. El *conocimiento mutuo* entre profesionales podría suponer una importante mejora para la coordinación como elemento clave para el desarrollo de las actitudes y herramientas comentadas con anterioridad. Este conocimiento no debe limitarse a conocer a otros profesionales, sino a conocer qué trabajo desempeñan y cuál es su realidad, ya que en la medida en que mejor se conozcan, mayor será la probabilidad de que se coordinen adecuadamente.
6. No se ha conseguido profundizar en los *valores, actitudes, creencias*, etc. respecto a la coordinación, de las personas entrevistadas y que participaron en los grupos de discusión, como hubiese sido de esperar en un estudio de tipo cualitativo. Ello puede ser debido a deficiencias metodológicas o al hecho de que los entrevistados no lo hayan manifestado en sus discursos.
7. Se observa una falta de referencia a los pacientes en gran parte de los discursos de los grupos de discusión y de las entrevistas.





## 7. RECOMENDACIONES

---



En virtud de los resultados obtenidos a través de los tres instrumentos metodológicos utilizados en este proyecto, es decir, la revisión bibliográfica, el análisis cualitativo y la matriz de priorización, se pueden plantear unas recomendaciones, estableciendo unas prioridades en las líneas de trabajo detectadas. Se exponen a continuación:

- *Desarrollo de la historia clínica compartida electrónica.* Se considera un instrumento fundamental para garantizar el acceso a la información clínica actualizada del paciente desde todos los ámbitos de atención y favorecer la comunicación entre ellos, así como evitar la duplicación de consultas y pruebas.
- *Desarrollo de foros conjuntos AP-AE* (tiempos y espacios comunes) que propicien el conocimiento mutuo de los profesionales, la comunicación y el trasvase de información entre los dos colectivos. Asimismo facilitar el trabajo colaborativo en el desarrollo y puesta en marcha de herramientas conjuntas como:
  - Objetivos consensuados entre AP y AE.
  - Sesiones clínicas conjuntas.
  - Sesiones formativas conjuntas.
  - Mejorar el volante de derivación.
  - Mejorar la metodología de continuidad de cuidados de enfermería.
  - Implantar recomendaciones derivadas de las Guías de Práctica Clínica.
  - Desarrollar protocolos de derivación.
- *Promover la utilización de la telemedicina* como tecnología de la transmisión de imágenes e información con objeto de mejorar la eficiencia en la asistencia a algunos procesos y especialidades priorizadas.
- *Mejorar los circuitos administrativos* incidiendo especialmente en la disminución de la carga administrativa de los profesionales asistenciales.
- *Aumentar el acceso a pruebas diagnósticas desde la Atención Primaria.*
- *Promover estudios de investigación cualitativa* que profundicen en el hallazgo y explicación de los valores, creencias, actitudes..., existentes en los colectivos de AP y AE una vez solventados los problemas metodológicos reseñados en este trabajo.



## BIBLIOGRAFÍA

---



1. Alberdi JC, Sáenz-bajo N. Factores determinantes de la derivación de atención primaria a las consultas externas de atención especializada en la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria* 2006; 37 (5): 253-7.
2. Alonso Pérez de Ágreda JP, Febrel M, Huelin J. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gac Sanit* 2000; 14 (2): 122-30.
3. Alfaro M, Etreros J, Perol E, Rico F. Coordinación entre niveles asistenciales. En: AGUILERA M, Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002; 240-60.
4. Arroyo A, Andreu J, Garcia P, Jover S, Arroyo MA, Fernández A, Et al. Análisis de un programa de derivación directa entre atención primaria y especializada en pacientes potencialmente quirúrgicos. *Aten Primaria* 2001; 28 (6): 381-5.
5. Ávila de Tomás JF. Aplicaciones de la telemedicina en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001; 27 (1): 54-7.
6. Bea SM, Tesar GE A. primer on referring patients for psychotherapy. *Cleve Clin J Med* 2002; 69 (2): 113-4, 117-8, 120-2, 125-7.
7. Bengoa R. Tendencias recientes y reformas de los Sistemas de Salud. Mercados internos con competencia y sin competencia y los Sistemas Integrados de Salud. *An Sist Sanit Navar* 1998; 21 (2).
8. Cerdán MT, Sanz R, Martínez C. Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria. *Aten Prim*, 2005, 35 (6), 283-9.
9. Crawford GB, Price SD. Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice. *Med J Aust* 2003 179 (6 Suppl): S32-4.
10. Davis P. The interface between primary and secondary care. *J R Soc Med* 2001; 94 (39): 46-9.
11. De Prado Prieto L, Garcia Olmos L, Rodríguez Salvanés F, Otero Puime A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 35 (3): 146-51.
12. Dionisio JD, Taira RK, Sinha U, Jonson DB, Dai BY, Tashima GH, et al. Teleradiology as a foundation for an enterprise-wide health care delivery system. *RadioGraphics* 2000; 20 (4):1137-50.
13. Fairchild DG, Hogan J, Smith R, Portnow M, Bates DW. Survey of primary care and home care clinicians. *J Gen Intern Med* 2002; 17 (2): 253-61.
14. Federman DG. Primary care in dermatology [carta] *J Am Acad Dermatol* 1997; 35 (4): 668.
15. Feldman Sr, Fleischer Ab, Chen Jg. The gatekeeper model is inefficient for the delivery of dermatologic services. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40 (3): 426-32.
16. Gallego Ruiz A, Morate FJ, Elviro Garcia P, Sierra Garrido C. Estudio de concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico anatomopatológico de lesiones dermatológicas en Atención Primaria. *Medifam* 2003; 13 (1): 19-22.
17. Gask L. Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. *Soc Sci Med* 2005 61(8): 1785-94.
18. Gené-Badia J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Sampietro-Colom L, Catalán-Ramos A, Sans-Corrales M et. al. Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. *Family Practice* 2007 24(1):41-47.
19. George N, McNeil Jr MD. The Collaboration Between psychiatry and primary care in managed care. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23 (2): 427-35.
20. Glintborg B, Andersen SE, Dalhoff K. Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. *Qual Saf Health Care* 2007; 16 (1):34-9.
21. Gómez-Moreno N, Orozco-Beltrán D, Carratalá-Munuera C, Gil-Guillén V. Evolución de la relación entre atención primaria y

- especializada 1992-2001: estudio Delphi. *Aten Primaria* 2006; 37(4): 195-202.
22. Granja E, Trinidad Jc, González C, Del Río D, Moreno A, López A. Estudio de las derivaciones a una consulta externa de Medicina Interna: ¿se puede gestionar la lista de espera? *An Med Interna* 2004; 21 (2): 72-4.
  23. Grupo de trabajo sobre coordinación entre niveles asistenciales de la Sociedad Asturiana de Medicina familiar y Comunitaria (SAMFYC). Documento oficial de la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC) sobre Coordinación entre niveles asistenciales.
  24. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327: 1219-21..
  25. Harris MF, Zwar NA. Care of patients with chronic disease: the challenge for general practice. *Med. J. Aust* 2007; 187 (2): 104-7.
  26. Hilty DM, Yellowlees PM, Nesbitt TS. Evolution of telepsychiatry to rural sites: changes over time in types of referral and in primary care providers' knowledge, skills and satisfaction. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28 (5): 367- 73.
  27. Hoddinott P, Pill R, Chalmers M. Health professionals, implementation and outcomes: reflections on a complex intervention to improve breastfeeding rates in primary care. *Fam Pract* 2007; 24 (1): 84-91.
  28. Holland DE, Harris MR. Discharge planning, transitional care, coordination of care, and continuity of care: clarifying concepts and terms from the hospital perspective. *Home Health Care Serv Q* 2007; 26 (4):3-19.
  29. Jiwa M, Coleman M, McKinley RK. Measuring the quality of referral letters about patients with upper gastrointestinal symptoms. *Postgrad. Med. J.* 2005; 81 (957):467-9.
  30. Kimball B, Joynt J, Cherner D, O'Neil E. The quest for new innovative care delivery models. *J Nurs Adm* 2007; 37 (9): 392-8.
  31. Lamb SR, Wilkinson SM. Audit of primary and secondary care as a source of patch test clinic referrals. *Br J Dermatol* 2004; 115 (6): 1258-60.
  32. Martínez C, Cerdán MT, Sanz R. Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria. *Aten Primaria* 2005; 35 (6): 283-287.
  33. Martínez G. Pago por desempeño, una tendencia en expansión. *Salud. Proyectos innovadores en salud. Newsletter trimestral del PriceWaterhouseCoopers.* Nº1; mayo 2006.
  34. Mcneil Gn. The collaboration between psychiatry and primary care in managed care. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23 (2): 427-35.
  35. Mondry A, Zhu AL, Loh M, Vo TD, Hahn K. Active collaboration with primary care providers increases referral in chronic renal disease. *BMC Nephrol.* 2004; 5: 16.
  36. Moral J. Coordinación Atención Primaria y Especializada. Visión desde la pediatría de Atención Primaria. Ponencia de inauguración del V Curso Pediatría en Atención Primaria de Madrid. 23 de enero de 2003.
  37. Moral M, Alonso M. Guía de Gestión de consultas externas en atención especializada. Madrid: INSALUD, 2000.
  38. Nocon A, Rhodes PJ, Wright JP, J. Eastham, Williams DRR, Harrison SR, Young RJ. Specialist general practitioners and diabetes clinics in primary care: a qualitative and descriptive evaluation. *Diabet Med* 2004; 21 (1): 32-8.
  39. Ojeda JJ, Freire JM, Camacho JG. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI* 2006; 4 (2): 357-82.
  40. Ollero M. Coordinador. Informe del Grupo de Implantación de Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Atención al profesional. Paciente pluripatológico. Informe nº2. 2004.
  41. Pena-Dolhun E, Grumbach, K; Vranizan K; Osmond,D, Bindman AB. Unlocking specia-



- lists' attitudes toward primary care gatekeepers. *J Fam Pract* 2001; 50 (12): 1032-7.
42. Pilnick A, Dingwall R, Starkey K. Gestión de las enfermedades: definiciones, dificultades y futuras orientaciones. *Bull. World Health Organ* 2001; 79 (8): 755-63.
  43. Plataforma Diez Minutos. Propuestas de mejora en atención primaria. 2001.
  44. Prieto L. Análisis de las derivaciones al segundo nivel desde un centro de salud urbano. *Aten Primaria* 2004; 33 (9): 521.
  45. Ramsay DL, Weary PE. Primary care in dermatology : Whose role should it be? *J Am Acad Dermatol* 1996; 35 (6): 1005-8.
  46. Riad SF , Dart JKG, Cooling RJ. Primary care and ophthalmology in the United Kingdom. *Br J Ophthalmol* 2003; 87 (4): 493-9.
  47. Rico A. Innovación en la Unión Europea en torno a la coordinación entre primaria y especializada. En: *Innovación en atención primaria*. Madrid; Editorial; 2005. Página inicial-final de la comunicación/ ponencia.
  48. Riesgo G. El Disease Management: un nuevo enfoque asistencial. *Salud. Proyectos innovadores en salud. Newsletter trimestral del PriceWaterhouseCoopers*. Nº1; mayo 2006.
  49. Roblin DW, Vogt TM, Fireman B. Primary health care teams opportunities and challenges in evaluation of service delivery innovations. *J Ambul Care Manage* 2003; 26 (1):22-35.
  50. Rodríguez Alonso JJ. ¿Traumatología «menor» en atención primaria? *Aten Primaria*. 2001; 26 (10): 657-8.
  51. Rodríguez FJ, Chacón J, Esteban M, Valles N, López F, Sánchez A. Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. *Aten Primaria* 2005; 36 (3): 137-43.
  52. Rodríguez L. Las posibilidades de atención no presencial: un nuevo marco de relación con el ciudadano. *Salud. Proyectos innovadores en salud. Newsletter trimestral del PriceWaterhouseCoopers*. Nº1; mayo 2006.
  53. Sáez F, Francia A, Díaz A, Sufrate D, Gómez Ferreras M, Barquin JL. Derivaciones desde atención primaria a traumatología: el punto de vista del especialista. *Aten Primaria* 1997; 20: 570-1.
  54. Scott C, Hofmeyer A. Networks and social capital: a relational approach to primary healthcare reform. *Health Res Policy Syst* 2007; 5-9.
  55. Steiner JF, Kempe A, Davidson AJ, Dickinson WP, Westfall JM, Berman S, et. al. The case for interdepartmental research in primary care *Acad Med* 2004; 79 (7): 617- 22.
  56. Stille CJ, McLaughlin TJ, Primack WA, Mazor KM , Wasserman RC. Determinants and impact of generalist–specialist communication about pediatric outpatient referrals. *Pediatrics* 2006; 118 (4): 1341-9.
  57. Stille CJ, Jerant A, Bell D, Meltzer D, Elmore JG. Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: a key role for the generalist in practice. *Ann Intern Med*. 2005, 142 (8):700-8.
  58. Thompson TT, Feldman SR, Fleischer AB. Sólo el 33% de las consultas por enfermedad cutánea en los EEUU en 1995 fueron realizadas por dermatólogos: ¿es la disminución en el número de dermatólogos la respuesta adecuada? *Dermatol Online J* 1998; 4 (1): 3.
  59. Torres A, Lledó R. La coordinación entre niveles asistenciales. *Rev Calid Asist* 2001: 16: 232-3.
  60. Verstappen W, van der Weijden T, Dubois WI, Smeele I, Hermsen J, Tan FES, et. al. Improving test ordering in primary care: the added value of a small-group quality improvement strategy compared with classic feedback only. *Ann Fam Med* 2004; 2 (6): 569-75.
  61. Werrett JA, Helm RH, Carnwell R. The primary and secondary care interface: the educational needs of nursing staff for the provision of seamless care. *J Adv Nurs* 2001 34(5), 629-38.



ANEXOS

---



## ANEXO I. ESTRATEGIA DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Database: Ovid MEDLINE(R) <1950 to January Week 3 2008>

Search Strategy:

-----

1. Primary Health Care/ (35.472).
2. Health Services Accessibility/ or «Referral and Consultation»/ or Specialties, Medical/ or Patient Care Team/ or «Quality of Health Care»/ (149.355).
3. Primary Health Care/ or «Referral and Consultation»/ or «Continuity of Patient Care»/ or coordination care.mp. or Patient Care Planning/ (105.269).
4. «Delivery of Health Care»/ or Interprofessional Relations/ or professional relationship.mp. (78.753)
5. 1 and 2 and 3 and 4 (886).
6. Limit 5 to (yr=>1997-2008» and (english or spanish) and (case reports or classical article or comparative study or evaluation studies or interview or journal article or meta analysis or multicenter study or «review» or technical report or validation studies) and («qualitative studies (sensitivity)» or «qualitative studies (specificity)» or «qualitative studies (optimized)»)) (361).

Database: EMBASE <1980 to 2008 Week 04>

Search Strategy:

-----

1. Primary Health Care/ (10.110).
2. Health Services Accessibility/ or «Referral and Consultation»/ or Specialties, Medical/ or Patient Care Team/ or «Quality of Health Care»/ (162.377).
3. Primary Health Care/ or «Referral and Consultation»/ or «Continuity of Patient Care»/ or coordination care.mp. or Patient Care Planning/ (104.813).
4. «Delivery of Health Care»/ or Interprofessional Relations/ or professional relationship.mp. (38.108).
5. 1 and 2 and 3 and 4 (1.080).
6. Limit 5 to (yr=>1997-2008» and (english or spanish) and (case reports or classical article or comparative study or evaluation studies or interview or journal article or meta analysis or multicenter study or «review» or technical report or validation studies) and («qualitative studies (sensitivity)» or «qualitative studies (specificity)» or «qualitative studies (optimized)»)) [Limit not valid in: EMBASE; records were retained] (148).









### ANEXO III. MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	MEDIA	Desv. típica	
<b>Efectividad/ Capacidad de resolución</b>																				
1 Promover una gerencia única	2,00	5,60	6,35	2,90	4,65	3,70	4,35	4,30	6,30	6,35	5,50	4,75	5,40	4,25	7,20	5,70	3,60	4,876	1,367	
2 Objetivos coherentes entre gestores y asistenciales	4,30	6,10	6,10	5,20	6,65	8,65	5,40	4,70	8,40	6,25	6,20	6,05	5,70	7,60	7,35	6,55	3,60	6,165	1,346	
3 Objetivos consensuados entre Atención Primaria y Atención Especializada	7,70	7,30	6,45	7,60	8,00	8,65	7,35	4,70	8,40	7,10	6,35	7,25	6,50	9,35	7,35	6,80	3,20	7,062	1,439	
4 Desarrollar la figura del especialista consultor	5,75	6,10	6,45	7,20	7,45	7,90	5,10	6,00	7,15	7,25	4,00	7,05	6,95	6,70	6,25	5,35	3,60	6,250	1,194	
5 Aumentar acceso a pruebas diagnósticas desde AP	4,45	6,25	6,05	5,15	7,10	7,35	7,80	6,80	6,30	5,50	5,20	6,65	4,95	9,25	7,25	6,65	5,60	6,371	1,198	
6 Adecuar los tiempos de trabajo a las diferentes tareas (asistenciales, organizativas, formación...)	6,35	5,90	5,90	5,65	6,00	5,50	5,35	4,30	8,00	5,05	6,30	6,55	5,70	8,50	7,20	4,25	4,00	5,912	1,231	
7 Mejorar circuitos administrativos (p. e. disminuir carga administrativa a los profesionales asistenciales)	6,05	7,10	6,45	7,00	6,90	5,25	6,55	4,50	8,00	6,35	6,00	7,50	6,50	6,85	6,25	4,95	4,00	6,247	1,224	
8 Implantar guías de práctica clínica	2,55	7,75	5,90	7,70	6,10	7,05	6,30	7,20	8,20	6,60	6,05	7,00	4,90	7,80	7,80	7,00	2,80	6,394	1,639	
9 Crear pactos de consumo (p. e. derivaciones, pruebas complementarias, ...)	2,75	4,65	4,30	4,90	6,25	7,40	5,75	6,05	5,15	4,75	2,25	4,05	4,95	7,85	7,35	7,00	3,60	5,235	1,618	
10 Reeducar al paciente para equilibrar (reducir) la demanda	5,40	4,10	4,35	4,75	5,40	2,00	3,15	4,85	6,50	4,05	5,75	4,20	5,65	7,75	6,55	6,20	3,10	4,926	1,459	
<b>Comunicación/ Coordinación</b>																				
11 Promover la HC única electrónica	8,55	7,15	7,55	7,00	8,00	9,40	6,55	5,80	8,40	6,25	8,30	9,05	8,00	8,15	8,55	7,00	5,30	7,588	1,153	
12 Desarrollar protocolos de derivación	7,75	7,30	6,95	6,55	8,00	9,40	6,75	7,20	6,60	6,35	6,80	7,00	7,00	5,90	7,35	7,00	5,10	7,000	0,911	
13 Realizar sesiones clínicas conjuntas	5,75	6,25	6,10	6,40	6,65	8,15	6,75	6,00	8,00	7,55	6,15	8,30	6,05	7,25	7,25	6,60	6,60	6,812	0,801	
14 Elaborar sesiones formativas conjuntas	5,50	6,25	5,85	6,40	6,65	8,15	7,10	6,00	8,00	7,55	5,95	8,50	6,70	7,05	7,25	6,60	7,00	6,853	0,832	
15 Propiciar otros foros científicos conjuntos	4,95	7,35	6,05	4,80	5,35	5,80	5,35	6,25	7,80	7,25	5,00	6,05	5,50	6,05	6,80	5,35	3,40	5,829	1,081	
16 Mejorar el informe de continuidad de cuidados	5,55	7,55	6,40	7,00	8,00	8,10	5,70	7,75	8,05	7,50	5,90	6,20	8,20	10,00	8,00	6,80	7,50	7,306	1,134	
17 Mejorar el volante de derivación	5,35	7,80	6,40	6,75	8,00	7,50	5,15	5,75	7,35	7,50	6,15	7,05	8,20	9,25	8,00	4,60	5,20	6,824	1,301	
18 Promover la utilización de la telemedicina	6,60	5,60	6,75	6,40	7,10	7,55	5,25	5,05	8,20	5,25	6,30	8,00	6,25	9,00	7,95	7,20	5,40	6,697	1,178	
<b>Motivación/Factor humano</b>																				
19 Fomentar la implicación de profesionales (p. e. participar en grupos de mejora)	7,90	6,40	5,85	6,45	6,90	7,30	6,10	4,00	7,45	6,05	6,75	4,85	3,50	7,90	7,65	6,30	5,00	6,256	1,300	
20 Potenciar el desarrollo de incentivos	1,65	6,05	6,75	5,75	5,60	4,90	5,15	2,25	6,85	5,60	5,20	6,10	3,45	6,45	7,95	4,25	4,30	5,191	1,631	
21 Poner en marcha acciones para aumentar el prestigio y credibilidad de la AP	4,90	6,70	6,25	5,65	5,60	4,55	6,15	7,30	7,05	5,55	6,80	4,55	6,15	8,45	6,45	4,50	3,70	5,900	1,212	
22 Facilitar la formación continuada	5,45	7,20	5,80	6,80	6,60	6,15	7,10	5,70	8,00	7,25	6,50	5,35	5,85	8,95	6,70	6,80	4,80	6,529	1,027	



## ANEXO IV. RESUMEN BIBLIOGRAFÍA

Autor y año	Lugar	Objetivo	Muestra	Metodología	Conceptos recogidos								Comentarios		
					Visión integral del paciente	Motivación del personal	Formación	Desconfianza entre AP-AE	Estructurales-organizativos	Medicina defensiva	Administrativos	Otros			
Harris MF, Zwar NA. 2007	Australia	Revisión de lo logrado en cuanto apacientes crónicos, y descripción de lo que todavía deben hacer para conseguir unos buenos resultados.			Sí	NO	Sí	Sí	NO	NO	NO	NO			
Hoddinot P, Pill R, Chalmers M. 2007	Escocia	Analizar la diferente efectividad de un programa de fomento de la lactancia materna en varias áreas geográficas.	12 profesionales.	Entrevistas, observación.	NO	Sí	NO	NO	NO	NO	NO	NO			El trabajo cuantitativo demostró diferencias entre las diferentes áreas participantes en el brazo de intervención del estudio, pero no consiguió encontrar variable alguna que explicara dichas diferencias. Se decidió entonces desarrollar de entrevistas en profundidad con las profesionales (health visitors y matronas) participantes en la intervención para intentar encontrar explicación a tales diferencias. De los resultados que se presentan, el único que tiene interés para esta revisión es el que explica cómo los resultados fueron mejores en aquellas áreas en las que tanto unas como otras (hvs y mws) mostraban un alto nivel de compromiso con la intervención y una buena relación de colaboración mutua.

Autor y año	Lugar	Objetivo	Muestra	Metodología	Conceptos recogidos							Comentarios	
					Visión integral del paciente	Motivación del personal	Formación	Desconfianza entre AP-AE	Estructuras-organizativas	Medicina defensiva	Administrativos		Otros
Holland DE, Harris MR. 2007	Rochester, Minnesota	Revisar los términos y definiciones de «Hospital discharge planning» y a) Compararlos b) Proponer un marco que facilite el correcto uso del término.		Revisión de literatura gris, regulaciones y documentos similares, además de búsqueda en MEDLINE, MEDLINE In-Process y CINAHL.	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO		
Kimball B, Joynt J, Cherner D, O'neil E. 2007	EE.UU.: 1-Miami, 2- Texas, 3- North Carolina, 4. Filadelfia 5- Baltimore	Buscar nuevos modelos que incremente la calidad y la satisfacción en la asistencia asignando a la enfermería y otros profesionales de la salud en distintos roles.	Distintos Hospitales de EE.UU.	Descripción de los modelos.	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ			
Ojeda Feo JJ, Freire Campo JM, Gervás Camacho J. 2007		Analizar y sintetizar las principales iniciativas desarrolladas en el ámbito español que persiguen el fortalecimiento de la AP en lo que respecta a la mejora de la coordinación entre ésta y la AE.			SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	SÍ		

Alberdi JC, Sáenz-Bajo N. 2006	Comunidad de Madrid	Identificar variables relativas a las características de la población atendida y la oferta de servicios de AP y AE que determinan las tasas de derivación .	Zonas básicas de salud de la comunidad de Madrid (1.617.349 interconsultas de AP a AE y su Tasa de derivación poblacional TDP) .	Estudio ecológico transversal.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	La tasa de derivación poblacional es mayor en las zonas básicas de salud que presentan mayor necesidad de servicios y niveles más bajos de estatus socioeconómico y movilidad social.
Gené-Badía J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E. 2006	Cataluña	Usando las fuentes de información rutinaria disponibles en la gestión del servicio de salud, valorar qué componentes de la primaria sirven mejor para definir el resultado de los servicios de medicina familiar.	230 equipos de atención primaria.	Estudio descriptivo multisectorial.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Proponen un modelo para medir los resultados del trabajo de AP.
Gené-Badía J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E. 2006	Catalunya	Identificar los componentes de la atención primaria de salud que mejor definen el trabajo de MAPs. Este trabajo se realiza tras otro de naturaleza cualitativa mediante el cual clínicos, gestores y usuarios identificaron las cuatro dimensiones básicas del cuidado en salud: 1) accesibilidad a los servicios; 2) coordinación dentro del EAP, y entre éste y otros niveles; 3) relación entre usuarios/as profesionales, y 4) calidad científico-técnica del EAP y el abanico de servicios ofertados.		Estudio descriptivo desarrollado sobre el análisis del trabajo de 267 equipos de AP a través de las bases de datos generadas a partir de la utilización de los sistemas de información, cuestionario de satisfacción de cliente y cuestionario de calidad de vida profesional.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

Autor y año	Lugar	Objetivo	Muestra	Metodología	Conceptos recogidos							Comentarios	
					Vision integral del paciente	Motivación del personal	Formación	Desconfianza entre AP-AE	Estructurales-organizativos	Medicina defensiva	Administrativos		Otros
Glintborg B, Ejdrup Andersen E, Dalhoff K. 2006	Copenhague, Dinamarca	Estimar si los hospitales tienen listados de medicación del paciente congruentes con la medicación en uso del mismo. Asimismo, evaluar errores por la incongruencia de estas listas de medicación.	200 pacientes ingresados.	Entrevistas a pacientes una semana después del alta hospitalaria.	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO		El hospital no tiene conocimiento en un 7% de los casos de la medicación que toma el paciente que viene de primaria. Sólo en el 50% de los informes de alta de salida del hospital se registra la medicación. Para reducir los errores de medicación, debería mejorarse la comunicación entre primaria y especializada.
Glintborg B, Andersen SE, Dalhoff K. 2006	Departamento de Farmacia del Hospital de Copenhague.	Valorar los listados de medicación en los informes de alta del paciente y comprobar si recogen la medicación previa que tomaba el enfermo y si el enfermo cumple la prescripción.	Valoración de 200 enfermos en su domicilio a la semana del alta hospitalaria.	Visita en domicilio a la semana del alta.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO		
Hilty DM, Yellowless PM, Nesbitt T. 2006	Universidad de California, Sacramento	Valorar la competencia de la telepsiquiatría a través de videoconferencia para la atención en medios rurales.	400 consultas de AP a través de videoconferencia con departamento de psiquiatría.	400 consultas de videoconferencia.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO		
Martínez G. 2006	España	Discriminar y premiar las prácticas médicas y los resultados excelentes.	-	-	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO		

Riesgo I. 2006	España	La gestión de enfermedades crónicas incorpora un potencial muy importante para mejorar la salud.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Rodríguez L. 2006	España	Generación de nuevo marco de relaciones.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Stille C.J, McLaughlin T.J, Primack WA, Mazor KM, Wasserm RC. 2006	University of Massachusetts Memorial Health Care	Determinar el índice de comunicaciones entre médicos de cabecera y especialistas, el impacto clínico de la comunicación o su ausencia y los determinantes en comunicación para una cohorte de niños derivados al especialista.	Médicos primaristas y especialistas.	Encuesta a médicos primaristas y especialistas y a padres de niños que son usuarios.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Cerdán MT, Sanz R, Martínez C. 2005	Madrid	Analizar los resultados de una consulta de alta resolución diseñada en el entorno de un programa de colaboración entre AP-AE para mejorar la comunicación entre niveles asistenciales y disminuir la demora de derivación y tratamiento quirúrgico.	Paciente > 14 años con enfermedad quirúrgica de pared abdominal, sinus pilonidal, tumores de partes blandas y proctología de Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Clínico San Carlos y centros de salud del área Sanitaria 7 de Madrid.	Estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
De Prado L, García L, Rodríguez F, Otero A. 2005	Comunidad de Madrid	Analizar el patrón de derivación en consultas de AP de un área de salud. Analizar los cambios.	Tres centros de salud urbanos del área 2. Derivaciones consecutivas realizadas por 13 médicos durante tres semanas.	Estudio observacional, descriptivo y transversal de la demanda derivada.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Autor y año	Lugar	Objetivo	Muestra	Metodología	Conceptos recogidos							Comentarios	
					Visión integral del paciente	Motivación del personal	Formación	Desconfianza entre AP-AE	Estructurales-organizativos	Medicina defensiva	Administrativos		Otros
Gask L. 2005	National Primary Care Research and Development Center, University of Manchester		Trabajadores de AP, especialistas, DUEs (AP y AE), gestores y otros informadores clave.	Entrevistas semiestructuradas.	Sí	NO	Sí	Sí	Sí	NO	NO		Se conseguiría una mejor integración si los profesionales de AP asumen el papel de gatekeeper. Hay poca interacción entre el personal de salud mental y el de primaria.
Gómez-Moreno N, Orozco-Bentrán D, Carratalá-Munuera C, Gil-Guillén V. 2005	Comunidad Valenciana	Valorar la tendencia en la relación de AP y AE en 2 momentos diferentes de la reforma sanitaria.	196 profesionales de la Comunidad Valenciana.	Delphi	Sí	Sí	Sí	Sí	NO	NO	Sí		
Hilty DM, Yellowlees PM, Nesbitt TS. 2005	University of California	Evaluar cambios a lo largo del tiempo por la utilización de la telepsiquiatría por los médicos de A. Primaria en áreas rurales y su influencia sobre la derivación de pacientes y conocimientos para manejo de medicación así como su satisfacción.	400 pacientes consecutivos que recibieron consulta de telepsiquiatría en centro rural o suburbano de A. Primaria.	Recogida de datos a través de cuestionario.	NO	Sí	Sí	NO	NO	NO	NO		Los médicos de AP mostraron una alta satisfacción con el servicio. La telemedicina contribuye a mejorar la formación y habilidades de los médicos de AP reduciendo su aislamiento y mejorando sus patrones de derivación de pacientes ayudando a la toma de decisiones. Se comprueba también que cada clínico tiene unas necesidades concretas que deben planificarse de forma individualizada.



Jiwa M, Coleman M, McKinley RK. 2005	UK	Invitar a los médicos generales a establecer estándares para los volantes dirigidos a gastroenterólogos.	Médicos generales de la localidad + 350 gastroenterólogos.	Encuesta a médicos generales de la localidad + Cartas a gastroenterólogos.	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	La información que los médicos de cabecera ponen en los volantes es insuficiente. No saben por qué. Se deben hacer más estudios para llegar a aclarar estos problemas. De esta manera se podrá mejorar la comunicación entre AP y AE.
Rico Gómez A. 2005	-	Diversas experiencias de sistemas integrados en Reino Unido y Suecia, Dinamarca y Holanda.	-	-	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	La experiencia de Reino Unido habla de los PCG (Primary Care Groups); centros de Atención Primaria consorciados, encargados de la planificación y contratación de servicios sociales y sanitarios para los habitantes de sus respectivas zonas.
Rodríguez FJ, Chacón J, Esteban M, Valles N, López de Castro F. y Sánchez A. 2005	Toledo	Identificar motivos que provocan un mayor número de derivaciones desde AP a AE.	Parte de interconsultas (PIC) emitido por los médicos de 17 equipos de Atención Primaria durante 2 semanas (2002).	Estudio observacional descriptivo.	NO	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	NO	Un elevado número de derivaciones son por motivos que podrían resolverse en el primer nivel asistencial. La mayor parte de las interconsultas es a especialidades médico quirúrgicas, Ginecología, Traumatología, Oftalmología, Dermatología y ORL. La calidad de los PIC tiene un importante margen de mejora.

Autor y año	Lugar	Objetivo	Muestra	Metodología	Conceptos recogidos							Comentarios		
					Vision integral del paciente	Motivación del personal	Formación	Desconfianza entre AP-AE	Estructurales-organizativos	Medicina defensiva	Administrativos		Otros	
Stille C.J, Jerant A, Bell D, Meltzer D, Elmore JG. 2005	Massachusetts, EE.UU.	Revisión de la literatura sobre coordinación de cuidados y su efectividad.		Revisión de la literatura.	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ		6 recomendaciones: 1) hace falta más evidencia para poder sostener el argumento de que la coordinación mejora los resultados en salud e identificar qué piezas clave de la coordinación son las que tienen mayor impacto en dichos resultados. 2) el/la generalista es la figura mejor situada y con las mejores competencias/habilidades/conocimientos para desarrollar una coordinación efectiva, 3) generalistas y especialistas deben colaborar y comunicarse de una manera más estrecha para asegurar cuidados bien planificados y provistos en tiempo, 4) los centros de salud deben constituir equipos de profesionales (composición por determinar pero siempre incluyendo paciente, MAP, 1o2 enferas, aux, fisios, OTs y subespecialistas) que sean relevantes y visibles para los/as pacientes, y sostenibles dentro del sistema de salud in place, 5) pacientes y familiares deben tener una participación activa en la coordinación de cuidados pero su rol debe ser definido con más claridad y la función del MAP como gatekeeper no debe ser desdeñada, 6) los/as generalistas deben hacer uso apropiado de los sistemas de información para mejorar la comunicación y el acceso al conocimiento .

Davis P. 2004	Inglaterra	Propuesta de guías e indicadores de calidad en Atención Primaria y en unidades intermedias que actúan en conexión con los Hospitales.	No hay muestra.	-	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	NO	Los indicadores se deben considerar: Respeto por la profesión, reflejo de valores y actividad, actividad está basada en la evidencia, uso en modo educativo y facilitador no punitivo.
Lamb SR, Wilkin-son SM. 2004	Leeds, UK	Valorar si los volantes de los médicos de cabeza son apropiados para las pruebas cutáneas.	217 volantes		NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ				
Prieto Albino L. 2004	Cáceres	Analizar las características de las derivaciones solicitadas al segundo nivel con el propósito de optimizar dicho proceso.	Centro de salud urbano con adscripción de 22.000 personas. Registros y copias de las hojas de interconsultas tramitadas por el centro en el 2002.	Descriptivo transversal retrospectivo.	NO	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ				Dos tercios de las derivaciones se centran en cuatro especialidades. Parece posible su optimización a través de la introducción de nuevas técnicas (cirugía menor) y una reorganización administrativa.
Steiner JF, Kempe A, Davidson AJ, Dickinson WP, Westfall JM, Ber-roman S, et al 2004	Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de Colorado	Análisis de las relaciones interdepartamentales entre especialistas y de éstos con Atención Primaria.	No hay muestra.	No hay recogida de datos.	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	NO				
Verstappen W, Van Der Weijden T, Dubois WJ, Smeele I, Hermsen J, Tan FES. Et al 2004	Holanda	Evaluar el efecto de un grupo de pares, dirigido a la mejor de la calidad en el patrón de solicitud de pruebas frente a la intervención convencional.			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				No creo que este artículo sea de interés para la revisión. No habla para nada de coordinación o colaboración. Se centra en el efecto de una intervención grupal en la reducción del número de pruebas solicitadas por MAP's.
Crawford GB, Price SD. 2003	Australia				SÍ	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO				Desafíos: conflictos, ambigüedad en los roles, sobrecarga de trabajo, conflictos interpersonales, comunicación inadecuada, dilemas de liderazgo.

Autor y año	Lugar	Objetivo	Muestra	Metodología	Conceptos recogidos							Comentarios	
					Visión integral del paciente	Motivación del personal	Formación	Desconfianza entre AP-AE	Estructurales-organizativos	Medicina defensiva	Administrativos		Otros
Gállego Ruiz A, Morate FJ, Elviro García P, Sierra Garrido C. 2003	Centro de salud Embajadores I. Área 11 INSALUD. Madrid	Estudiar el grado de concordancia entre el diagnóstico clínico o quirúrgico y el diagnóstico anatomopatológico posterior; Analizar los resultados de los distintos CS y los factores que podrían influir en los mismos; Analizar cómo se desarrolla en la práctica diaria una parte de la cirugía menor (CM) y aportar información para mejorarla.	203 lesiones extirpadas en 5 CS del Área 11 de Salud de Madrid (Población de cirugías en las cuales se solicitó análisis anatomopatológico).	Muestras para estudio histológico y citológico	NO	NO	SÍ	SÍ	NO	NO	NO		
Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. 2003	Canadá	Desarrollar un concepto común de continuidad de cuidados.			SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	NO	NO		
Morell Bernabé JJ. 2003	Madrid	Analizar y sintetizar las principales iniciativas desarrolladas en el ámbito español que persiguen el fortalecimiento de la AP en lo que respecta a la mejora de la coordinación entre ésta y la AE.			SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ		Coordinación entre niveles → viejo problema del sistema sanitario español; pilar esencial del Sist. Sanitario Público. MF como puerta de entrada al sistema y principal responsable del paciente. Especialista consultor.



Autor y año	Lugar	Objetivo	Muestra	Metodología	Conceptos recogidos								Comentarios		
					Vision integral del paciente	Motivación del personal	Formación	Desconfianza entre AP-AE	Estructurales-organizativos	Medicina defensiva	Administrativos	Otros			
Ávila de Tomás JF. 2001	Madrid	Comenta las ventajas de la telemedicina y menciona una experiencia real de aplicación de las tecnologías 3Net (Internet, extranet, intranet) en Zaragoza.			SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ		Ventajas de la telemedicina para: usuarios, profesionales y sistema.
Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS 2001	EE.UU.				NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			Crítica del artículo «Primary care in dermatology: Whose role should it be?»
Plinick A, Dingwall R, Starkey K. 2001	-	PGE permiten una visión más integrada del enfermo.	-		NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO			
Plataforma 10 minutos 2001					SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ			
Torres A, Lledó R. 2001					SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO			Serie de consejos para mejorar la coordinación.

McNeil GN. 2000	Portland, USA	Plantear las dificultades y fortalezas de la colaboración psiquiatra-MAP en la gestión de la persona con patología SM.			Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	NO	Este documento no se fundamenta sobre un trabajo empírico sino que recoge las impresiones y reflexiones de un psiquiatra (ejerciéndolo en AP, en AE y en consulta privada) sobre las virtudes de la colaboración psiquiatra-MAP (desde el modelo US de «managed care») y sus dificultades. En relación a esto último, el autor habla de: 1) el reduccionismo del managed care y su integral oposición a una concepción de la SM más allá del síntoma y el fármaco, 2) la falta de identificación y consecuente tto de la patología de SM por parte del MAP (en general relacionada con la falta de formación y/o de confianza en las competencias propias para el manejo de estos pacientes), 3) dificultad de acceso al especialista, 4) estigma asociado a la derivación a psiquiatría y rechazo social, 4) des- crédito del MAP por parte de sus pacientes asociado al ejercicio de la derivación, especialmente en el caso de «somatizaciones» («me envía al psiquiatra porque no sabe qué hacer conmigo»). Otras dificultades mencionadas por el autor se relacionan con el propio managed care y el sistema de remuneración por servicio que genera por lo que no creo que sea de aplicación a nuestro contexto.
-----------------	---------------	--	--	--	----	----	----	----	----	----	--

Autor y año	Lugar	Objetivo	Muestra	Metodología	Conceptos recogidos							Comentarios	
					Visión integral del paciente	Motivación del personal	Formación	Desconfianza entre AP-AE	Estructuras-organizativos	Medicina defensiva	Administrativos		Otros
Mcneil GN. 2000	Departamento de psiquiatría del Hospital Medical Center de Portland.	Descripción de la atención a los enfermos mentales en el área de Portland.	No hay muestra.	Reflexiones particulares del autor.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO		El autor juzga como inadecuada la asistencia a estos enfermos en el ámbito de Atención Primaria y las dificultades del sistema para una atención adecuada por la masificación.
Moral Iglesias L. 2000	Madrid	Establecer un marco normativo, que garantice una gestión homogénea de la actividad en las consultas externas (CCEE) de Atención Especializada del INSALUD.			SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ		Guía sobre cómo gestionar las consultas externas en AE
Rodríguez Alonso JJ. 2000	Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Madrid				SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ			Traumatología es una gran desconocida para AP. Esto debe cambiar para que el sistema de salud mejore y sea más eficiente.
Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC) 2000	Asturias				NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ		



Werret J, Helm RH, Carnwell R. 2000	School of Health Sciences/Nursing, University of Birmingham, UK	Identificar la percepción de las enfermeras sobre los déficits en el conocimiento y en habilidades requeridas para ofrecer un cuidado integrado, para ofrecer una adecuada formación.	722 enfermeras (muestra estratificada aleatoria simple).	Focus groups y encuesta.	Sí	NO	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	NO	NO					
Alonso Pérez de Ágreda J.P., Febrel Bordeje M, Huelin Domeco de Jaraúta J. 1999	Provincia Zaragoza	Caracterizar los factores que, bajo la perspectiva del médico de AP, influyen en la derivación inadecuada desde AP a la AE.	27 médicos de AP.	2 grupos de discusión con médicos de AP y 2 entrevistas semiestructuradas	NO	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí					Panel de expertos, compara situación 1992-2001. Resultados: Problemas AP: desmotivación del personal sanitario, falta de visión integral del paciente, marginación asistencial de ambos ámbitos. Mejoras AP: presencia de especialistas de ambulatorio no integrados en el hospital. Problemas AE: falta de visión integral del paciente, interconsultas injustificadas al especialista. Mejoras AE: mejora casi generalizada de los problemas, s.t. falta de comunicación y diálogo.
Bengoa R. 1998	-	Sistemas integrados de Salud como un enfoque de atención integrada y los define como una red de organizaciones que provee servicios coordinados integrado a una población definida y que esta dispuesta a responsabilizarse clínicamente y económicamente de los resultados en salud de esa población.	-	-	Sí	NO	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí					

Autor y año	Lugar	Objetivo	Muestra	Metodología	Conceptos recogidos							Comentarios	
					Visión integral del paciente	Motivación del personal	Formación	Desconfianza entre AP-AE	Estructurales-organizativos	Medicina defensiva	Administrativos		Otros
Thompson TT, Feldman SR, Fleischer AB. 1998	EE.UU.	Describir la distribución de la asistencia dermatológica en 1995.	Médicos de todo EE.UU. que desarrollaban actividades sanitarias sin relación con empleos federales.		NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	Estudio realizado en EE.UU... Trata de consultas por enfermedades cutáneas tratadas por dermatólogos y por médicos de primaria.
Sáez F, Francia A, Díaz A, Sufrete D, Gómez M, Barquín JL. 1997	Logroño		598 pacientes derivados desde AP a AE.		NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ		Estudio realizado por un grupo del Servicio de Traumatología de La Rioja que pone en evidencia la derivación inadecuada.
Ramsay DL, Weary PE. 1996	EE.UU.		Dermatólogos, primaristas, estudiantes, etc. de todo el mundo.	Encuesta	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO		Relata cómo diferentes encuestas y estudios prueban que los dermatólogos realizan mucho mejores diagnósticos que otros profesionales (en enfermedades cutáneas).



