Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria

A. Fernández Moyano^a, J. L. García Garmendia^b, C. Palmero Palmero^a, B. García Vargas-Machuca^c
 J. M. Páez Pinto^d, M. Álvarez Alcina^a, R. Aparicio Santos^a, M. Benticuaga Martínez^a,
 J. Delgado de la Cuesta^a, R. de la Rosa Morales^a, C. Escorial Moya^a, R. Espinosa Calleja^a,
 J. Fernández Rivera^a, C. González-Becerra^a, E. López Herrero^a, Y. Marín Fernández^a,
 A. M. Mata Martín^a, A. Ramos Guerrero^a, M. J. Romero Rivero^a,
 M. Sánchez-Dalp^a e I. Vallejo Maroto^a

^aUnidad de Medicina Interna. Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla. España.

^bServicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla. España.

^cDirección Asistencial. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla. España

^dDistrito Sanitario Aljarafe. SAS. Bormujos. Sevilla. España.

Los pacientes atendidos en nuestro sistema sanitario tienen cada vez más edad y mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Estas características de salud han condicionado que entre las expectativas de mayor relevancia de los pacientes, se indiquen la accesibilidad al sistema y la continuidad en los cuidados. La colaboración entre los distintos niveles asistenciales ha sido una herramienta reconocida que facilita la consecución de estas expectativas, provocando cambios en la organización del trabajo. Nuestro hospital ha desarrollado un modelo de atención sanitaria que –en su orientación al enfermo– facilita la colaboración entre los distintos niveles asistenciales, consiguiendo un grado de satisfacción de los profesionales elevado. En este trabajo se describe detalladamente parte del modelo, mostrando los elementos que lo caracterizan, indicando algunos parámetros de la evaluación de resultados y revisando la situación de los modelos de continuidad asistencial publicados. En resumen, consideramos que este sistema asistencial está dotado de elementos de gestión que permiten atender las expectativas de los usuarios, aportando beneficios para el paciente, el profesional y el sistema sanitario.

PALABRAS CLAVE: continuidad asistencial, internista de referencia, Atención Primaria, satisfacción profesional.

Fernández Moyano A, García Garmendia JL, Palmero Palmero C, García Vargas-Machuca B, Páez Pinto JM, Álvarez Alcina M, Aparicio Santos R, Benticuaga Martínez M, Delgado de la Cuesta J, de la Rosa Morales R, Escorial Moya C, Espinosa Calleja R, Fernández Rivera J, González-Becerra C, López Herrero E, Marín Fernández Y, Mata Martín AM, Ramos Guerrero A, Romero Rivero MJ, Sánchez-Dalp M, Vallejo Maroto I. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre atención hospitalaria y Atención Primaria. *Rev Clin Esp.* 2007; 207(10):510-20.

Continuity of medical care. Evaluation of a collaborative program between hospital and Primary Care

The patients being treated in our health care system are becoming increasingly older and have a greater prevalence of chronic diseases. Due to these factors, these patients require greater and easier accessibility to the system as well as continuity of medical care.

Collaboration between the different levels of health care has been instrumental in the success of the system and has produced changes in the hospital medical care protocol.

Our hospital has developed a care model oriented towards the patient's needs, resulting in a higher grade of satisfaction among the medical professionals. In this paper, we have given a detailed description of part of our medical model, illustrating its different components and indicating several parameters of its evaluation. We have also reviewed the current state of the various models published on this topic.

In summary, we believe that this medical care model presents a different approach to management that benefits patients, medical professionals and the health system alike.

KEY WORDS: continuity of medical care, referring doctor of internal medicine, Primary Care, professional satisfaction.

Correspondencia: A. Fernández Moyano.
 Servicio de Medicina.
 Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.
 Avda. San Juan de Dios, s/n.
 41930 Bormujos. Sevilla. España.
 Correo electrónico: afernandez@aljarafe.sjd.es
 Aceptado para su publicación el 1 de junio de 2007.

Introducción

Las características del enfermo que se atiende en los hospitales es distinta a la de hace unos años, ya que además de tener más enfermedades crónicas, tiene

mayor edad, lo que le confiere una especial fragilidad^{1,2}. Estos pacientes constituyen entre el 23 y 72%^{3,4} de ingresados, según el tipo de hospital, o hasta el 5,07%⁵ de pacientes atendidos en Atención Primaria. Se caracterizan por presentar enfermedades que el sistema sanitario no cura, recidivantes o de progresivo deterioro, que conllevan una disminución gradual de su capacidad funcional produciendo importantes repercusiones personales y sociales. Estas características hacen que tengan aumentada la necesidad de asistencia reglada y urgente, de ingresos hospitalarios, discapacidad progresiva, así como una elevada mortalidad⁶. La adecuada administración de cuidados a estos pacientes requiere un manejo multidisciplinar clínico y social, donde la continuidad asistencial es imprescindible⁷. Parece, pues, coherente pensar que la asistencia sería de mayor calidad si se hiciera de forma coordinada y complementaria entre ambos niveles asistenciales⁸; no obstante, esta continuidad está dificultada por la falta de relación y coordinación entre profesionales⁹, manteniéndose este problema con escasa modificación a lo largo del tiempo¹⁰. Los pacientes indican que la accesibilidad y la continuidad de cuidados son áreas principales relacionadas con su satisfacción¹¹⁻¹⁴, expresando que para conseguirlos, son necesarios cambios en la organización asistencial y en el modelo de relación médico-paciente¹⁵. La organización asistencial hospitalaria –establecida sobre especialidades fragmentadas– y de Atención Primaria –sin estructuras organizativas comunes con el hospital– no facilita ni la continuidad en la atención de estos pacientes ni el planteamiento multidisciplinar que necesitan.

Si bien desde la década de los años 70 en Estados Unidos ya se indicaba la importancia de la continuidad asistencial entre la Atención Primaria y la atención hospitalaria¹⁶, no es hasta la década de los 90 cuando en España se impulsa esta iniciativa. Tanto el análisis del grupo de trabajo de la semFyC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) sobre relación entre niveles asistenciales¹⁷ en 1995, como las recomendaciones de consenso entre la SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna) y la semFyC¹⁸ en 1997, consiguieron estructurar sensibilidades previas de los profesionales en esta área^{10,19-22}. Posteriormente, la incorporación en Andalucía de la gestión por procesos asistenciales integrados²³ ha establecido como herramienta esencial la continuidad asistencial como forma de favorecer la coordinación interniveles, teniendo en el proceso de atención al paciente pluripatológico su expresión más operativa²⁴. Previamente habían sido comunicados resultados de experiencias asistenciales aisladas, como las del Hospital Infanta Margarita, de Cabra²⁵, aunque no ha sido hasta los primeros años del siglo XXI cuando estas recomendaciones han tenido su expresión en distintos modelos o experiencias organizativas continuadas. Entre estas, destacan la UCAMI⁶ (Unidad Clínica de Atención Médica Integral) del Hospital del Rocío, la UCA²⁶ (Unidad de Continuidad Asistencial) del Hospital de Valme, el GAMIC²⁷ (Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continua de Cádiz), y finalmente la UPPAMI²⁸ (Unidad de Pacientes con Pluripatología y Atención Médica Inte-

gral) del Hospital 12 de Octubre. El grupo de Valme mostró –en relación a pacientes reingresadores– reducción en ingresos hospitalarios, en la frecuentación de urgencias y en la estancia hospitalaria, así como el grupo de Cádiz –dirigido a pacientes en fase diagnóstica de Atención Primaria–, disminución de demora en la atención, reducción de tasa de revisiones y de exámenes complementarios, con mejora en la resolución de procesos clínicos, entre otros.

Atendiendo a las necesidades de estos pacientes, el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA) en Sevilla ha establecido un modelo de continuidad asistencial, que se caracteriza organizativamente por aportar los dos aspectos principales siguientes. Primero, la definición de un modelo de continuidad intrahospitalaria, que tiene en consideración tanto las distintas fases clínicas por las que pasa el paciente como la complejidad de este. En segundo lugar, el establecimiento de un modelo de continuidad extrahospitalaria, con la creación de internistas de referencia por cada zona básica de salud (ZBS) de todas las del distrito sanitario, que mantienen sesiones compartidas presenciales o actividades no presenciales con los médicos del Centro de Salud; y –para pacientes ingresados en Planta de Hospitalización Médica– la creación de equipos de trabajo asistenciales por cada ZBS.

En este modelo de atención compartida, todos los agentes sanitarios de ambos niveles están coordinados (trabajadores sociales, enfermeros y médicos), intentando superar el concepto de derivación por el de trabajo en equipo, uniendo el valor cuidado al valor curación, facilitando no solo la atención integral de las diferentes patologías, sino también la continuidad en la asistencia y el manejo compartido de los pacientes.

Descripción del modelo y evaluación inicial

Características del área sanitaria y del hospital

El área sanitaria del Aljarafe dependiente del hospital está formada por 236.836 personas censadas (Censo 2005 del Instituto Nacional de Estadística), mostrándose en la tabla 1 las características demográficas y sanitarias. El HSJDA es un hospital de nivel tres que atiende a la población de la comarca del Aljarafe (Sevilla), habiendo iniciado su actividad en diciembre de 2003. Está dotado, entre otras, de 43 consultas externas y 192 habitaciones individuales de hospitalización distribuidas en 4 plantas.

El Servicio de Medicina está formado por 15 internistas, 5 cardiólogos, 5 digestivos y 4 neumólogos, teniendo responsabilidad asistencial en las áreas de Planta de Hospitalización, Hospital de día, Consultas externas y Observación. Durante el año 2005 (INIHOS-2005) el Servicio de Medicina registró 4.103 altas con una estancia media de 7,4 días. Se atendieron en Consultas externas una media de 745 (desviación estándar [DE] 75) primeras veces al mes procedentes de Primaria. El hospital posee historia digital hospitalaria en toda su extensión (Telvent), sin integración con Atención Primaria, existiendo documen-

TABLA 1
Características demográficas y sanitarias de la población del Área Sanitaria del Aljarafe (2005)

ZBS	Municipios*	Censo/TAE ²⁹ 2005	Nº de MFyC	Nº internistas de referencia	Nº estancias día	Derivación consultas/mes/ 1.000 TAE	Planta de hospitalización
Mairena	Almenseña, <u>Mairena</u> y Palomares	48.032/54.545	24	2	11	27,1	1ª Planta
San Juan	San Juan de Aznalfarache	20.170/27.510	12	1	7	34,7	
Sanlúcar	Aznalcóllar, Castilleja del Campo, Espartinas y <u>Sanlúcar</u> Benacazón, <u>Bollullos</u> y Umbrete	44.536/56.381	14	2	18	27,7	
Castilleja	<u>Castilleja de la Cuesta</u> , Castilleja de Guzmán, Ginés y Valenciana	38.836/47.756	23	2	11	32,4	3ª Planta
Bormujos-Tomares	<u>Bormujos</u> <u>Tomares</u>	14.585/17.937 20.127/23.639	5 9	1 1	9	26,2 15,7	
Pilas	Aznalcázar, Carrión, Chucena, Hinojos, Huévar, <u>Pilas</u> y Villamanrique	29.937/40.412	17	2	12	31,5	
Olivares	Albaida y <u>Olivares</u> Villanueva del Ariscal y Salteras	10.960/11.277 9.653/9.708	11	2	9	30,6	4ª Planta
	Otras zonas					6	
Total/media		236.836/289.165	121	14	90	28,2	

*El municipio subrayado es el centro de reunión.

MFyC: médico de familia y comunitario; TAE: tarjeta sanitaria individual ajustada por edad. La tasa se ha calculado atendiendo al año 2005 y agrupando las derivaciones de todas las especialidades del Servicio de Medicina (Cardiología, Digestivo, Neumología y Medicina Interna); ZBS: zona básica de salud.

tación escrita solo para consentimientos informados y registro electrocardiográfico.

Características del modelo asistencial

El hospital ha establecido la continuidad asistencial como una línea estratégica, y en su relación con Primaria, ha establecido estructuras organizativas comunes para facilitar este desarrollo. El modelo de continuidad asistencial tiene en el hospital y en su correlación con Primaria objetivos clínicos y procedimientos compartidos para atender a los pacientes, estableciendo puntos de encuentro donde desarrollarlos (tabla 2).

La continuidad intrahospitalaria tiene los siguientes seis elementos caracterizadores:

A) En la relación entre área de Urgencias y Planta de hospitalización.

1) Actividad asistencial diaria de mañana de un internista en Observación (con un intensivista o un médico de familia de Urgencias), junto a la realización de guardias o actividad continuada en jornada de tarde. La actividad asistencial en el área de Observación es rotatoria entre todos los internistas, interviniendo también en parte de ella el resto de especialidades. Esta organización facilita la atención por los mismos médicos, de las distintas fases de la atención hospitalaria del paciente.

2) Desarrollo diario de sesión clínica de tarde entre médicos de atención continuada de Observación y de Planta. El objetivo fundamental es transferir información y consensuar actitudes diagnósticas y terapéuticas individualizadas, permitiendo facilitar el flujo de pacientes entre Observación y Planta.

3) Existencia de protocolos de actuación basados en la gestión por procesos asistenciales integrados (dolor torácico o fractura de cadera), o locales del centro (terapia antimicrobiana empírica), compartidos tanto en su creación como en su desarrollo, con el objetivo de reducir la variabilidad en la práctica clínica.

B) En la relación entre las distintas especialidades del Servicio y entre sus distintas áreas de actuación.

4) Estableciéndose dos equipos de trabajo en Planta integrados por médicos de las cuatro especialidades del Servicio de Medicina. Cada equipo está formado por 7 internistas, un cardiólogo, un digestivo y un neumólogo, y atiende a la población de un área geográfica. El objetivo de la asignación de tareas es que cada especialidad aporte el valor añadido que requiera cada paciente, de forma que la responsabilidad inicial de cada especialidad sobre el paciente es asignada atendiendo a las características clínicas de este. Esta asignación se establece durante la presentación en la sesión clínica, que realiza a primera hora de la mañana el médico saliente de guardia, y puede ser modificada a lo largo de la hospitalización si las necesidades del paciente así lo requieren. La

TABLA 2
Caracterización del modelo de continuidad

Áreas	Objetivos compartidos	Procedimientos	Puntos de encuentro
Continuidad intrahospitalaria			
Entre área de urgencias y planta de hospitalización	Minimizar la variabilidad en práctica clínica y favorecer la calidad en la intervención	Existencia de protocolos de actuación comunes para aquellas entidades que requieran asistencia hospitalaria compartida	
	Mantener seguimiento-conocimiento del paciente en los distintos ámbitos de enfermedad del paciente	Presencia de especialistas del Servicio de Medicina en planta y observación	Actividad asistencial diaria de mañana Actividad asistencial por turnos de tarde y guardias
	Favorecer la transferencia del paciente desde urgencias a planta	Transferencia de información y consenso de actitudes diagnósticas y terapéuticas individualizadas	Sesión clínica diaria vespertina entre médicos de guardia de observación y planta
Durante la hospitalización y con consultas externas	Realizar la asignación de responsabilidades asistenciales según necesidades del paciente	Equipos de trabajo multidisciplinares	Sesión clínica diaria matutina
	Favorecer las pautas de trabajo comunes con enfermería creando equipos	Equipos de trabajo sectorizados en planta por ZBS	
	Favorecer la continuidad de los pacientes reingresadores		
	Mantener seguimiento-conocimiento del paciente en los distintos ámbitos de enfermedad del paciente	Actividad compartida conjunta en Planta, Hospital de día, Consulta y Pruebas	
En la relación entre especialidades médicas y quirúrgicas	Favorecer la atención de los procesos médicos en los pacientes que ingresan para intervención quirúrgica	Protocolo de atención de pacientes con fractura de cadera y con enfermedad de vías biliares	
Continuidad extrahospitalaria			
Entre hospital y Atención Primaria	Favorecer la transferencia del paciente entre Atención Primaria y el hospital	Transferir información y consensuar actitudes diagnósticas (incluidos exámenes complementarios) y terapéuticas individualizadas	Sesión compartida en Centro de Salud y accesibilidad telefónica
	Mejorar la accesibilidad de los MFyC y la priorización de casos		
	Favorecer las pautas de trabajo comunes con MFyC	Establecimiento o implantación de pautas de actuación recomendadas para enfermedades prevalentes	Consultas de hospital
		Distribución y autogestión de agendas de consultas de Medicina Interna específicas para cada ZBS	
	Favorecer el conocimiento del paciente con enfermedades crónicas Favorecer la continuidad de los reingresadores Favorecer el contacto con los equipos de Atención Primaria	Sectorización de la planta	Planta de hospitalización
	Evaluación precoz de necesidades socio-sanitarias	Integración del trabajador social en el Servicio de Medicina	Sesión clínica diaria matutina

MFyC: médico de familia y comunitario; ZBS: zona básica de salud.

necesidad de cuidados respiratorios avanzados (drenaje torácico, ventilación no invasiva [VNI], cánulas traqueales) o hemodinámicos (monitorización, alto riesgo de muerte súbita) condiciona de por sí esta asignación a áreas de planta especiales para ello.

5) Realización de actividad conjunta en los distintos espacios físicos. Para el internista, actividad compartida durante dos días a la semana en Planta y Consulta. Para Cardiología, Digestivo y Neumología, actividad diaria compartida de Planta y de pruebas de pacientes ingresados. Estos, además, realizan una rotación trimestral entre la actividad de «Planta-Pruebas ingresados» y «Consulta-Pruebas externas», de forma que durante este período, 9 especialistas del Servicio (3 cardiólogos, 3 digestivos y 3 neumólogos) no tienen responsabilidad directa sobre pacientes ingresados.

C) En la relación entre las especialidades médicas y las quirúrgicas.

6) Se incluyen en esta dinámica asistencial los pacientes de las áreas quirúrgicas con problemas médicos. Específicamente se ha establecido un modelo de atención compartido para los pacientes con fractura de cadera, siendo el internista el corresponsable junto al traumatólogo de su atención; o la estrategia diagnóstica-terapéutica en pacientes con enfermedades de la vía biliar.

La continuidad extrahospitalaria con Atención Primaria tiene los siguientes cinco elementos caracterizadores:

1) Realización de sesiones clínicas compartidas en el Centro de Salud. Se mantiene una actitud de compartir responsabilidades y establecer una cultura favorable al manejo conjunto de los enfermos, fundamentalmente aquellos pacientes frágiles-pluripatológicos. Las sesiones clínicas compartidas son semanales o quincenales, según necesidades.

La actividad que se desarrolla en estas tiene actualmente los siguientes contenidos fundamentales: presentación de tareas pendientes, donde se transmite información de casos previos; información sobre la situación clínica de pacientes de la ZBS que están ingresados, fundamentalmente de aquellos que requieren un plan especial de cuidados al alta; presentación de casos clínicos nuevos, consensuando estrategias diagnósticas-terapéuticas donde el internista facilita la gestión de pruebas, y finalmente sesiones de actualización. Los exámenes complementarios se pueden programar directamente (Radiología, pruebas de exploración cardíaca o digestivas) conforme a guías clínicas consensuadas, evitando la asistencia previa innecesaria a la consulta. Actualmente, los resultados de los estudios se remiten a través del internista al médico de familia y comunitario (MFyC) o, si es preciso, aquel contacta directamente con el paciente. La estrategia diagnóstica establecida en las sesiones compartidas es informada a los pacientes por el MFyC, así como la cumplimentación de los consentimientos informados o la preparación de las pruebas que lo requieran. El internista documenta esta actividad en la historia del paciente dentro de la prestación *consulta no presencial*. Para pacientes que precisen atención en consulta

de Neumología, Cardiología y Digestivo se han establecido indicaciones y procedimientos específicos de derivación. Se tienen establecidos protocolos que disminuyen la derivación innecesaria, como el visado de clopidogrel o de nutrición enteral, o el seguimiento de VNI en pacientes cumplidores sin complicaciones con síndrome de apnea-hipopnea del sueño.

2) Accesibilidad telefónica diaria. El mantenimiento de accesibilidad telefónica con el internista de referencia es diario en horario de 8:00 a 15:00 horas y con el internista de guardia a partir de esa hora.

3) Autogestión de consultas y de ingresos: disponibilidad –para cada internista de referencia– de agendas de consultas específicas por cada ZBS. Así, es este el que atiende los pacientes que de su zona le son derivados, al igual que los atiende cuando ingresan, pudiendo gestionar parcialmente la accesibilidad a estas agendas. Disponibilidad de gestión de ingresos programados para pacientes con enfermedades crónicas.

4) Sectorización de la planta. Consiste en la conformación de equipos de trabajo de profesionales sanitarios para pacientes ingresados en Planta de Hospitalización Médica por cada ZBS. Los pacientes ingresan atendiendo a la ZBS de procedencia, lo que facilita especialmente el mantenimiento de la continuidad de la atención de los pacientes reingresadores, tanto intrahospitalaria (es atendido por el mismo grupo de profesionales), como después para su transferencia al domicilio.

5) Evaluación social reglada. La trabajadora social –una en cada equipo de trabajo– está integrada funcionalmente en el Servicio de Medicina, estando presente diariamente en las sesiones matutinas de presentación de los ingresos. Todas las fracturas de cadera del anciano son evaluadas.

El Programa de Continuidad con Atención Primaria se inició en febrero de 2005 en dos Centros de Salud de la comarca, con un internista de referencia cada uno, extendiéndose progresivamente hasta completar las 8 ZBS en septiembre de 2005, con uno a tres internistas.

Evaluación

Este modelo ha sido evaluado utilizando indicadores cuantitativos finales (recogidos en INIHOS) y variables intermedias, así como la satisfacción de los profesionales mediante encuesta.

Hemos resaltado en el análisis comparativo de resultados asistenciales entre la fase 1, previa a colaboración (octubre-2004 a febrero-2005), y fase 2 de colaboración (octubre-2005 a febrero-2006), los que se muestran en la tabla 3. Ha habido una alta concordancia entre la ZBS de procedencia del paciente y el ala de hospitalización de ingreso, oscilando entre el 84% de Bormujos y el 93% de Mairena. En la tabla 4 hemos resaltado algunos aspectos de la actividad desarrollada en las sesiones compartidas.

La encuesta de satisfacción fue contestada por el 100% (n = 15) de internistas y por el 72% (n = 87) del total

TABLA 3
Comparación de variables asistenciales entre la fase 1 (precolaboración) y la fase 2 (colaboración)

	Fase 1 (DE)	Fase 2 (DE)	p
Nº de primeras veces derivadas a consultas ^a	833 (48)	734 (113)	0,04
Tasa primeras/1.000 TAE > 14 años ^a	36,1 (6,8)	34,1 (9,0)	ns
Preferentes a consultas ^a	50 (17)	12 (4)	0,003
Estancia media depurada	7,73	7,61	ns
Índice rotación ^a	3,75	4,4	0,05
Mortalidad ^a	11,49%	10,90%	ns

^a Media al mes.
DE: desviación estándar; ns: no significativa; TAE: tarjeta sanitaria individual ajustada por edad.

de los MFyC del distrito. De las áreas investigadas, resaltamos que entre los internistas, el 73% (n = 11) indicó su acuerdo o total acuerdo con que este programa había mejorado la calidad de la asistencia que se prestaba al paciente, indicando el 60% (n = 9) estar muy o bastante satisfecho con el desarrollo del programa, frente al 27% (n = 4) que indicó estar poco o nada satisfecho. Respecto a los médicos de cabecera, los resultados más significativos son la alta satisfacción con el programa de colaboración (95% muy o bastante satisfecho), la mejora en la calidad asistencial a los pacientes (88% mucha o bastante mejoría) y la mejora en la autonomía para el manejo de pacientes (82% mucha o bastante mejoría).

Discusión y revisión de la literatura

El tratamiento de la bibliografía se recoge en las tablas 5 y 6. Hasta ahora, la evaluación comunicada que se ha realizado sobre distintos programas de continuidad asistencial ha sido limitada. Inciden fundamentalmente en la atención de patologías concretas, como el cáncer^{30,31}, la insuficiencia cardíaca³², enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)³³, enfermedad reumática^{34,35}, enfermedades psiquiátricas³⁶, adicciones³⁷, o de situaciones especiales como los pacientes reingresadores⁶. Estos sistemas de colaboración a veces se han centrado solo en el seguimiento conjunto de resultados analíticos, como en la diabetes mellitus tipo 2 (DM 2)³⁸ o en anticoagulados^{39,40}. Se han analizado los problemas de transferencia tanto en la calidad y accesibilidad de los informes de alta⁴¹⁻⁴³, como en la

TABLA 4
Descripción de actividad de las sesiones compartidas. Fase 2 (colaboración)

	Programa de atención compartida (media y DE o porcentaje)
Nº de sesiones realizadas	78
Incremento relativo de la asistencia (%) ^b	32% (47,5 a 62,6)
Porcentaje de médicos que presentan casos de los asistentes	61%
Nº de pacientes a los que se les solicita prueba y no son citados en consulta ^a	1,28 (0,69)
Nº de pacientes citados desde las sesiones compartidas ^a	1,71 (1,54)
Nº de llamadas de teléfono que se han recibido desde el Centro de Salud	112
Actualizaciones realizadas en total	12

^a Media por sesión compartida.

^b Entre los dos primeros meses de la fase 2 (octubre y noviembre) y los dos últimos meses de la fase 2 (febrero y marzo).
DE: desviación estándar.

adhesión al seguimiento de las recomendaciones farmacológicas^{44,45} o de la situación global desde la perspectiva del paciente y sus cuidadores⁴⁶. Se ha comparado también la diferencia en resultados en salud según su nivel de seguimiento, como en el cáncer de mama⁴⁷, así como el papel de la enfermería en esta continuidad⁴⁸⁻⁵⁰.

La evaluación de nuestro modelo se ha realizado utilizando indicadores finales e intermedios del sistema organizativo en global, y sobre la actividad asistencial completa, no centrándose en patologías o procesos concretos. Su desarrollo produce beneficio para el paciente, para los profesionales y para el sistema sanitario. La tendencia a la reducción que se ha producido en esta tasa de primeras veces y de preferentes a consultas entre ambos períodos, creemos que está condicionada fundamentalmente por la actividad de la sesión compartida, tanto por la capacidad de resolución de problemas clínicos que se realiza durante las sesiones compartidas con la evaluación del caso aislado entre el equipo de trabajo médico, como por el proceso de aprendizaje que se produce en las sucesivas sesiones a partir de la experiencia acumulada entre todos. Pensamos que las diferencias en el perfil de actividad encontradas entre las distintas ZBS (datos no presentados) pueden estar condicionadas posiblemente por el distinto grado de desarrollo de la sesión compartida. La baja estancia media, con tendencia a la reducción de esta, creemos que está condicionada por

TABLA 5
Tratamiento de la bibliografía

	Términos MeSH
Colaboración entre Atención Primaria y hospital	Continuity of patient care. Primary Health Care, Internal Medicine, hospital and hospitalists
Programas de intervención	Quality Assurance, Health Care
Exámenes complementarios hospitalarios	Hospital admission test. Diagnostic test routine
Comunicación	Telecommunications (communication hospital systems)
Satisfacción del profesional	Work (job) satisfaction

TABLA 6
Resultados de búsqueda bibliográfica

Most recent queries* <i>Búsqueda actual (Límites: Adultos mayores de 19 años)</i>	Resultados
Primary Health Care and Internal Medicine and continuity of patient care (<i>Colaboración entre Atención Primaria y Hospital</i>)	76
Primary Health Care and internist and hospitalist and patient discharge (<i>Atención Primaria e Internista y Hospitalista y alta hospitalaria</i>)	28
Hospital admission test and Primary Health Care (<i>Exámenes complementarios hospitalarios y Atención Primaria</i>)	93
Telecommunications and hospital and Primary Health Care (and telephone) (<i>Telecomunicaciones entre Hospital y Atención Primaria</i>) (<i>y teléfono</i>)	65 (34)
Work satisfaction and quality assurance, health care (and Internal Medicine) (<i>Satisfacción profesional y programas de intervención</i>) (<i>y Medicina Interna</i>)	104 (6)

* Limits: all adults ≥19 years.

el modelo global. Así, probablemente condicionen este resultado, entre otros aspectos, la orientación del paciente al ingreso, la existencia de pautas conjuntas de actuación, el ingreso sectorizado –donde el paciente ya es conocido y se reconocen mejor sus necesidades–, las sesiones diarias matutinas del Servicio, donde se presenta el planteamiento diagnóstico y terapéutico inicial, la accesibilidad a exámenes complementarios, la programación del alta y la implicación del profesional en la orientación a resultados. El alto porcentaje de concordancia de ingreso por sectores según ZBS también es un indicador de continuidad asistencial. Estos pacientes, al ingresar en el mismo sector del hospital, permiten que los profesionales que les atienden conozcan mejor su ambiente sanitario y social, facilitando el contacto y homogeneización de actitudes con los profesionales de Atención Primaria.

El GAMIC²⁷ y el Servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Margarita de Cabra (Córdoba)²⁵ desarrollaron como elemento caracterizador entre otros (accesibilidad telefónica con el internista, a exámenes complementarios, o a transferencia de información acerca de pacientes ingresados) el pase de consulta conjunto, en el que este era realizado en el Centro de Salud conjuntamente entre el internista y el MFyC. Aquel consiguió una reducción significativa de las interconsultas. El grupo de la UCA del Hospital de Valme²⁶ comunicó su experiencia en un programa de actuación sobre pacientes reingresadores. Los elementos caracterizadores de su actividad fueron la consulta diaria con gran accesibilidad, el acceso telefónico tanto para el médico de familia como para el paciente y la hospitalización programada fundamentalmente de estancias cortas, comprobando que hubo una disminución de ingresos, de frecuentación de urgencias y de estancia hospitalaria.

Pensamos que para mejorar la evaluación del programa también es necesario valorar los procedimientos específicos desarrollados por el internista y el MFyC en la sesión clínica compartida. Hemos considerado que los siguientes indicadores elegidos expresan la actividad (número de sesiones, porcentaje de médicos asistentes y porcentaje de médicos que presentan casos), sobre los casos clínicos presentados (número de casos presentados por médico), la eficiencia (porcentaje de pacientes con pruebas que no requieren ser citados), la capacidad de priorización (número de pacientes citados directamente desde las sesiones), y el componen-

te docente reglado (número de actualizaciones realizadas), así como las herramientas de gestión utilizadas para su resolución (consultas generadas, exámenes complementarios solicitados y llamadas de teléfono recibidas). La colaboración entre Atención Primaria y atención especializada no solo ha sido una recomendación recogida por las sociedades científicas¹⁸, sino que –como se ha referido previamente– ha sido expresada por los propios colectivos de internistas. Así, recientemente, Bernabéu et al⁵¹ en representación de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna han analizado la satisfacción de los internistas en Andalucía. Realizaron una encuesta a 182 profesionales de 34 centros hospitalarios junto a un análisis cualitativo a 47 expertos, identificándose la colaboración entre médicos de familia e internistas como una de las más fuertes oportunidades de desarrollo. Este impulso a la colaboración tiene, no obstante, elementos que lo dificultan. El reciente documento de Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre Atención Primaria y especializada⁵², establece –entre otras– como dificultades de los médicos para lograr esta coordinación, la existencia de sistemas de atribución informal de poder a los especialistas –tareas más complejas y de mayor incertidumbre– así como la no consecución del papel de consultor del especialista. Hemos intentado evitar ambos aspectos en nuestro modelo, contribuyendo también a la progresiva adhesión al programa.

En nuestro caso, la mayoría de los médicos asistentes (61%) presentaron casos, siendo 1,7 aproximadamente los casos que presentaron cada uno, aspectos que están condicionados también por las razones previas. En global, el número total de sesiones traduce uno o dos encuentros al mes, lo que nos parece razonable. La percepción mayoritaria entre ambos grupos de profesionales era lo adecuado de la frecuencia, aunque el 12% de los médicos de familia mostraron su opinión a incrementar este número, mientras que el 23% de los internistas consideró que había que reducirlo, lo que puede expresar también el perfil asistencial diferente entre cada centro y su internista de referencia. Consideramos que generalmente ha sido adecuado el número de MFyC asistentes a las sesiones compartidas, con gran variabilidad de unos centros a otros, llegando a ser insuficiente en algunos (40% el de menos asistencia y 77% el de mayor). Esta variabilidad de asistencia puede estar condicionada además de por lo ya referido (las diferencias existentes entre los centros

en cuanto a la dispersión geográfica fundamentalmente), también por aspectos organizativos (separación de tiempos asistenciales de circuitos administrativos en la consulta, el recordatorio previo de la sesión), de liderazgo clínico y organizativo o del propio contenido y desarrollo de la sesión. La evolución temporal de esta adhesión ha sido generalmente hacia el incremento, pasando significativamente de un 47,5% como media en los dos primeros meses a un 62,6% de asistencia en los dos últimos meses. Pensamos que ha podido ser debido fundamentalmente tanto al creciente interés que han generado las sesiones compartidas entre los médicos de familia a partir de la actividad desarrollada en ellas, como a los cambios organizativos promovidos desde el hospital y el distrito para implantar el modelo y favorecer la asistencia (como en la división en dos puntos de encuentro de la ZBS de Sanlúcar, la realización de un plan de comunicación del modelo o la transmisión de los datos de actividad de las sesiones compartidas a los profesionales, entre otras). El distinto porcentaje de incremento alcanzado en la asistencia según la ZBS, pensamos que es expresión del distinto impacto local de las medidas referidas.

Creemos que debe desarrollarse la posibilidad de solicitar exámenes complementarios desde Atención Primaria, dentro de guías de actuación conjunta⁵³. En cada sesión, se han generado casi dos exámenes complementarios (pruebas no disponibles en Primaria) para realizar en el hospital sin necesidad de cita previa en consulta. La mayoría de los pacientes a los que se les ha solicitado alguna prueba tampoco requirieron ser citados posteriormente en la consulta de Medicina Interna. Existen experiencias recientes, como la descrita en el Hospital Universitario de Cleveland⁵⁴, donde se evaluó un programa de «acceso abierto» desde Atención Primaria a endoscopias orales y colonoscopias. En este se encontró un alto porcentaje de concordancia entre la solicitud y los criterios establecidos por la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal. Solo un 7% de los pacientes requirieron ser evaluados posteriormente en la consulta especializada. En Andalucía, el modelo de asistencia por procesos asistenciales integrados incluye esta capacidad⁵⁵. Esta estrategia también ha sido recomendada recientemente para el ámbito europeo⁵², indicándose la eliminación de barreras artificiales en la solicitud de pruebas diagnósticas, con filtros *a posteriori* como objetivo a corto plazo para avanzar en la coordinación entre niveles. En nuestro caso, la adecuada utilización de este recurso ha introducido como mejoras, entre otras, la disminución de desplazamientos innecesarios del paciente al hospital (hay localidades separadas hasta 40 km del hospital), posiblemente la mayor rapidez en la resolución del proceso, así como el dotar de instrumentos al MFyC para mejorar su autonomía en el manejo de aquellos. Esto último ha sido posteriormente expresado con una alta valoración en la encuesta de satisfacción. En nuestro modelo, la información al paciente sobre la prueba a realizar y la preparación es llevada a cabo mayoritariamente por el MFyC. Tras recibir el resultado de la prueba diagnóstica, si se considera, se puede consensuar la actitud terapéutica en la sesión clínica, lo que

puede reducir el potencial resultado distinto en salud que pudiera tener su manejo exclusivo en Primaria, y que ha sido descrito en otros modelos^{56,57}. La capacidad de resolución del caso clínico por parte del médico de familia ha aumentado. De un total aproximado de 5 a 8 pacientes presentados por sesión, solo dos (1,71; DE:1,54) han tenido que ser derivados para evaluación en el hospital. De los pacientes que requieren acudir, la posibilidad del conocimiento previo por parte del internista del problema existente o la realización de un examen complementario surgido desde la sesión clínica permite a aquel programar su asistencia posterior en consulta.

Estas características que expresan el desarrollo de la sesión pueden diferenciar tres perfiles generales de relación en la sesión clínica. Un primer tipo de relación, médicos que acuden sin presentar casos, cuya motivación fundamental puede ser la de la adquisición de experiencia por el componente docente implícito en la sesión. Un segundo tipo de relación, generada por médicos que acuden y presentan casos. A estos, su actividad asistencial les permite identificar problemas clínicos cuya resolución –diagnóstica o terapéutica– consideran que pueden realizar en la sesión clínica. Finalmente el tercer tipo de relación: aquella donde los médicos, además, presentan el caso con la información suficiente y estructurada como para permitir, de existir la indicación, la solicitud de exámenes complementarios.

Los sistemas técnicos actuales facilitan la mejora en la accesibilidad entre los profesionales. En nuestro caso, la accesibilidad ha mejorado con el contacto telefónico. Los médicos de familia han podido acceder a su internista de referencia de forma libre en horario de mañana, o al internista de guardia en el resto de horario, para consultar cualquier aspecto diagnóstico o terapéutico que hayan considerado sobre sus pacientes. Los datos presentados de llamadas recibidas son incompletos, aunque el volumen registrado por sí nos parece importante. Esta actividad telefónica directa entre el médico de familia (fijo) e internista (móvil corporativo) es otro instrumento que facilita la corresponsabilidad y, en este sentido, existen experiencias en el seguimiento telefónico de pacientes con enfermedades crónicas^{58,59} o en ancianos⁶⁰, realizados fundamentalmente por enfermería. La ventaja que los sistemas de comunicación pueden tener sobre la reducción del aislamiento del médico de zonas rurales, ha hecho que el Colegio Americano de Médicos haya realizado recomendaciones específicas para mejorar el acceso y la oferta de cuidados en áreas rurales⁶¹. Existen experiencias europeas que han evaluado los beneficios en la salud de este contacto a través de un portal digital común. En Finlandia, se ha comunicado una experiencia para el seguimiento de pacientes dados de alta de un Servicio de Medicina Interna, a través del contacto por intranet entre médicos de primer y segundo nivel⁶². Se identificó su beneficio en cuanto a la necesidad de acudir de nuevo al hospital o en los costes, así como en la satisfacción del profesional. Otro estudio representativo desarrollado en Rotterdam⁶³ en 1994 hace referencia a pacientes con diabetes, siendo el ele-

mento caracterizador la existencia de un módulo informático de comunicación entre médicos de Atención Primaria y especialistas, donde además de envío automático de determinaciones analíticas realizadas en el hospital, había un módulo de comunicación libre. Se consiguió que en el grupo de intervención (n = 215) las cifras de hemoglobina glucosilada fuesen inferiores que en el grupo control (n = 60).

La formación y la docencia constituyen pilares básicos para el desarrollo y la consolidación del perfil profesional del médico de familia y del internista. Se han desarrollado dos tipos de sesiones formativas: genéricas, dirigidas a profesionales con necesidades identificadas de formación y que han sido organizadas e impartidas conjuntamente entre el hospital y el distrito sanitario, siendo acreditadas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (tuberculosis y evaluación y tratamiento de factores de riesgo vascular), y otras locales, dirigidas al Centro de Salud y con un contenido de interés local (disfunción tiroidea, evaluación diagnóstica de hepatolisis, tratamiento anticoagulante entre otros) u organizativo (seguimiento de pacientes con síndrome de apnea-hipopnea del sueño).

La valoración de la satisfacción de los profesionales en el desempeño de sus funciones está contemplada como criterio del Modelo Europeo de Excelencia Empresarial o EFQM (*European Foundation for Quality Management*^{64,65}) y es considerada como un factor determinante en la calidad de la atención dada a los pacientes⁶⁶⁻⁶⁸. El estudio comunicado por Bernabéu et al⁵¹ ya citado previamente, identificó que el grado de satisfacción de los internistas con el trabajo desarrollado era alto o muy alto (73% entre 4-5 puntos de escala tipo Likert). Resultados similares han sido descritos en nuestra área⁶⁹.

Esta situación es distinta de la descrita en Estados Unidos⁷⁰⁻⁷², donde Wetterneck et al⁷³ en el 2002 evaluaron, mediante una encuesta, la satisfacción profesional de los internistas generales, subespecialistas y médicos de familia. En ella los internistas generales mostraron un nivel de satisfacción menor con las características del trabajo desarrollado que los subespecialistas y médicos de familia.

En nuestra evaluación, los centros de aquellos internistas poco satisfechos –respecto a los centros de los internistas más satisfechos– mostraban significativamente menor asistencia de los médicos de Atención Primaria a las sesiones compartidas, el índice de presentación de casos era menor, menor también el número de exámenes complementarios solicitados. Esta asociación sugiere que los internistas menos satisfechos con el programa de continuidad desarrollan su actividad en Centros de Salud con un perfil diferente de adhesión al programa de continuidad. Es posible que otros condicionantes no evaluados, como las características intangibles del desarrollo de la sesión compartida, la necesidad de mayor autogestión en la agenda de citas, la consideración del tiempo dedicado en el hospital a la gestión de pacientes no citados como condicionantes de la actividad, u otros aspectos organizativos-laborales puedan también estar condicionando esta insatisfacción.

En nuestro caso, para los médicos de familia, el desarrollo de este programa ha generado de forma nítida una satisfacción muy elevada. Existen estudios de expectativas en Atención Primaria orientados a propuestas de soluciones, que recomiendan el desarrollo de estos modelos organizativos, lo que probablemente justifica esta elevada satisfacción. Así, el estudio de tendencias Delphi¹⁰ desarrollado en la Comunidad Valenciana, analizó los problemas y soluciones en la relación entre Atención Primaria y hospitalaria en dos momentos diferentes de la reforma sanitaria, al inicio (1992) y tras una fase de consolidación (2001). De las soluciones indicadas, las que aumentan su demanda desde Atención Primaria son: la elaboración de protocolos comunes, las rotaciones periódicas de los médicos de familia por servicios hospitalarios, y la necesidad de especialistas en Atención Primaria como consultores.

Los elementos operativos que creemos han condicionado fundamentalmente el grado de satisfacción alcanzado son la mejora expresada en la coordinación entre ambos niveles, y la autonomía conseguida en el manejo de los pacientes (consenso diagnóstico y terapéutico en las sesiones, junto a la solicitud de exámenes complementarios), refiriendo una mejora final de la calidad en la atención a los mismos. Junto a estos, otros elementos investigados que posiblemente estén condicionando este nivel de satisfacción son la frecuencia de las sesiones compartidas (la mayoría que consideró que no era adecuada indicaron la necesidad de un incremento en estas a cuatro al mes), la mejora en la priorización de la atención, en el contacto telefónico, en la información aportada por el internista de los pacientes ingresados en el hospital o en fase de consultas externas, la resolución de conflictos –datos no presentados– y el contenido de las actualizaciones, estando en un porcentaje muy elevado totalmente de acuerdo en que su internista de referencia es competente y profesional. En el caso de los sistemas sanitarios públicos, la orientación al paciente o usuario es el principal elemento caracterizador, siendo la satisfacción de este una expresión directa de la calidad de los servicios prestados. Para conseguir esta satisfacción, se han de asegurar los mejores resultados, establecer los mecanismos que aseguren los servicios que el usuario espera y satisfacer sus expectativas, entre otros. Existen modelos de organización que valoran la satisfacción del usuario como elemento de cambio. De esta forma, el Sistema Sanitario Público de Andalucía en su III Plan Andaluz de Salud⁷⁴ recoge textualmente que «se seguirá trabajando en la integración y continuidad asistencial, mejorando los instrumentos de coordinación y comunicación entre profesionales con el fin de aumentar la capacidad de respuesta y satisfacción de los ciudadanos», estableciendo desde 1999 sistemas de evaluación de la satisfacción, con publicación anual. En nuestro modelo, la satisfacción del usuario con el programa de continuidad asistencial no ha sido evaluada convenientemente ya que, como elemento básico inicial, no ha sido definida previamente la población diana ni hemos diseñado indicadores específicos que evalúen su satisfacción con el programa. En esta situación sí disponemos, como acercamiento, de la encuesta de

satisfacción de hospitales para el 2005, elaborada por el SAS –datos no publicados– y que ha entrevistado a 400 pacientes o familiares que han estado ingresados en nuestro centro. Esta recoge una alta satisfacción con la atención sanitaria (92,3%), con la confianza en la asistencia recibida (78%) y con la valoración de los médicos (94,2%), cifras que se encuentran en el nivel superior de los hospitales encuestados. No disponemos de acercamiento a la satisfacción de los pacientes no atendidos en planta de hospitalización, y si bien no es equiparable necesariamente la reducción en primeras visitas, o los indicadores de eficiencia de la sesión con resultados en calidad de vida⁷⁵, la orientación del modelo hacia la continuidad y accesibilidad es concordante con el conocimiento ya expresado de las expectativas que los usuarios ponen en el sistema sanitario.

En resumen, los sistemas que están orientados en su organización a la consecución de continuidad asistencial responden a las expectativas de los usuarios y de los profesionales, desarrollando las recomendaciones de las sociedades científicas. Existe suficiente experiencia acumulada para operativizar programas asistenciales con estos objetivos. En nuestro modelo, los componentes descritos que lo caracterizan otorgan fortaleza al sistema de colaboración entre Primaria y hospital, y en este sentido pueden considerarse como elementos de aplicación en otras áreas geográficas. Pensamos que sería razonable revisar el programa de mínimos para poder generalizarlo, con elementos comunes que hayan demostrado su eficacia, así como los indicadores que faciliten la evaluación de resultados. Estos modelos de actividad no pueden estar sustentados exclusivamente por los profesionales o los servicios, ya que requieren de forma imprescindible para su adecuado desarrollo de elementos organizativos y estructurales que solo pueden dotarse desde la dirección asistencial, tal como se ha realizado en nuestro caso. Es necesario además que establezcamos el diseño para evaluar específicamente la satisfacción de los usuarios con este modelo y el impacto en su calidad de vida; la determinación de indicadores que permitan evaluar la sectorización de la planta y la identificación de las causas sociosanitarias de los distintos comportamientos asistenciales de las ZBS. Hemos establecido el marco organizativo a partir de expectativas, siendo ahora necesario avanzar en el desarrollo de programas específicos recogidos en los procesos asistenciales. Junto a esto, es aconsejable también incrementar los espacios de encuentro entre los especialistas, como podría ser la visita al hospital del médico de familia para seguimiento de sus pacientes ingresados. Finalmente consideramos que la evaluación cuantitativa realizada debería completarse con una evaluación cualitativa a través de la creación de grupos focales⁷⁶. En conclusión, consideramos que este modelo asistencial que presentamos está dotado de elementos de gestión que permiten contemplar las expectativas de los usuarios y profesionales, y que su desarrollo ha producido beneficio para el paciente, para los profesionales y para el sistema sanitario. Creemos que no es necesario crear unidades específicas, sino que es necesario crear una nueva cultura asistencial.

Agradecimientos

A Victoria Ruiz Romero, responsable del Departamento de Calidad, por su orientación y revisión del trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Selva A, San José A, Solans A, Villardell M. Características diferenciales de la enfermedad en el anciano. *Fragilidad. Medicine (Madrid)*. 1999;124:5789-96.
2. Baztán JJ, Valero C, Regalado P, Carrillo E. Evaluación de la fragilidad en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1997;32:26-34.
3. Adarraga MD, Cruz Caparrós G, Velasco Malagón MJ, Díez García F, Martín Escalante MD, Zambrana García JL, et al. Características clínicas de pacientes pluripatológicos atendidos en Consultas Externas de Medicina Interna. Comunicación al congreso de la SADEMI. Octubre 2001. *Rev Clin Esp*. 2001;201 extra 3:14.
4. Gómez Camacho E, López Alonso RJ, Aguirre Palacios AC, et al. Gestión por Procesos. Procesos pluripatológicos: cuantificación y validación de la definición de paciente pluripatológico. Comunicación al congreso de la SADECA, Córdoba, Noviembre, 2001.
5. Proceso Asistencial Integrado. Atención al paciente pluripatológico. *Consejería de Salud*. 2002.
6. García-Morillo JS, Bernabéu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisad M, Ramírez-Duque N, González de la Puente MA, et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una Unidad de Medicina Interna. *Med Clin (Barc)*. 2005;125(1):5-9.
7. Gómez N, Orozco D, Merino J. Relación entre Atención Primaria y Especializada. *Aten Primaria*. 1997;20:25-33.
8. Irazábal Olabarrieta L, Gutiérrez Ruiz B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria*. 1996;17:376-81.
9. Gené J, Durán J. Gestión en atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica en atención primaria. 4ª ed. España: Harcourt Brace S.A.; 1999. p. 75-6.
10. 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;37:195-202.
11. Fan VS, Burman M, McDonnell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med*. 2005;20(3):226-33.
12. Mira JJ, Galdón M, Ignacio García E, Velasco MV, García S, Vitaller J, et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calidad Asistencial*. 1999;14:165-78.
13. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2000;114 Supl 3:26-33.
14. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17(5):273-83.
15. Redondo Martín S, Bolanos Gallardo E, Almaraz Gómez A, Maderuelo Fernández JA. Percepciones y expectativas en la Atención Primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en los sistemas de salud. *Aten Primaria*. 2005;36(7):358-63.
16. Junkerman CL. Relationship of the family practitioner, general internist, and subspecialist. *Wis Med J*. 1976;75(10):99-101.
17. Buitrago F, Alonso M, Ayala S, Estremera V, García L, Molina MA, et al. Relación entre niveles asistenciales. Documento semFYC nº 5, 1995.
18. Ollero Baturone M, Duque A, Fernández E, García P, Pacho E, Sáiz F, et al. Médicos de Familia e Internistas trabajando por una Atención Integral. SEMI y semFYC, 1998.
19. Martín Zurro A. El médico de atención primaria y el Hospital. *Med Clin (Barc)*. 1986;86:405-9.
20. Castellanos Maroto A, Serrano Marín R, González Mendel Z, Castillo Recarte MA, Romero Arroyo F, Martín Rojo M. Relación entre médicos de atención primaria y especializada del Área XI. *Aten Primaria*. 1991;8:893.
21. Jefes de Servicio de Medicina Interna de los Hospitales Comarcales de Cataluña. El futuro de los servicios de Medicina Interna de los Hospitales Comarcales de Cataluña: líneas estratégicas en el contexto de cambio en la Sanidad. *Med Clin (Barc)*. 1993;100:587-90.
22. Ollero Baturone M, Ortiz Camúñez MA. Internistas y médicos de familia. *Aten Primaria*. 1996;18(2):49-51.
23. Gestión por procesos asistenciales integrados. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/>
24. Ollero Baturone M, Álvarez Tello M, Barón Franco B, Bernabéu-Wittel M, Codina Lanaspá A, Fernández Moyano A, et al. PAI Atención al paciente pluripatológico (Edición 2007). *Consejería de Salud*, 2007.
25. Criado-Motilla J, Ibáñez-Bermúdez F. Relaciones entre Hospital y atención. Experiencia de un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:463-8.
26. Gamboa Antiñolo F, Gómez Camacho E, de Villar Conde E, Vega Sánchez J, Mayoral Martín L, López Alonso R. Un nuevo modelo para la asistencia a los pacientes multiingresados. *Rev Clin Esp*. 2002;202 (4):187-96.

27. Grupo para la Asistencia Médica Integrada Continua de Cádiz (GAMIC). La consulta de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia de la atención médica. *Med Clin (Barc)*. 2004;122(2):46-52.
28. Medina Asensio J. Adaptando la organización a las necesidades de los pacientes. Ponencia al XXVI Congreso de la SEMI. 2006.
29. BOJA núm. 1417 de diciembre 2001. Decreto 260/2001, de 27 de noviembre, por el que se adaptan las retribuciones de determinado personal de atención primaria a la tarjeta sanitaria individual y a la libre elección de médico.
30. Henry RA, Stanton MP. Case management process improvement protocol: transcribing an initial summary for the oncology geriatric patient in a rural satellite office. *Lippincotts Case Manag*. 2005;10(5):234-9.
31. Norman A, Sisler J, Hack T, Harlos M. Family physicians and cancer care. Palliative care patients' perspectives. *Can Fam Physician*. 2001;47:2009-12, 2015-6.
32. Da Ruos F. Integration between hospital and region: the case of heart failure. *Ital Heart J*. 2000;15 Suppl:721-3. (Italian).
33. Rea H, McAuley S, Stewart A, Lamont C, Roseman P, Didsbury P. A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Intern Med J*. 2004;34:608-14.
34. Arthur V, Clifford C. Rheumatology: a study of patient satisfaction with follow-up monitoring care. *J Clin Nurs*. 2004;13(3):325-31.
35. Arthur V, Clifford C. Rheumatology: the expectations and preferences of patients for their follow-up monitoring care: a qualitative study to determine the dimensions of patient satisfaction. *J Clin Nurs*. 2004;13(2):234-42.
36. Kizer D, Snowden M, Russo J, Roy-Byrne P. Transfer of care between physician teams does not affect length of stay or symptomatic improvement in hospitalized psychiatric patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25(2):91-4.
37. Saxon AJ, Malte CA, Sloan KL, Baer JS, Calsyn DA, Nichol P, et al. Randomized trial of onsite versus referral primary medical care for veterans in addictions treatment. *Med Care*. 2006;44(4):334-42.
38. Kern LM, Callahan MA, Brillon DJ, Vargas M, Mushlin AI. Glucose testing and insufficient follow-up of abnormal results: a cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:87.
39. Nast SL, Tierney MJ, Mcllwain R. Anticoagulation management in remote primary care. *Can Fam Physician*. 2005; 51(3):385.
40. Puche López N, Gordillo López FJ, Alonso Roca R. Controversias en torno al control de la anticoagulación oral en atención primaria. *Aten Primaria*. 1998;21(4):190-2.
41. Van Walraven C, Seth R, Laupacis A. Dissemination of discharge summaries. Not reaching follow-up physicians. *Can Fam Physician*. 2002;48:737-42.
42. Inadequate transmission of patient information across a continuum of care environments precedes a fatal outcome. *Int J Qual Health Care*. 2001;13(5):423-4.
43. Wilson S, Ruscoe W, Chapman M, Miller R. General practitioner-hospital communications: a review of discharge summaries. *J Qual Clin Pract*. 2001;21(4):104-8.
44. Himmel W, Kochen MM, Sorns U, Hummers-Pradier E. Drug changes at the interface between primary and secondary care. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2004;42(2):103-9.
45. Foss S, Schmidt JR, Andersen T, Rasmussen JJ, Damsgaard J, Schaefer K, et al. Congruence on medication between patients and physicians involved in patient course. *Eur J Clin Pharmacol*. 2004;59(11):841-7.
46. Low J. Continuity of care from a patient's point of view: context, process, relation. *Fam Med*. 2004;36(1):61-4.
47. Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, Coyle D, Szechtman B, Mirsky D, et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol*. 2006;24(6):848-55.
48. Forster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N, et al. Effect of a nurse team coordinator on outcomes for hospitalized medicine patients. *Am J Med*. 2005;118(10):1148-53.
49. Shyu YI, Lee HC. Predictors of nursing home placement and home nursing services utilization by elderly patients after hospital discharge in Taiwan. *J Adv Nurs*. 2002;38(4):398-406.
50. Breitenbucher RB, Schultz AL. Extended care in nursing homes: a program for a county teaching medical center. *Ann Intern Med*. 1983;98(1):96-100.
51. Bernabéu-Wittel M, García-Morillo S, Pérez-Lázaro JJ, Mateo Rodríguez I, Ollero M, Calderón E, et al. Work, career satisfaction, and the position of general internists in the south of Spain. *Eur J Intern Med*. 2005;16:454-60.
52. Gervás J, Rico A y seminario de Innovación 2005. Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre Atención Primaria y especializada. *Med Clin (Barc)*. 2006;126 (17):658-61.
53. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. Actualización de las directrices de 2005 del ACC/AHA para el diagnóstico y el tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica en el adulto. *Circulation*. 2005;112(12):e154-235.
54. Charles RJ, Cooper GS, Wong RC, Sivak MV Jr, Chak A. Effectiveness of open-access endoscopy in routine primary-care practice. *Gastrointest Endosc*. 2003;57(2):183-6.
55. Memoria 2004. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: www.juntaandalucia.es/servicioandaluzdesalud 108-10
56. Rico-Méndez FG, Barquera S, Múgica-Hernández JJ, Espinosa Pérez JL, Ortega S, Ochoa LG. Survival in a cohort of patients with chronic obstructive pulmonary disease: comparison between primary and tertiary levels of care. *Arch Bronconeumol*. 2005;41(5):260-6.
57. Philbin EF, Weil HF, Erb TA, Jenkins PL. Cardiology or primary care for heart failure in the community setting: process of care and clinical outcomes. *Chest*. 1999;116(2):346-54.
58. Schofield RS, Kline SE, Schmalfuss CM, Carver HM, Aranda JM Jr, Pauly DF, et al. Early outcomes of a care coordination-enhanced telehome care program for elderly veterans with chronic heart failure. *Telemed J E Health*. 2005;11(1):20-7.
59. Weinberger M, Kirkman MS, Samsa GP, Shortliffe EA, Landsman PB, Cowper PA, et al. A nurse-coordinated intervention for primary care patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: impact on glycemic control and health-related quality of life. *J Gen Intern Med*. 1995;10(2):59-66.
60. Telephone follow up for older people discharged from A&E. *Nurs Stand*. 1997;11(46):34-7.
61. American College of Physicians. Rural primary care. *Ann Intern Med*. 1995;122(5):380-90.
62. Harno K, Paavola T, Carlson C, Viikinkoski P. Patient referral by telemedicine: effectiveness and cost analysis of an Intranet system. *J Telemed Telecare*. 2000;6(6):320-9.
63. Branger PJ, van't Hooft A, van der Wouden JC, Moorman PW, van Bemmel JH. Shared care for diabetes: supporting communication between primary and secondary care. *Int J Med Inform*. 1999;53(2-3):133-42.
64. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Ignacio E, Palacio F, et al. Adaptación de un modelo de calidad total a las Instituciones Sanitarias Españolas. *Calidad Asistencial*. 2000;15:184-91.
65. Centeno G, González E, Hidalgo A, Paz LM, Ruiz J, Zurita MJ, et al. Guía de Autoevaluación para la Administración Pública: Modelo Europeo de Gestión de Calidad 2000. Ministerio de Administraciones Públicas, Secretaría General Técnica y Boletín Oficial del Estado. Madrid: 2000. p. 87-96.
66. Haas J, Cook F, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internist associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med*. 2000;15:122-8.
67. Salinas-Oviedo C, Laguna-Calderón J, Mendoza-Martínez MR. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex*. 1994;36:22-9.
68. Bovier PA, Perneger TV. Predictors of work satisfaction among physicians. *Eur J Public Health*. 2003;13(4):299-305.
69. Rincón M, Ramírez Duque N, García Morello, S, Cassani M, Bernabéu-Wittel M, Yerro V, et al. Participación, grado de satisfacción y contribución de los programas de colaboración entre internistas y médicos de familia. XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. *Rev Clin Esp*. 2006;
70. Haas JS, Cleary PD, Puopolo AL, Burstin HR, Cook EF, Brennan TA. Differences in the professional satisfaction of general internists in academically affiliated practices in the greater Boston area. *J Gen Intern Med*. 1998;13:127-30.
71. Lewis CE, Prout DM, Chalmers EP, Leake B. How satisfying is the practice of internal medicine? A national survey. *Ann Intern Med*. 1991;114(1):1-5.
72. Linzer M, Konrad TR, Douglas J, McMurray JE, Pathman DE, Williams ES, et al. Managed care, time pressure, and physician job satisfaction: results from the Physician Worklife Study. *J Gen Intern Med*. 2000;15:441-50.
73. Wetterneck TB, Linzer M, McMurray JE, Douglas J, Schwartz MD, Bigby J, et al. Worklife and satisfaction of general internists. *Arch Intern Med*. 2002;162:649-56.
74. III Plan Andaluz de Salud. 2003-2008. Disponible en: <http://www.juntaandalucia.es/salud/principal>
75. Kessel H. Ancianos multingresadores: no hay peor ciego que quien no quiere ver... ni oír. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2003;38(5):294-9.
76. Prieto Rodríguez MA, March Cerda JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria*. 2002;29:366-73.